

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**НАЦИОНАЛЬНАЯ ПАЛАТА ИННОВАЦИОННОГО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**



**Национальный клинический протокол  
«Нормальная беременность»**

**ТАШКЕНТ 2021 г.**

## Вводная часть

<b>Клиническая проблема</b>	Нормальная (физиологическая, неосложненная беременность).
<b>Название документа</b>	Национальный клинический протокол «Нормальная беременность».
<b>Этапы оказания помощи</b>	Учреждения системы родовспоможения Республики Узбекистан (первичная медико-санитарная помощь, стационары).
<b>Дата создания</b>	24.07.2021
<b>Планируемая дата обновления</b>	2024 г. или по мере появления новых ключевых доказательств.
<b>Адрес для переписки</b>	г. Ташкент, ул. Мирзо-Улугбекский район, ул. Мирзо-Улугбека, 132 а. Тел.: 71 263 78 30, 71 263 84 83 E-mail: <a href="mailto:obs-gyn@mail.ru">obs-gyn@mail.ru</a>

## Оглавление

<b>Состав рабочей группы .....</b>	<b>5</b>
<b>Введение .....</b>	<b>7</b>
<b>Список сокращений .....</b>	<b>8</b>
<b>Определение, этиология, эпидемиология .....</b>	<b>8</b>
<b>Коды по МКБ-10 .....</b>	<b>8</b>
<b>Диагностика.....</b>	<b>9</b>
Критерии установления диагноза .....	9
Жалобы и анамнез .....	9
Физикальное обследование .....	11
Лабораторные диагностические исследования .....	14
Инструментальные диагностические исследования .....	18
Иные диагностические исследования.....	19
<b>Лечение .....</b>	<b>21</b>
Немедикаментозные методы коррекции жалоб, возникающих во время нормальной беременности .....	21
Медикаментозные методы коррекции жалоб, возникающих во время нормальной беременности .....	22
Назначение витаминов и пищевых добавок .....	22
<b>Реабилитация .....</b>	<b>24</b>
<b>Профилактика.....</b>	<b>24</b>
Рекомендации по исключению факторов риска для профилактики осложнений беременности .....	24
Медикаментозная профилактика развития осложнений беременности у пациенток групп высокого риска развития акушерских и перинатальных осложнений при нормальном течении настоящей беременности.....	26
Вакцинация во время беременности .....	27
<b>Организация медицинской помощи .....</b>	<b>29</b>
Критерии качества медицинской помощи .....	29
<b>Список литературы.....</b>	<b>32</b>
<b>Приложение 1. Методология разработки протокола .....</b>	<b>36</b>
<b>Приложение 2. Суммарная таблица по ведению нормальной беременности.....</b>	<b>38</b>
<b>Приложение 3. Оценка риска ТЭО во время беременности .....</b>	<b>44</b>
<b>Приложение 4. Информация для пациента .....</b>	<b>45</b>
<b>Приложение 5. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство .....</b>	<b>47</b>

## Состав рабочей группы:

### Руководители рабочей группы

Абдулаева Л.М., д.м.н.

Юсупов У.Ю., д.м.н., профессор

Надырханова Н.С., д.м.н.  
Асатова М.М., д.м.н., профессор

Уринбаева Н.А., д.м.н.

Главный акушер-гинеколог Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан РСНПМЦАГ, научный руководитель акушерского блока

РСНПМЦАГ, директор  
ЦРПКМР, зав кафедрой акушерства-гинекологии и перинатальной медицины РПЦ, директор

### Ответственные исполнители

Султанов С.Н., д.м.н., профессор

Джаббарова Ю.К., д.м.н., профессор

Алиева Д.А., д.м.н., профессор

Ким Ё.Д., д.м.н., профессор

Каримов З.Д., д.м.н., профессор

Иргашева С.У., д.м.н.

Матякубова С.А., д.м.н.

Абидов А.К., к.м.н.

Нишанова Ф.П., к.м.н.

Микиртичев К.Д., к.м.н.

Ашуррова В.И., к.м.н.

Сапаров А.Б., к.м.н.

Абидов А.К., к.м.н.

Бабажанова Ш.Д., к.м.н.

Тарайн С.К., к.м.н.

Умарова Н.М., к.м.н.

Мухамедова У.Ю., к.м.н.

Джураев Ф.С.

Арифханова З.А.

Абдураимов Т.Ф.

Насретдинова Д.Б., к.м.н.

Гаффаров Ф.Б.

Курбанов П.Х.

Суяркулова М.Э., к.м.н.

Шодмонов Н.М., к.м.н.

Норкулова М.А., к.м.н.

Бабажанов М.А.

Хамроева Л.К.

Садыкова Х.З.

Бахранова Н.Р.

Джуманов Б.А., к.м.н.

Мухитдинова И.Н., к.м.н.

Дустмуродов Б.М.

Рузметова Ф.А.

Рузметова С.Б.

Райимберганова Ш.Д.

РПЦ

РПЦ

РСНПМЦАГ

РСНПМЦАГ, анестезиолог-реаниматолог

Ташкентский ГПЦ, директор

РСНПМЦАГ

Хорезмский филиал РСНПМЦАГ, директор

РСНПМЦАГ, анестезиолог-реаниматолог

РСНПМЦАГ

РСНПМЦАГ

РСНПМЦАГ

РСНПМЦАГ

РСНПМЦАГ

РПЦ

РПЦ, анестезиолог-реаниматолог

РПЦ

РПЦ

РСНПМЦАГ, анестезиолог-реаниматолог

РПЦ

РСНПМЦАГ

Андижанский филиал РСНПМЦАГ, директор

Навоинский филиал РСНПМЦАГ, директор

Сурхандарьинский филиал РСНПМЦАГ, директор

Ферганский филиал РСНПМЦАГ, директор

Джиззакский филиал РСНПМЦАГ, директор

Кашкадарьинский филиал РСНПМЦАГ, директор

Филиал РСНПМЦАГ РК, директор

Самаркандский филиал РСНПМЦАГ, директор

Сырдарьинский филиал РСНПМЦАГ, директор

Бухарский филиал РСНПМЦАГ, директор

Ташкентский филиал РСНПМЦАГ, директор

Наманганский филиал РСНПМЦАГ, директор

Сурхандарьинский филиал РСНПМЦАГ №2, директор

Хорезмский филиал РСНПМЦАГ, директор

Хорезмский филиал РСНПМЦАГ, директор

Хорезмский филиал РСНПМЦАГ, директор

## **Методологическая поддержка**

Ядгарова К.Т., к.м.н., начальник отдела разработки медицинских стандартов и протоколов

Усманов С.К., ведущий специалист

Национальная палата инновационного здравоохранения Республики Узбекистан.

Национальная палата инновационного здравоохранения Республики Узбекистан

*РСНПМЦАГ – Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии*

*РПЦ – Республиканский перинатальный центр*

*ГПЦ – Городской перинатальный центр*

*ЦРПКМР – Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников*

## **Техническая поддержка**

Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА/UNFPA) в Узбекистане

### **Рецензенты:**

Юсупбаев Р.Б.

РСНПМЦАГ, д.м.н., старший научный сотрудник, секретарь Ученого Совета

Каримова Ф.Д.

ЦРПКМР, д.м.н., профессор, зав кафедрой акушерства и гинекологии №2

Клинический протокол рассмотрен и утвержден Ученым Советом Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Акушерства и Гинекологии» « 29 » июля 2021 г., протокол № 7  
Председатель Ученого Совета – д.м.н., профессор Асатова М.М.

## **Введение.**

### **Приверженность рекомендациям протокола:**

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

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

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

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

- Использование услуг переводчика в случае необходимости;
- Консультирование пациента и получение информированного согласия на ту или иную манипуляцию или тактику введения;
- Обеспечение ухода в рамках требований законодательства и соблюдения стандартов профессионального поведения;
- Документирование любой тактики ведения и ухода в соответствии с общими и местными требованиями.

### **Цель протокола:**

- Предоставить медицинским работникам научно обоснованные данные и рекомендации, основанные на доказательствах, организовать и внедрить систему единого подхода по ведению нормальной (физиологической, неосложненной беременности).

**Категории пациентов:** беременные с нормальным (физиологическим, неосложненным) течением периода гестации.

### **Целевая группа протокола:**

1. Врачи акушеры-гинекологи;
2. Акушерки;
3. Врачи общей практики;
4. Врачи терапевты;
5. Клинические фармакологи;
6. Студенты, клинические ординаторы, магистранты, аспиранты, преподаватели медицинских вузов.

## Список сокращений:

<b>АД</b>	артериальное давление
<b>ВДМ</b>	высота дна матки
<b>ВИЧ</b>	вирус иммунодефицита человека
<b>ВПГ</b>	вирус простого герпеса
<b>ВПЧ</b>	вирус папилломы человека
<b>ВРТ</b>	вспомогательные репродуктивные технологии
<b>ВРТ</b>	гестационный сахарный диабет
<b>ИМТ</b>	индекс массы тела
<b>ИЦН</b>	истмико-цервикальная недостаточность
<b>ЗРП</b>	задержка роста плода
<b>КТГ</b>	кардиотокография
<b>КТР</b>	копчико-теменной размер
<b>НИПС</b>	неинвазивный пренатальный скрининг
<b>НМГ</b>	низкомолекулярные гепарины
<b>ОЖ</b>	окружность живота
<b>ПГТТ</b>	пероральный глюкозотолерантный тест
<b>ПОНРП</b>	преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
<b>ПР</b>	преждевременные роды
<b>ПЭ</b>	презклампсия
<b>ТВП</b>	толщина воротникового пространства
<b>ТТГ</b>	тиреотропный гормон
<b>ТЭО</b>	тромбоэмбологические осложнения
<b>УЗИ</b>	ультразвуковое исследование
<b>ХГ</b>	хорионический гонадотропин
<b>ЦМВ</b>	цитомегаловирус
<b>ЧСС</b>	частота сердечных сокращений
<b>HCV</b>	вирус гепатита С
<b>ПАРР-А</b>	плазменный протеин А, ассоциированный с беременностью

## Определение.

- **Нормальная беременность** – однoplодная беременность плодом без генетической патологии или пороков развития, длившаяся 37-41<sup>6</sup> недель, протекающая без акушерских и перинатальных осложнений.

## Этиология.

Нормальная беременность может наступить самопроизвольно или после вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

## Эпидемиология.

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

## Коды по МКБ-10:

Z32.1	Беременность подтвержденная
Z33	Состояние, свойственное беременности
Z34.0	Наблюдение за течением нормальной первой беременности
Z34.8	Наблюдение за течением другой нормальной беременности
Z35.0	Наблюдение за течением беременности у женщины с бесплодием в анамнезе
Z35.1	Наблюдение за течением беременности у женщины с abortивными выкидышами в анамнезе
Z35.2	Наблюдение за течением беременности у женщины с другим отягощенным анамнезом, касающимся деторождения или акушерских проблем
Z35.3	Наблюдение за течением беременности у женщины с недостаточной предродовой помощью в анамнезе
Z35.4	Наблюдение за течением беременности у многорожавшей женщины
Z35.5	Наблюдение за старой первородящей
Z35.6	Наблюдение за очень юной первородящей
Z35.7	Наблюдение за беременностью у женщины, подверженной высокой степени риска вследствие социальных проблем
Z35.8	Наблюдение за беременностью у женщины, подверженной другой высокой степени риска
Z35.9	Наблюдение за беременностью у женщины, подверженной высокой степени риска неуточненного характера
Z36.0	Антенаатальный скрининг для выявления хромосомных аномалий
Z36.3	Антенаатальный скрининг с помощью ультразвука или других физических методов для выявления аномалий развития

## Диагностика.

### Критерии установления диагноза:

Нормальная беременность диагностируется при визуализации одного жизнеспособного эмбриона/плода (определяется сердцебиение эмбриона/плода) без пороков развития в полости матки при ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов малого таза и плода.

### Жалобы и анамнез.

Сбор анамнеза должен включать следующие данные пациентки:

- возраст,
- наличие профессиональных вредностей,
- наличие вредных привычек (курение, алкоголь, наркотические препараты),
- семейный анамнез (указание на наличие у родственников 1-й линии таких заболеваний как, сахарный диабет, тромбоэмбolicкие осложнения (ТЭО), гипертоническая болезнь, психические заболевания, акушерские и перинатальные осложнения),
- 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 абортов, 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,
- аллергические реакции,
- принимаемые лекарственные препараты,
- возраст и состояние здоровья мужа/партнера, его группа крови и резус-фактор, наличие у него профессиональных вредностей и вредных привычек.

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, длиющиеся 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. Они сопровождаются хотя бы одним из следующих признаков: чувством неполного опорожнения кишечника, небольшим количеством и плотной консистенцией кала, натуживанием не менее четверти времени дефекации. 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 беремен-

ности 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.**

**2А**

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

УЗИ является более точным методом определения срока беременности и родов. При расчете срока родов по дате последней менструации необходимо прибавить 280 дней (40 недель) к первому дню последней менструации (при 28-дневном менструальном цикле). При иной длительности менструального цикла необходимо вносить поправки в расчет срока родов с сторону увеличения срока при более длинном цикле и в сторону уменьшения срока при более коротком цикле. При наступлении беременности в результате ВРТ расчет срока родов должен быть сделан по дате переноса эмбрионов (дата переноса «плюс» 266 дней (38 недель) «минус» число дней, равное сроку культивирования эмбриона).

**2В**

Рекомендуется использовать показатель копчико-теменного размера (КТР) плода для определения срока беременности и родов по данным УЗИ в 1-м триместре беременности. Рекомендуется использовать показатель окружности головки плода для определения срока беременности и родов по данным УЗИ на более поздних сроках беременности (при КТР>84 мм)

При отсутствии УЗИ в 1-м триместре беременности и отсутствии информации о дате последней менструации, срок беременности и родов может быть установлен по данным других УЗИ. При расхождении срока по дате последней менструации и УЗИ в 11-14 недель более чем на 5 дней, срок беременности и родов следует устанавливать по данным УЗИ.

**5С**

Рекомендуется измерить массу тела, рост и рассчитать ИМТ (масса тела в кг / рост в м<sup>2</sup>) при 1-м визите, проводить контроль динамики прибавки массы тела при всех последующих визитах беременной пациентки

Основное влияние на акушерские и перинатальные исходы оказывает прибавка массы тела во время беременности, а не ИМТ до беременности. Рекомендуемая еженедельная прибавка массы тела в 1-м триместре составляет не более 0,5-2 кг/неделю. Прибавка масса тела происходит в том числе в связи с накоплением жидкости (отеками), характерными для периода гестации (Таблица 1).

**Таблица 1. Рекомендуемая еженедельная и общая прибавка веса в зависимости от ИМТ**

ИМТ до беременности	Общая прибавка массы тела (кг)	Скорость прибавки массы тела во II и III триместрах беременности (кг / нед)
---------------------	--------------------------------	---

Недостаточная масса тела ( $<18,5$ кг/м $^2$ )	12,5 - 18	0,51
Нормальная масса тела ( $18,5 - 24,9$ кг/м $^2$ )	11,5 - 16	0,42
Избыточная масса тела ( $25,0 - 29,9$ кг/м $^2$ )	7 - 11,5	0,28
Ожирение ( $\geq 30$ кг/м $^2$ )	5 - 9	0,22

**5C** Рекомендуется измерять артериальное давление (АД) и пульс при каждом визите беременной

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

**4C** Беременной группы высокого риска преэклампсии (ПЭ) рекомендуется назначить ежедневный мониторинг АД на протяжении всей беременности

К группе высокого риска развития ПЭ относятся пациентки с указанием на раннюю и/или тяжелую ПЭ в анамнезе.

**4C** Рекомендуется провести пальпацию молочных желез при 1-м визите беременной. При обнаружении узловых образований молочных желез рекомендуется направить пациентку на консультацию к врачу-онкологу

Пальпация молочных желез проводится с целью скрининга рака молочной железы.

**5C** Не рекомендуется регулярно пальпировать молочные железы во время беременности

**4C** Рекомендуется провести гинекологический осмотр при 1-м визите беременной

Гинекологический осмотр во время беременности включает визуальный осмотр наружных половых органов, осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах, бимануальное влагалищное исследование с определением размеров, консистенции, подвижности и болезненности матки, и придатков матки.

**4C** Не рекомендуется без показаний проводить повторные гинекологические осмотры беременной

Повторные гинекологические осмотры проводятся по показаниям: при наличии жалоб, при признаках истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) и ПР, для выявления ИЦН, определения соотношения головки плода и размеров таза.

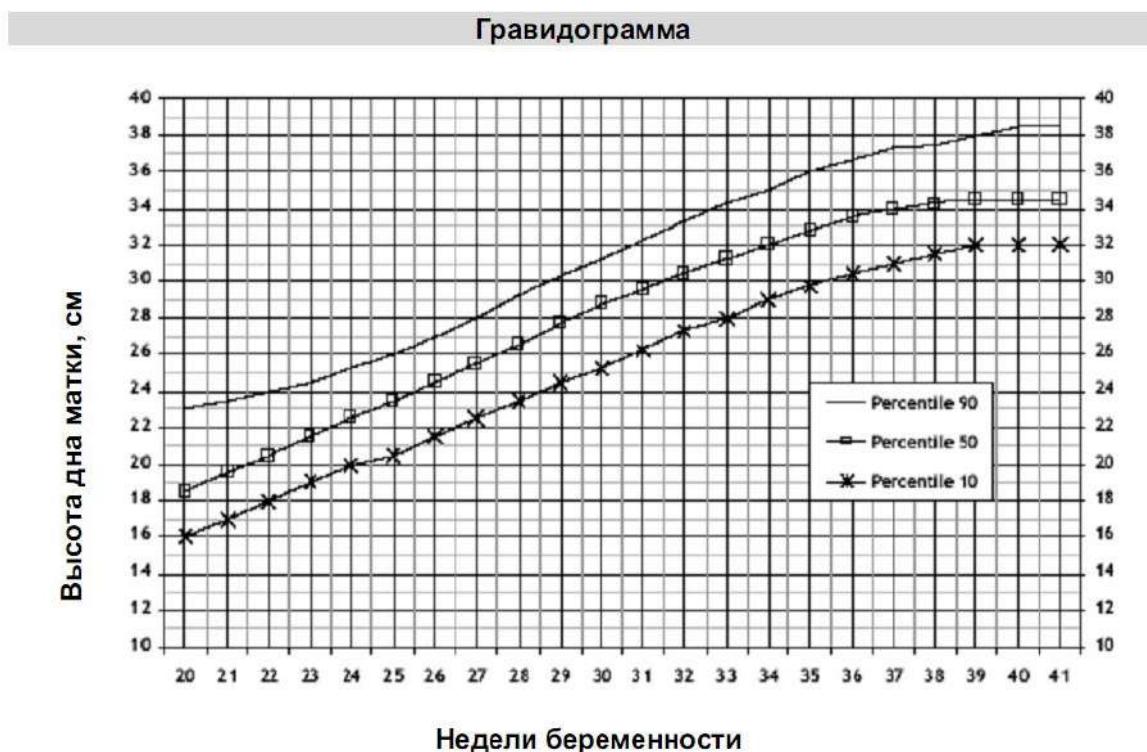
**2B** Рекомендуется измерять окружность живота (ОЖ), высоту дна матки (ВДМ) и ведение гравидограммы при каждом визите беременной после 20 недель беременности

**Таблица 2. Соответствие ВДМ сроку беременности**

Срок беременности ВДМ	ВДМ
20-21 неделя	18-24 см
22-23 неделя	21-25 см
24-25 неделя	23-27 см
26-27 неделя	25-28 см
28-29 неделя	26-31 см
30-31 неделя	29-32 см
32-33 неделя	31-33 см
34-35 неделя	32-33 см
36-37 неделя	32-37 см
38-39 неделя	35-38 см
40-42 неделя	34-35 см

Если ВДМ согласно гравидограмме ниже 10-й или выше 90-й перцентили распределения ВДМ, то необходимо проведение УЗИ для оценки развития плода и определения количества околоплодных вод.

**Рисунок 1. Гравидограмма.**



**2В**

Рекомендуется определить положение и предлежание плода при каждом визите беременной после 34-36 недель беременности

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

**5С**

Рекомендуется направить беременную на УЗИ плода при подозрении на

	неправильное положение и/или предлежание плода для его уточнения
4С	Рекомендуется определять частоту сердцебиения плода (ЧСС) при каждом визите беременной пациентки после 20 недель беременности при помощи акушерского стетоскопа или после 12 недель беременности при помощи фетального допплера для подтверждения жизнедеятельности плода

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

5С	Рекомендуется проводить опрос беременной по поводу характера шевелений плода при каждом визите после 16-20 недель беременности (после начала ощущения шевелений плода)
----	--

Нет доказательных данных по эффективности профилактики неблагоприятных перинатальных исходов на основании подсчета числа движений плода. Беременной должны быть даны рекомендации, что при субъективном снижении активности и/или частоты шевелений плода, ей следует незамедлительно обратиться в специализированный стационар или женскую консультацию для проведения дополнительного обследования.

### Лабораторные диагностические исследования.

1А	Рекомендуется направлять беременную на исследование уровня антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека-1/2 (далее – ВИЧ) и антигена p24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови при 1-м визите и в 3-м триместре беременности
----	---

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

1В	Рекомендуется направлять беременную на определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови при 1-м визите и в 3-м триместре беременности
----	---

Обследование и выявление инфекции способствует проведению постнатальной профилактики передачи вируса новорожденному. При выявлении инфекции беременная женщина должна быть направлена на консультацию к врачу-инфекционисту для подтверждения/исключения диагноза.

4С	Рекомендуется направлять беременную на определение суммарных антител классов M и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови при 1-м визите и в 3-м триместре беременности
----	--

При выявлении инфекции беременная женщина должна быть направлена на консультацию к врачу-инфекционисту для подтверждения/исключения диагноза.

2В	Рекомендуется направлять беременную на определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови при 1-м визите и в 3-м триместре беременности
----	---

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

**5С** Рекомендуется направлять беременную на определение антител класса G (IgG) и класса M (IgM) к вирусу краснухи (*Rubella virus*) в крови однократно при 1-м визите в 1-м или 2-м триместрах беременности

Обследование на ранних сроках беременности позволяет выявить серонегативных пациенток и информировать их о возможности инфицирования. При отсутствии или недостаточном уровне иммуноглобулинов класса G к вирусу краснухи пациентка должна быть информирована о риске инфицирования краснухой во время беременности.

**5С** Не рекомендуется рутинно направлять пациентку на определение антител класса G (IgG) и класса M (IgM) к токсоплазме (*Toxoplasma gondii*) в крови во время беременности

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

**5С** Не рекомендуется рутинно направлять беременную на определение антител классов M, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (*Cytomegalovirus*) в крови во время беременности

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

**5С** Не рекомендуется рутинно направлять беременную на определение антител к вирусу простого герпеса (*Herpes simplex virus*) в крови во время беременности вне зависимости от наличия или отсутствия симптомов рецидивирующей ВПГ-инфекции в анамнезе

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

**1В** Рекомендуется направлять беременную на определение антигена стрептококка группы В (*S. agalactiae*) в отделяемом цервикального канала в 35-37 недель беременности

Обследование на носительство стрептококка группы В и последующая терапия во время беременности приводит к уменьшению колонизации стрептококком родовых путей женщин и рождению детей с признаками внутриутробной инфекции. При положительном результате исследования пациенткам назначается антибиотикопрофилактика в родах.

3B	Рекомендуется направлять беременную на микроскопическое исследование влагалищных мазков при 1-м визите и в 3-м триместре беременности, включая микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк ( <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ), микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на трихомонады ( <i>Trichomonas vaginalis</i> ), микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на дрожжевые грибы
----	---

Рутинно направлять беременную на молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*), нецелесообразно – данное исследование может быть рекомендовано при появлении жалоб на вагинальный дискомфорт, изменение характера выделений из половых путей, зуд, жжение, выделения с неприятным запахом воспалительным характером микроскопического исследования мазка.

1A	Не рекомендуется рутинно направлять беременную на определение ДНК <i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Atopobium vaginae</i> , <i>Lactobacillus spp.</i> и общего количества бактерий во влагалищном отделяемом методом ПЦР и молекулярно-биологическое исследование отделяемого женских половых органов на условно-патогенные генитальные микоплазмы ( <i>Ureaplasma parvum</i> , <i>Ureaplasma urealyticum</i> , <i>Mycoplasma hominis</i> )
----	---

1A	Рекомендуется направлять беременную на микробиологическое (культуральное) исследование средней порции мочи на бактериальные патогены однократно на выявление бессимптомной бактериурии при 1-м визите
----	---

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

1B	Рекомендуется направлять беременную на определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор) однократно при 1-м визите
----	--

1B	Рекомендуется направлять резус-отрицательную беременную на определение антирезусных антител при 1-м визите, затем при отсутствии антител в 18-20 недель беременности и в 28 недель беременности
----	---

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

4C	Не рекомендуется рутинно направлять беременную на определение антител к группе крови I(O)
----	---

Доказательная база предикции гемолитической болезни плода по системе АВО отсутствует.

**2В**

Рекомендуется направлять беременную на проведение общего (клинического) анализа крови при 1-м визите, во 2-м и в 3-м триместре беременности

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. Для подтверждения латентного дефицита железа может быть рекомендовано определение сывороточного ферритина, как наиболее точного показателя определения уровня железа.

**3С**

Рекомендуется направлять беременную на проведение биохимического общетерапевтического анализа крови при 1-м визите и в 3-м триместре беременности

Надежная доказательная база необходимости данного исследования отсутствует, но оно принято в отечественной практике. Биохимический общетерапевтический анализ крови включает определение общего белка, мочевины, креатинина, общего билирубина, прямого билирубина, аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ) и глюкозы.

**4С**

Рекомендуется направлять беременную на определение нарушения углеводного обмена при 1-м визите и в 24-26 недель беременности

Определение нарушения углеводного обмена включает определение уровня глюкозы или гликированного гемоглобина (HbA1c) в венозной крови натощак. Для беременной женщины нормальное значение глюкозы натощак составляет  $< 5,1$  ммоль/л, уровня HbA1c  $< 6,5\%$ . При значениях глюкозы  $\geq 5,1$  ммоль/л или HbA1c  $\geq 6,5\%$  беременную женщину следует направить на консультацию к эндокринологу.

**4С**

Рекомендуется направлять беременную на проведение перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ) с 75 г глюкозы в 24-28 недель беременности в случае, если у нее не было выявлено нарушение углеводного обмена

К группе высокого риска развития ГСД относятся пациентки с ИМТ  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>, ука- занием в анамнезе на роды плодом с массой тела  $\geq 4,5$  кг или ГСД, отягощенным по сахарному диабету семейным анамнезом.

**3С**

Рекомендуется направлять беременную на проведение коагулограммы (ориентированного исследования системы гемостаза) при 1-м визите и перед родами (принято в отечественной практике, не имеет доказательной базы)

Надежная доказательная база необходимости данного исследования отсутствует, но оно принято в отечественной практике. Исследование коагулограммы включает: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), фибриноген, протромбиновое (тромбопластиновое) время (ПВ) и количество тромбоцитов.

**2А**

Рекомендуется направлять беременную на исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови однократно при 1-м визите

Определение уровня ТТГ проводится с целью раннего выявления и терапии гипотиреоза. Референсное значение уровня ТТГ у беременной женщины составляет

$< 3,0$  МЕ/мл. При  $TTG \geq 3,0$  МЕ/мл беременную женщину следует направить на консультацию к врачу-эндокринологу.

1B	Рекомендуется направлять беременную на проведение общего (клинического) анализа мочи при 1-м визите, во 2-м и в 3-м триместре беременности
4C	Рекомендуется после 22 недель беременности во время каждого визита беременной определять белок в моче с помощью специальных индикаторных полосок

Данные высокой степени доказательности об улучшении прогноза развития ПЭ при проведении повторных исследований на протеинурию отсутствуют.

2A	Рекомендуется направлять беременную на проведение цитологического исследования микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала) при 1-м визите во время беременности (
----	---

Данное исследование проводится с целью скрининга рака шейки матки. Цитологическое исследование мазка с поверхности шейки матки и из цервикального канала следует рекомендовать, если с момента последнего исследования прошло более 3-х лет при отрицательном анализе на вирус папилломы человека (ВПЧ) и нормальных данных предыдущих цитологических исследований (NILM), или если с момента последнего исследования прошло более 1 года при положительном или неизвестном ВПЧ-статусе, или хотя бы одном патологическом предыдущем цитологическом исследовании (ASCUS, LSIL, HSIL) вне зависимости от проведения терапии в анамнезе.

### Инструментальные диагностические исследования.

5C	Рекомендуется провести беременной измерение размеров таза (пельвиометрию) в 3-м триместре
----	---

Измерение размеров таза проводится для определения акушерской тактики при родоразрешении.

1A	Рекомендуется направлять беременную на проведение УЗИ плода при сроке беременности $11-13^6$ недель в медицинскую организацию, осуществляющую экспертный уровень пренатальной диагностики, для определения срока беременности, проведения скрининга 1-го триместра, диагностики многоплодной беременности
----	---

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

1A	Рекомендуется направлять беременную в $18-20^6$ 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 УЗИ шейки матки (УЗ-цервикометрию) в медицинскую организацию, осуществляющую пренатальную диагностику
----	---

Дополнительные УЗИ во 2-м триместре беременности могут быть назначены при отсутствии или нарушении ЧСС плода (тахикардия, брадикардия, аритмия) во время аусcultации ЧСС плода.

**2А**

Рекомендуется направлять беременную группы высокого риска акушерских и перинатальных осложнений (ПЭ, ПР, ЗРП, предлежание плаценты) и в случае несоответствия ВДМ сроку беременности согласно гравидограмме на проведение УЗИ плода при сроке беременности 30-34 недели для диагностики поздно манифестирующих пороков развития плода, крупного или маловесного плода

Дополнительные УЗИ в 3-м триместре беременности (после 34-36 недель) могут быть назначены для уточнения при подозрении на неправильное положение или предлежание плода, при отсутствии или нарушении ЧСС плода (тахикардия, брадикардия, аритмия) во время аускультации ЧСС плода, при несоответствии размеров матки и срока беременности.

**4С**

Рекомендуется направлять беременных на проведение УЗИ шейки матки (УЗ-цервикометрии) с 16 до 24 недель беременности для раннего выявления пациентов с риском преждевременных родов

Скрининг длины шейки матки проводится:

- у женщин без преждевременных родов в анамнезе: между 16 и 24 неделями однократно;
- у женщин с преждевременными родами в анамнезе с 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.

**1В**

Рекомендуется направлять беременную группы высокого риска акушерских и перинатальных осложнений (ПЭ, ПР, ЗРП) на проведение ультразвуковой допплерографии маточно-плацентарного кровотока во время 2-го УЗИ (при сроке беременности 18-20<sup>6</sup> недель) и в 3-м триместре беременности (при сроке беременности 30-34 недели)

В данной группе проведение данного исследования способствует снижению перинатальной смертности, индукции родов, родоразрешения посредством операции кесарева сечения.

**1А**

Не рекомендуется направлять беременную группы низкого риска акушерских и перинатальных осложнений (ПЭ, ПР, ЗРП) на проведение ультразвуковой допплерографии маточно-плацентарного кровотока

В данной группе проведение данного исследования не сопровождается улучшением материнских или перинатальных исходов.

**1А**

Рекомендуется направлять беременную на проведение кардиотокографии (КТГ) плода с 33 недель беременности с кратностью 1 раз в 2 недели

## Иные диагностические исследования.

**4С**

Рекомендуется направлять беременную на консультацию к врачу-терапевту и врачу-стоматологу при 1-м визите и в 3-м триместре беременности, к врачу-офтальмологу при 1-м визите)

Надежная доказательная база необходимости данных рекомендаций отсутствует, но они приняты в отечественной практике. Консультации специалистов проводятся для своевременной диагностики соматической патологии и назначения терапии (принято в отечественной практике, не имеет доказательной базы).

**5С** 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

Надежная доказательная база необходимости данных рекомендаций отсутствует, но они приняты в отечественной практике. 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.

**1А** 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 (PAPP-A) с последующим программным расчетом индивидуального риска рождения ребенка с хромосомной патологией

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

**1С** Не рекомендуется 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 неконьююгированного эстрадиола в крови (тройной скрининг) и исследование уровня ингибина А в крови (четверной скрининг)

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

**1А** 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 пациентке проведение инвазивной пренатальной диагностики (биопсия ворсин хориона, амниоцентез) с исследованием полученного материала методами цитогенетического или молекулярного кариотипирования

Биопсия ворсин хориона проводится при сроке 10-14 недель беременности. Амниоцентез проводится при сроке беременности > 15 недель. Индивидуальный высокий риск хромосомной патологии у плода по данным скрининга 1-го триместра составляет ≥ 1/100. Противопоказаниями к инвазивной пренатальной диагностике являются: инфекционные и воспалительные заболевания любой

локализации, угрожающий выкидыши или ПР. В случаях сенсибилизации по системе Rh(D) необходимо взвесить потенциальную пользу/риск от проведения инвазивной диагностики.

## Лечение.

### Немедикаментозные методы коррекции жалоб, возникающих во время нормальной беременности.

**2В** Беременной с жалобами на тошноту и рвоту должны быть даны рекомендации по соблюдению диеты

Диета включает: дробное питание, малыми порциями, исключение из рациона жирных, жареных блюд, шоколада, острых блюд, газированных напитков, кофе, крепкого чая.

**5С** Беременной с жалобами на изжогу должны быть даны рекомендации по избеганию положений тела, способствующих возникновению изжоги; соблюдению диеты; ношению свободной одежды, не давящей на область желудка

Доказательная база необходимости данных рекомендаций отсутствует. Диета включает: дробное питание, малыми порциями, исключение из рациона жирных, жареных блюд, шоколада, острых блюд, газированных напитков, кофе, крепкого чая.

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

Модификация рациона питания включает путем добавление к пище пищевых волокон.

**2В** Беременной с жалобами на варикозное расширение вен нижних конечностей должны быть даны рекомендации по ношению компрессионного трикотажа, при выраженном расширении вен нижних конечностей рекомендуется консультация врача-сосудистого хирурга

Ношение компрессионного трикотажа способствует сдавлению подкожных вен, уменьшению застойных явлений и увеличению скорости кровотока по глубоким венам нижних конечностей. Помимо компрессионного трикотажа беременной пациентке могут быть назначены сеансы лечебной физкультуры и контрастный душ в сочетании с правильным режимом труда и отдыха.

**1А** Беременной с жалобами на боль в спине должны быть даны рекомендации по соблюдению режима физической активности

Соблюдение режима физической активности включает плавание, массаж и физические упражнения.

**5С** Беременной с жалобами на боль в лобке вследствие развития симфизита должны быть даны рекомендации по ношению бандажа и использованию локтевых костылей при движении

## **Медикаментозные методы коррекции жалоб, возникающих во время нормальной беременности.**

**2В**

Беременной с жалобами на изжогу при отсутствии эффекта от соблюдения диеты и образа жизни рекомендуется назначить препараты с антацидным действием

Беременной с жалобами на изжогу при отсутствии эффекта от соблюдения диеты и образа жизни могут быть также назначены обволакивающие и вяжущие препараты растительного происхождения, но доказательная база эффективности их назначения при изжоге отсутствует.

**2В**

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 (гесперидин+диосмин)

Назначение препаратов, содержащих биофлавоноиды (диосмин, гесперидин) улучшает клиническую симптоматику при геморрое во время беременности в 7 раз.

**1А**

Беременной при выявлении бессимптомной бактериурии рекомендуется назначить пероральный курс антибактериальной терапии

Бессимптомная бактериурия – это наличие колоний бактерий  $\geq 10^5$  в 1 мл средней порции мочи при отсутствии клинических симптомов.

**1А**

Беременной рекомендуется назначить пероральный прием фолиевой кислоты на протяжении 12 недель до планируемой беременности и в течение первых 12 недель наступившей беременности в дозе 1000 мкг в день

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

**5С**

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

**1В**

Беременной группы высокого риска ПЭ при низком потреблении кальция (менее 600 мг/день) рекомендуется назначить пероральный прием препаратов кальция на протяжении всей беременности в дозе 1 г/день

Назначение препаратов кальция на протяжении всей беременности у женщин группы высокого риска ПЭ снижает риск развития данного заболевания.

**1В**

Беременной группы высокого риска гиповитаминоза витамина D рекомендуется назначить пероральный прием витамина D на протяжении всей беременности в дозе 10 мкг (400 МЕ) в день

В группе высокого риска гиповитаминоза витамина D его назначение снижает риск таких акушерских осложнений, как ПЭ, ЗРП и ГСД. К группе высокого риска гиповитаминоза витамина D относятся женщины с темной кожей, имеющие ограничения пребывания на солнце, со сниженным уровнем потребления мяса, жирной рыбы, яиц, с ИМТ до беременности  $\geq 30 \text{ кг}/\text{м}^2$ .

**2B**

Беременной группы низкого риска гиповитаминоза витамина D не рекомендуется назначать прием витамина D

В группе низкого риска гиповитаминоза витамина D его назначение не снижает риск таких акушерских осложнений, как ПЭ, ЗРП и ГСД.

**1C**

Беременной группы низкого риска авитаминоза не рекомендуется рутинно назначать прием поливитаминов

В группе низкого риска авитаминоза назначение поливитаминов не снижает риск перинатальных осложнений. Беременной пациентке группы высокого риска авитаминоза может быть рекомендован пероральный прием поливитаминов на протяжении всей беременности, так как в группе высокого риска авитаминоза их назначение снижает риск перинатальных осложнений. К группе высокого риска авитаминоза относятся женщины низкого социально-экономического класса, с неправильным образом жизни, недостатком питания, с особенностью диеты (вегетарианки).

**1B**

Беременной не рекомендуется рутинно назначать прием Омега-3 полиненасыщенных жирных кислот

Назначение Омега-3 полиненасыщенных жирных кислот не снижает риск таких акушерских и перинатальных осложнений, как ПЭ, ПР, ЗРП, ГСД, послеродовая депрессия, и нарушение нейрокогнитивного развития детей. Курящей беременной может быть рекомендован прием Омега-3 полиненасыщенных жирных кислот, так как это снижает риск спонтанных ПР и рождения маловесных детей.

**2A**

Беременной пациентке при нормальном уровне гемоглобина и/или ферритина не рекомендуется рутинно назначать прием препаратов железа

Нет доказательств пользы рутинного назначения препаратов железа для здоровья матери или ребенка, но есть повышенный риск побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта (чаще всего – запоры или диарея).

**5C**

Беременной не рекомендуется назначать прием витамина А

Прием витамина А в дозе  $> 700 \text{ мкг}$  может оказывать тератогенный эффект.

**1A**

Беременной не рекомендуется рутинно назначать прием витамина Е

Прием витамина Е не снижает риск таких акушерских и перинатальных осложнений, как ПЭ, ПР, ЗРП, антенатальная гибель плода и неонатальная смерть.

**1A**

Беременной не рекомендуется рутинно назначать прием аскорбиновой кислоты

Рутинный прием витамина С не снижает риск таких акушерских и перинатальных осложнений, как ПЭ, ПР, ЗРП, антенатальная гибель плода и неонатальная смерть.

**Реабилитация:** не применимо.

**Профилактика.**

**Рекомендации по исключению факторов риска для профилактики осложнений беременности.**

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

Как избыточная, так и недостаточная прибавка массы тела во время беременности ассоциирована с акушерскими и перинатальными осложнениями. Беременные с ожирением ( $ИМТ \geq 30 \text{ кг}/\text{м}^2$ ) составляют группу высокого риска перинатальных осложнений: самопроизвольного выкидыша, ГСД, гипертензивных рас-стройств, ПР, оперативного родоразрещения, антенатальной и интранатальной гибели плода, ТЭО. Беременные с  $ИМТ \leq 20 \text{ кг}/\text{м}^2$  составляют группу высокого риска ЗРП.

**2В** Беременной должны быть даны рекомендации по отказу от работы, связанной с длительным стоянием или с излишней физической нагрузкой, работы в ночное время и работы, вызывающей усталость

Данные виды работ ассоциированы с повышенным риском ПР, гипертензии, ПЭ и ЗРП.

**4С** Беременной должны быть даны рекомендации по отказу от работы, связанной с воздействием рентгеновского излучения

**5С** Беременной с нормальным течением беременности должна быть рекомендована умеренная физическая нагрузка (20-30 минут в день)

Физические упражнения, не сопряженные с избыточной физической нагрузкой или возможной травматизацией женщины, не увеличивают риск ПР и нарушение развития детей.

**5С** Беременной должны быть даны рекомендации по избеганию физических упражнений, которые могут привести к травме живота, падениям, стрессу (например, контактные виды спорта, такие как борьба, виды спорта с ракеткой и мячом, подводные погружения)

**4С** При нормальном течении беременности не должны даваться рекомендации по отказу от половой жизни, так как половые контакты при нормальном течении беременности не увеличивают риск ПР и перинатальной смертности

**4С** Беременной с нарушением микрофлоры влагалища должны быть даны рекомендации по воздержанию от половой жизни до восстановления микробиоты влагалища

Половые контакты у беременной с нарушением микрофлоры влагалища увеличивают риск ПР.

1В	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
----	--

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

4С	Беременной должны быть даны рекомендации по правильному использованию ремня безопасности при путешествии в автомобиле, так как правильное использование ремня безопасности снижает риск потери плода в случае аварий в 2-3 раза
----	---

Правильное использование ремня безопасности у беременной женщины заключается в использовании трехточечного ремня, где первый ремень протягивается под животом по бедрам, второй ремень – через плечи, третий ремень – над животом между молочными железами.

2В	Беременной должны быть даны рекомендации по образу жизни, направленному на снижение воздействия на организм вредных факторов окружающей среды (поллютантов)
----	---

Выявлен повышенный риск невынашивания беременности, ПР, гестационной артериальной гипертензии и других осложнений беременности вследствие воздействия поллютантов, содержащихся в атмосферном воздухе, воде и продуктах питания (например, тяжелых металлов – мышьяка, свинца, и др. органических соединений – бисфенола А, и др.).

2В	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. Примерно 5-8% ПР, 13-19% родов в срок ребенком с низкой массой тела, 23-34% случаев внезапной детской смерти и 5-7% смертей в детском возрасте по причинам, связанным с патологическим течением пренатального периода, могут быть ассоциированы с курением матери во время беременности. Дети, рожденные от курящих матерей, имеют повышенный риск заболеваемости бронхиальной астмой, кишечными коликами и ожирением.

5С	Беременной должны быть даны рекомендации по отказу от приема алкоголя во время беременности, особенно в 1-м триместре
----	---

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

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

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

5C	Беременной пациентке должны быть даны рекомендации по правильному питанию, такие как, снижение потребления пищи, богатой витамином А (например, говяжей, куриной утиной печени и продуктов из нее) и потребление пищи с достаточной калорийностью и содержанием белка, витаминов и минеральных веществ
----	--

Здоровое питание во время беременности характеризуется достаточной калорийностью и содержанием белка, витаминов и минеральных веществ, получаемых в результате употребления в пищу разнообразных продуктов, включая зеленые и оранжевые овощи, мясо, рыбу, бобовые, орехи, фрукты и продукты из цельного зерна.

5C	Беременной должны быть даны рекомендации избегать потребления непастеризованного молока, созревших мягких сыров, паштета и плохо термически обработанных мяса и яиц, так как эти продукты являются источниками листериоза и сальмонеллеза
----	---

Самыми частыми инфекциями, передающимися с пищей, являются листериоз и сальмонеллез. Заболеваемость листериозом беременных женщин выше (12/100 000), чем в целом по популяции (0,7/100 000).

**Медикаментозная профилактика развития осложнений беременности у пациенток группы высокого риска развития акушерских и перинатальных осложнений при нормальном течении настоящей беременности.**

1B	Беременной группы высокого риска ПЭ рекомендуется назначить пероральный прием ацетилсалициловой кислоты с 12 недель беременности до 36 недель беременности по 150 мг/день
----	---

К группе высокого риска развития ПЭ относятся пациентки с указанием на раннюю и/или тяжелую ПЭ в анамнезе.

1A	Если беременность наступила в результате ВРТ, рекомендуется назначение гестагенов с момента трансвагинальной пункции яичников или в первые трое суток после нее
----	---

Назначение гестагенов женщинам с беременностью, наступившей в результате ВРТ, производится по заключению врача акушера-гинеколога Центра ВРТ.

1A	Беременной группы высокого риска самопроизвольного выкидыша рекомендуется назначить прием гестагенов с 1-го визита до 20 недель беременности
----	--

К группе высокого риска развития самопроизвольного выкидыша в 1-м триместре относятся пациентки с указанием на привычный выкидыш в анамнезе.

1A	Беременным с бессимптомным укорочением шейки матки по данным цервикометрии (длина шейки менее 25 мм) рекомендуется назначить прием препаратов прогестерона по 200 мг с 22 до 34 недель беременности как при
----	---

	одноплодной, так и многоплодной беременности
1А	Резус-отрицательной беременной с не выявлением в 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

При резус-отрицательной принадлежности крови мужа/партнера, введение антирезусного иммуноглобулина Rho(D) в 28-30 недель не проводится. В случае неинвазивного определения резус-отрицательной принадлежности крови у плода по циркулирующим в крови матери внеклеточным фрагментам плодовой ДНК, введение антирезусного иммуноглобулина Rho(D) в 28-30 недель не проводится.

4С	Резус-отрицательной беременной с отрицательным уровнем антирезусных антител при проведении амниоцентеза или биопсии ворсин хориона рекомендуется назначить введение антирезусного иммуноглобулина Rho(D) в дозе, согласно инструкции к препарату, внутримышечно
----	---

Амниоцентез и биопсия ворсин хориона могут приводить к сенсибилизации матери по системе резус в случае, если кровь матери резус-отрицательная, а кровь плода – резус-положительная.

### **Вакцинация во время беременности.**

5С	При путешествии в тропические страны, а также в случае эпидемий, беременной пациентке рекомендуется проведение вакцинации с применением инактивированных и генно-инженерных вакцин, анатоксинов, оральной полиовакцины
----	--

Беременной противопоказано назначение живых вакцин (аблица 3). Беременная подписывает информированное добровольное согласие на проведение вакцинации.

5С	Трёхвалентные инактивированные вакцины рекомендуются женщинам, у которых беременность совпадает с сезоном гриппа
----	--

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

**Таблица 3. 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	

\*- живая вакцина, противопоказана во время беременности.

## Организация медицинской помощи.

### Показания для госпитализации в родильные учреждения:

1. Развитие родовой деятельности.
2. Излитие или подтекание околоплодных вод.
3. Кровянистые выделения из половых путей, свидетельствующие об угрозе выкидыша.
4. Признаки угрожающих ПР.
5. Признаки ПОНРП.
6. Признаки ИЦН.
7. Рвота беременных > 10 раз в сутки и потеря массы тела > 3 кг за 1-1,5 недели при отсутствии эффекта от проводимой терапии.
8. Однократное повышение диастолического АД  $\geq 110$  мм рт. ст. или двукратное повышение диастолического АД  $\geq 90$  мм рт. ст. с интервалом не менее 4 часов.
9. Повышение систолического АД  $\geq 160$  мм рт. ст.
10. Протеинурия (1+).
11. Симптомы полиорганной недостаточности (головная боль, нарушения зрения, боли в эпигастрине, рвота, симптомы поражения печени, олиго\анурия, нарушения сознания, судороги в анамнезе, гиперрефлексия).
12. Признаки хориоамнионита.
13. ЗРП 2-3 степени.
14. Нарушение функционального состояния плода по данным допплерометрии и КТГ.
15. Внутриутробная гибель плода.
16. Острый живот.
17. Острые инфекционные и воспалительные заболевания.

### Показания к выписке пациента из медицинской организации:

1. После родов.
2. После купирования симптомов угрожающего выкидыша, угрожающих ПР, ИЦН с прогрессирующей беременностью.
3. После купирования симптомов рвоты беременных с пролонгирующейся беременностью.
4. После купирования причины острого живота с пролонгирующейся беременностью.
5. После излечения острых инфекционных и воспалительных заболеваний с пролонгирующейся беременностью.

### Кратность посещения врача акушера-гинеколога во время нормальной беременности:

- Оптимальная кратность посещения врача акушера-гинеколога беременной женщиной с нормально протекающей беременностью составляет от 4 до 7 раз.
- Оптимальным временем первого визита к врачу является 1-й триместр беременности (до 10 недель).

### Критерии качества медицинской помощи:

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

№	Критерии качества	Оценка
	беременности	
4	Проведено определение частоты сердцебиения плода при помощи акушерского стетоскопа после 20 недель беременности или при помощи фетального допплера после 12 недель беременности при каждом визите беременной	Да / Нет
5	Выполнено направление беременной на исследование уровня антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека-1/2 (далее – ВИЧ) и антигена p24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови при 1-м визите и в 3-м триместре беременности	Да / Нет
6	Выполнено направление беременной на определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови при 1-м визите и в 3-м триместре беременности	Да / Нет
7	Выполнено направление беременной на определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови при 1-м визите и в 3-м триместре беременности	Да / Нет
8	Выполнено направление беременной на определение антигена стрептококка группы В (S. agalactiae) в отделяемом цервикального канала в 35-37 недель беременности	Да / Нет
9	Выполнено направление беременной на микроскопическое исследование влагалищных мазков при 1-м визите и в 3-м триместре беременности	Да / Нет
10	Выполнено направление беременной на микробиологическое (культуральное) исследование средней порции мочи на бактериальные патогены однократно на выявление бессимптомной бактериурии при 1-м визите	Да / Нет
11	Выполнено направление беременной на определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор) однократно при 1-м визите	Да / Нет
12	Выполнено направление резус-отрицательной беременной на определение антирезусных антител при 1-м визите и затем при отсутствии антител в 18-20 недель и в 28 недель беременности	Да / Нет
13	Выполнено направление беременной на проведение общего (клинического) анализа крови при 1-м визите, во 2-м и в 3-м триместре беременности	Да / Нет
14	Выполнено направление беременной на определение нарушения углеводного обмена при 1-м визите и в 24-26 недель беременности и на проведение перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ) с 75 г глюкозы в 24-28 недель беременности в случае, если у нее не было выявлено нарушение углеводного обмена	Да / Нет
15	Выполнено направление беременной на исследование уровня	Да / Нет

№	Критерии качества	Оценка
	тиреотропного гормона (ТТГ) в крови однократно при 1-м визите	
16	Выполнено направление беременной на проведение общего (клинического) анализа мочи при 1-м визите, во 2-м и в 3-м триместре беременности для выявления протеинурии	Да / Нет
17	Выполнено направление беременной на проведение скринингового ультразвукового исследования плода и биохимического скрининга при сроке беременности 11-13 недель	Да / Нет
18	Выполнено направление беременной на проведение скринингового ультразвукового исследования плода и ультразвукового исследования шейки матки (УЗ-цервикометрию) при сроке беременности 18-20 <sup>6</sup> недель	Да / Нет
19	Проведено назначение перорального приема фолиевой кислоты беременной пациентке на протяжении 12 недель до и в течение первых 12 недель беременности в дозе 1000 мкг в день	Да / Нет
20	Проведено назначение введения иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] в дозе, согласно инструкции к препарату, внутримышечно в 28-30 недель беременности резус-отрицательной беременной при отсутствии антирезусных антител	Да / Нет

## Список литературы:

1. Нормальная беременность. Клинические рекомендации (протокол лечения) РОАГ. 2021.
2. Abramowitz L, Sobhani I, Benifla JL, Vuagnat A, Daraï E, Mignon M, et al. Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery. *Dis Colon Rectum.* 2002 May;45(5):650–5.
3. ACOG Committee Opinion No. 650: Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. *Obstet Gynecol.* 2015 Dec;126(6):e135-42. 151.
4. ACOG Practice Advisory: Update on Seafood Consumption During Pregnancy. 2017;
5. Alfirevic Z, Navaratnam K, Mujezinovic F. Amniocentesis and chorionic villus sampling for prenatal diagnosis. *Cochrane database Syst Rev.* 2017;9:CD003252.
6. Alfirevic Z, Stampalija T, Dowswell T. Fetal and umbilical Doppler ultrasound in high-risk pregnancies. *Cochrane database Syst Rev.* 2017;6:CD007529.
7. Alldred SK, Takwoingi Y, Guo B, Pennant M, Deeks JJ, Neilson JP, et al. First and second trimester serum tests with and without first trimester ultrasound tests for Down's syndrome screening. *Cochrane database Syst Rev.* 2017 Mar 15;3:CD012599.
8. American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care. 8th ed. Elk Grove Village, IL; Washington, DC; 2017.
9. Asbill KK, Higgins R V, Bahrani-Mostafavi Z, Vachris JC, Kotrotsios SH, Elliot MC, et al. Detection of *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* colonization of the gravid cervix. *Am J Obstet Gynecol.* 2000 Aug;183(2):340–4; discussion 345-6.
10. Beta J, Lesmes-Heredia C, Bedetti C, Akolekar R. Risk of miscarriage following amniocentesis and chorionic villus sampling: a systematic review of the literature. *Minerva Ginecol.* 2018 Apr;70(2):215–9.
11. Caradeux J, Martinez-Portilla RJ, Peguero A, Sotiriadis A, Figueras F. Diagnostic performance of third-trimester ultrasound for the prediction of lateonset fetal growth restriction: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2019 Jan 8;
12. Chen L-W, Wu Y, Neelakantan N, Chong MF-F, Pan A, van Dam RM. Maternal caffeine intake during pregnancy and risk of pregnancy loss: a categorical and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Public Health Nutr.* 2016 May;19(07):1233–44.
13. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No. 180: Gestational Diabetes Mellitus. *Obstet Gynecol.* 2017;130(1):e17–37.
14. Consortium on Thyroid and Pregnancy—Study Group on Preterm Birth, Korevaar TIM, Derakhshan A, Taylor PN, Meima M, Chen L, et al. Association of Thyroid Function Test Abnormalities and Thyroid Autoimmunity With Preterm Birth: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA.* 2019;322(7):632–41.
15. Crowther CA, Middleton P, McBain RD. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation. *Cochrane database Syst Rev.* 2013 Feb; (2):CD000020.
16. Dunn L, Sherrell H, Kumar S. Review: Systematic review of the utility of the fetal cerebroplacental ratio measured at term for the prediction of adverse perinatal outcome. *Placenta.* 2017;54:68–75.
17. Edwards L, Hui L. First and second trimester screening for fetal structural anomalies. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2018;23(2):102–11.
18. García-Pérez L, Linertová R, Álvarez-de-la-Rosa M, Bayón JC, Imaz-Iglesia I, Ferrer-Rodríguez J, et al. Cost-effectiveness of cell-free DNA in maternal blood testing for prenatal detection of trisomy 21, 18 and 13: a systematic review. *Eur J Health Econ.* 2018 Sep;19(7):979–91.
19. Gil MM, Accurti V, Santacruz B, Plana MN, Nicolaides KH. Analysis of cellfree DNA in maternal blood in screening for aneuploidies: updated meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017 Sep;50(3):302–14.

20. Goldstein RF, Abell SK, Ranasinha S, Misso M, Boyle JA, Black MH, et al. Association of Gestational Weight Gain With Maternal and Infant Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2017 Jun 6;317(21):2207–25.
21. Greenwood CJ, Stainton MC. Back pain/discomfort in pregnancy: invisible and forgotten. *J Perinat Educ*. 2001;10(1):1–12.
22. Haas DM, Hathaway TJ, Ramsey PS. Progestogen for preventing miscarriage in women with recurrent miscarriage of unclear etiology. *Cochrane database Syst Rev*. 2018;10:CD003511.
23. Harding KB, Peña-Rosas JP, Webster AC, Yap CM, Payne BA, Ota E, et al. Iodine supplementation for women during the preconception, pregnancy and postpartum period. *Cochrane database Syst Rev*. 2017;3:CD011761.
24. Heumann CL, Quilter LAS, Eastment MC, Heffron R, Hawes SE. Adverse Birth Outcomes and Maternal Neisseria gonorrhoeae Infection: A Population-Based Cohort Study in Washington State. *Sex Transm Dis*. 2017;44(5):266–71.
25. Hofmeyr GJ, Lawrie TA, Atallah ÁN, Torloni MR. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane database Syst Rev*. 2018;10:CD001059.
26. Johansson K, Hutcheon JA, Bodnar LM, Cnattingius S, Stephansson O. Pregnancy weight gain by gestational age and stillbirth: a population-based cohort study. *BJOG*. 2018 Jul;125(8):973–81.
27. Johnsen SL, Rasmussen S, Sollien R, Kiserud T. Accuracy of second trimester fetal head circumference and biparietal diameter for predicting the time of spontaneous birth. *J Perinat Med*. 2006;34(5):367–70.
28. Kuper SG, Abramovici AR, Jauk VC, Harper LM, Biggio JR, Tita AT. The effect of omega-3 supplementation on pregnancy outcomes by smoking status. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;217(4):476.e1–476.e6.
29. Lo JO, Schabel MC, Roberts VH et al. First trimester alcohol exposure alters placental perfusion and fetal oxygen availability affecting fetal growth and development in a non-human primate model. *Am J Obs Gynecol*. 2017;216(3):302.e1–302.e8.
30. Mangesi L, Hofmeyr GJ, Smith V, Smyth RMD. Fetal movement counting for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane database Syst Rev*. 2015 Oct 15; (10):CD004909.
31. Maruotti GM, Saccone G, Martinelli P. Third trimester ultrasound soft-tissue measurements accurately predicts macrosomia. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2017 Apr;30(8):972–6.
32. McBain RD, Crowther CA, Middleton P. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation. *Cochrane database Syst Rev*. 2015 Sep; (9):CD000020.
33. Metoki H, Iwama N, Ishikuro M, Satoh M, Murakami T, Nishigori H. Monitoring and evaluation of out-of-office blood pressure during pregnancy. *Hypertens Res*. 2017 Feb;40(2):107–9.
34. Nair M, Churchill D, Robinson S, Nelson-Piercy C, Stanworth SJ, Knight M. Association between maternal haemoglobin and stillbirth: a cohort study among a multi-ethnic population in England. *Br J Haematol*. 2017;179(5):829–37.
35. Nassr AA, Abdelmagied AM, Shazly SAM. Fetal cerebro-placental ratio and adverse perinatal outcome: systematic review and meta-analysis of the association and diagnostic performance. *J Perinat Med*. 2016 Mar;44(2):249–56.
36. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. *Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman*. 2nd ed. London NW1 4RG: RCOG Press; 2008. 428 p.
37. Neufeld LM, Haas JD, Grajéda R, Martorell R. Last menstrual period provides the best estimate of gestation length for women in rural Guatemala. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2006 Jul;20(4):290–8.

38. Nissaisorakarn P, Sharif S, Jim B. Hypertension in Pregnancy: Defining Blood Pressure Goals and the Value of Biomarkers for Preeclampsia. *Curr Cardiol Rep.* 2016;18(12):131.
39. Odedina SO, Ajayi IO, Adeniji-Sofoluwe A, Morhason-Bello IO, Huo D, Olopade OI, et al. A longitudinal study of the prevalence and characteristics of breast disorders detected by clinical breast examination during pregnancy and six months postpartum in Ibadan, Southwestern Nigeria. *BMC Womens Health.* 2018;18(1):152.
40. Ohlsson A, Shah VS. Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization. *Cochrane database Syst Rev.* 2014 Jun;(6):CD007467.
41. Olesen AW, Thomsen SG. Prediction of delivery date by sonography in the first and second trimesters. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2006 Sep;28(3):292–7.
42. Owens K, Pearson A, Mason G. Symphysis pubis dysfunction--a cause of significant obstetric morbidity. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2002 Nov;105(2):143–6.
43. Padua L, Aprile I, Caliandro P, Carboni T, Meloni A, Massi S, et al. Symptoms and neurophysiological picture of carpal tunnel syndrome in pregnancy. *Clin Neurophysiol.* 2001 Oct;112(10):1946–51.
44. Pergialiotis V, Kotrogianni P, Christopoulos-Timogiannakis E, Koutaki D, Daskalakis G, Papantoniou N. Bisphenol A and adverse pregnancy outcomes: a systematic review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2018;31(24):3320–7.
45. Policy. Perinatal Practice Guideline Cervical Insufficiency and Cerclage. SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice 14 November 2017.
46. Robert Peter J, Ho JJ, Valliapan J, Sivasangari S. Symphysial fundal height (SFH) measurement in pregnancy for detecting abnormal fetal growth. *Cochrane database Syst Rev.* 2015 Sep 8;(9):CD008136.
47. Romero R, Conde-Agudelo A, Da Fonseca E, O'Brien JM, Cetingoz E, Creasy GW, et al. Vaginal progesterone for preventing preterm birth and adverse perinatal outcomes in singleton gestations with a short cervix: a meta-analysis of individual patient data. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;218(2):161–80.
48. Rong K, Yu K, Han X, Szeto IMY, Qin X, Wang J, et al. Pre-pregnancy BMI, gestational weight gain and postpartum weight retention: a meta-analysis of observational studies. *Public Health Nutr.* 2015 Aug;18(12):2172–82.
49. Roth DE, Morris SK, Zlotkin S, Gernand AD, Ahmed T, Shanta SS, et al. Vitamin D Supplementation in Pregnancy and Lactation and Infant Growth. *N Engl J Med.* 2018 Aug 9;379(6):535–46.
50. Saccone G, Saccone I, Berghella V. Omega-3 long-chain polyunsaturated fatty acids and fish oil supplementation during pregnancy: which evidence? *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2016;29(15):2389–97.
51. Savitz DA, Terry JW, Dole N, Thorp JM, Siega-Riz AM, Herring AH. Comparison of pregnancy dating by last menstrual period, ultrasound scanning, and their combination. *Am J Obstet Gynecol.* 2002 Dec;187(6):1660–6.
52. Seleverstov O, Tobiasz A, Jackson JS et al. Maternal alcohol exposure during mid-pregnancy dilates fetal cerebral arteries via endocannabinoid receptors. *Alcohol.* 2017;(61):51–61.
53. Sentilhes L, Sénat M.V., Ancel PY, Azria E. BG et al. Prevention of spontaneous preterm birth: Guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obs Gynecol Reprod Biol.* 2017;(210):217–224.
54. Silver BJ, Guy RJ, Kaldor JM, Jamil MS, Rumbold AR. Trichomonas vaginalis as a cause of perinatal morbidity: a systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Dis.* 2014 Jun;41(6):369–76.
55. Stapleton DB, MacLennan AH, Kristiansson P. The prevalence of recalled low back pain during and after pregnancy: a South Australian population survey. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2002 Nov;42(5):482–5.

56. Sun X, Hou N, Wang H, Ma L, Sun J, Liu Y. A Meta-Analysis of Pregnancy Outcomes with Levothyroxine Treatment in Euthyroid Women with Thyroid Autoimmunity. *J Clin Endocrinol Metab*. 2019 Nov;
57. Tan C, Zhao Y, Wang S. Is a vegetarian diet safe to follow during pregnancy? A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2018 Apr;1–40.
58. Tobiasz AM, Duncan JR, Bursac Z et al. The Effect of Prenatal Alcohol Exposure on Fetal Growth and Cardiovascular Parameters in a Baboon Model of Pregnancy. *Reprod Sci*. 2018;25(7):1116–23.
59. Vollgraff Heidweiller-Schreurs CA, De Boer MA, Heymans MW, Schoonmade LJ, Bos-suyt PMM, Mol BWJ, et al. Prognostic accuracy of cerebroplacental ratio and middle cerebral artery Doppler for adverse perinatal outcome: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2018 Mar;51(3):313–22.
60. Weinert LS. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy: comment to the International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel. *Diabetes Care*. 2010 Jul;33(7):e97; author reply e98.
61. White J, Qureshi H, Massey E, Needs M, Byrne G, Daniels G, et al. Guideline for blood grouping and red cell antibody testing in pregnancy. *Transfus Med*. 2016 Aug;26(4):246–63.
62. Whitworth M, Bricker L, Mullan C. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. *Cochrane database Syst Rev*. 2015 Jul 14;(7):CD007058.
63. Wolf HT, Hegaard HK, Huusom LD, Pinborg AB. Multivitamin use and adverse birth outcomes in high-income countries: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;217(4):404.e1–404.e30.
64. Young MF, Oaks BM, Tandon S, Martorell R, Dewey KG, Wendt AS. Maternal hemoglobin concentrations across pregnancy and maternal and child health: a systematic review and meta-analysis. *Ann N Y Acad Sci*. 2019 Aug;1450(1):47–68.

**Методология разработки протокола.**

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

**Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств):**

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

**Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств):**

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

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

УУР	Расшифровка
-----	-------------

A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

## Приложение 2.

### Суммарная таблица по ведению нормальной беременности

Наименование исследования	1-й триместр	2-й триместр	3-й триместр
<b>Физикальное обследование</b>			
Оценка жалоб и общего состояния	При 1-м и каждом визите	При каждом визите	При каждом визите
Сбор анамнеза	Однократно при 1-м визите	Однократно в случае 1-го визита во 2-м триместре	Однократно в случае 1-го визита в 3-м триместре
Опрос на предмет характера шевелений плода	-	При каждом визите после 16-20 недель беременности (после начала ощущения шевелений плода)	При каждом визите
Оценка риска ТЭО	Однократно при 1-м визите	Однократно	Однократно
Отнесение к группе риска акушерских и перинатальных осложнений	Однократно при 1-м визите	Однократно в случае 1-го визита во 2-м триметре	Однократно в случае 1-го визита в 3-м триметре
Определение срока беременности и родов	При 1-м визите по дате последней менструации и данным УЗИ	При 1-м визите в случае 1-го визита во 2-м триметре	При 1-м визите в случае 1-го визита в 3-м триметре
Измерение ИМТ	При 1-м визите	-	-
Измерение прибавки веса	-	При каждом визите	При каждом визите
Измерение АД	При 1-м и каждом визите	При каждом визите	При каждом визите
Обследование молочных желез	Однократно при 1-м визите	Однократно в случае 1-го визита во 2-м триметре	Однократно в случае 1-го визита в 3-м триметре
Гинекологический осмотр	Однократно при 1-м визите и по показаниям	Однократно в случае 1-го визита во 2-м триметре и по показаниям	Однократно в случае 1-го визита в 3-м триметре и по показаниям
Измерение ОЖ, ВДМ и ведение гравидограммы	-	При каждом визите после 20 недель	При каждом визите
Определение положения и предлежащей части плода	-	-	При каждом визите после 34-36 недель
Определение ЧСС плода	-	При каждом визите	При каждом визите

с помощью стетоскопа или фетального допплера		после 20 недель при помощи акушерского стетоскопа или после 12 недель при помощи фетального допплера	
<b>Лабораторная диагностика</b>			
Направление на исследование уровня антител классов M, G к ВИЧ-1/2 и антигена p24 в крови	Однократно при 1-м визите	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита во 2-м триметре	Однократно
Направление на определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В в крови	Однократно при 1-м визите	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита во 2-м триметре	Однократно
Направление на определение суммарных антител классов M и G к вирусу гепатита C в крови	Однократно при 1-м визите	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита во 2-м триметре	Однократно
Направление на определение антител к бледной трепонеме в крови	Однократно при 1-м визите	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита во 2-м триметре	Однократно
Направление на определение антигена стрептококка группы В в отделяемом цервикального канала	-	-	Однократно в 35-37 недель
Направление на микроскопическое исследование влагалищных мазков	Однократно при 1-м визите	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита во 2-м триметре	Однократно
Направление на микробиологическое (культуральное) исследование средней порции мочи на бактериальные патогены	Однократно при 1-м визите	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита во 2-м триметре	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита в 3-м триместре
Направление на определение основных	Однократно при 1-м визите	Однократно при 1-м визите в случае	Однократно при 1-м визите в случае

групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор)		1-го визита во 2-м триметре	1-го визита в 3-м триместре
Направление на Определение антирезусных антител у резус-отрицательных женщин	При 1-м визите	В 18-20 недель	В 28 недель
Направление на проведение общего (клинического) анализа крови	Однократно при 1-м визите	Однократно	Однократно
Направление на проведение биохимического общетерапевтического анализа крови	Однократно при 1-м визите	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита во 2-м триметре	Однократно
Направление на определение нарушения углеводного обмена (определение уровня глюкозы или гликированный гемоглобина (HbA1c) в венозной крови) натощак	Однократно при 1-м визите	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита во 2-м триметре и в 24-26 недель	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита в 3-м триметре
Направление на проведение ПГТТ	Однократно при 1-м визите в группе высокого риска ГСД, если нет нарушения углеводного обмена	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита во 2-м триметре в группе высокого риска ГСД если нет нарушения углеводного обмена, или в 24-28 недель в группе низкого риска ГСД, если нет нарушения углеводного обмена	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита в 3-м триметре
Направление на проведение коагулограммы	Однократно при 1-м визите	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита во 2-м триметре	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита в 3-м триметре и перед родами
Направление на исследование уровня ТТГ	Однократно при 1-м визите	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита во 2-м	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита в 3-м

		триметре	триметре
Направление на проведение общего (клинического) анализа мочи	Однократно при 1-м визите	Однократно	Однократно
Проведение определение белка в моче с помощью специальных индикаторных полосок	-	При каждом визите после 22 недель	При каждом визите
Направление на проведение цитологического исследования микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала)		При 1-м визите на любом сроке беременности, если с момента последнего исследования прошло более 3-х лет при отрицательном ВПЧ-статусе и нормальных данных предыдущих цитологических исследований (NILM), или если с момента последнего исследования прошло более 1 года при положительном или неизвестном ВПЧ-статусе, или хотя бы одном патологическом предыдущем цитологическом исследовании (ASCUS, LSIL, HSIL) вне зависимости от проведения терапии в анамнезе.	
Направление на Пренатальный биохимический скрининг	В 11-13 <sup>6</sup> недель: PAPP-А и $\beta$ -субъединица ХГ	-	-
<b>Инструментальная диагностика</b>			
Проведение пельвиометрии	-	-	Однократно
Направление на УЗИ плода	В 11-13 <sup>6</sup> недель (в составе скрининга 1-го триместра)	В 18-20 <sup>6</sup> недель (УЗ-скрининг 2-го триместра)	В 30-34 недели в группе высокого риска акушерских и перинатальных осложнений и при несоответствии ВДМ сроку беременности согласно гравидограмме
Направление на УЗИ шейки матки (УЗ-цервикометрию)	-	В 18-20 <sup>6</sup> недель (во время УЗ-скрининга 2-го триместра)	-
Направление на УЗИ шейки матки (УЗ-цервикометрию)	-	С 15-16 до 24 недель в группе высокого риска позднего выкидыша и ПР 1 раз/1-2 недели	-
Направление на ультразвуковую допплерографию маточно-плацентарного кровотока	-	В 18-20 <sup>6</sup> недель в группе высокого риска акушерских и перинатальных осложнений	В 30-34 недели в группе высокого риска акушерских и перинатальных

			осложнений
Направление на КТГ плода	-	-	С 33 недель с кратностью 1 раз в 2 недели
<b>Консультации смежных специалистов</b>			
Направление на консультацию врача-терапевта	Однократно при 1-м визите	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита во 2-м триметре	Однократно
Направление на консультацию врача-стоматолога	Однократно при 1-м визите	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита во 2-м триметре	Однократно
Направление на консультацию врача-офтальмолога	Однократно при 1-м визите	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита во 2-м триметре	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита в 3-м триметре
Направление на консультацию врача-генетика	Однократно при 1-м визите в группе риска рождения ребенка с хромосомнной или генной патологией и/или по результатам скрининга 1-го триместра (при высоком риске анеуплоидии плода), и/или по результатам УЗИ 1-го триместра (при выявлении пороков развития плода), и/или по результатам НИПС (при высоком риске анеуплоидии плода)	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита во 2-м триметре в группе риска рождения ребенка с хромосомнной или генной патологией и/или по результатам скрининга 1-го триместра (при высоком риске анеуплоидии плода), и/или по результатам УЗИ 1-го или 2-го триместра (при высоком риске хромосомнной и генной патологии плода или выявлении пороков развития плода), и/или по результатам НИПС (при высоком риске анеуплоидии плода)	-
<b>Назначение витаминов и лекарственных препаратов</b>			
Назначение приема фолиевой кислоты	1000 мкг в день перорально	-	-

Назначение приема калия йодида 200 мкг в день перорально	200 мкг в день перорально		
Назначение приема препаратов кальция в группе высокого риска ПЭ при низком потреблении кальция (менее 600 мг/день)	1 г/день перорально		
Назначение приема витамина D в группе высокого риска гиповитаминоза витамина D	10 мкг (400 МЕ) в день перорально		
Назначение приема ацетилсалициловой кислоты в группе высокого риска ПЭ	-	150 мг/день перорально	150 мг/день перорально до 36 недель беременности
Назначение приема гестагенов у пациенток с беременностью, наступившей в результате ВРТ	Прогестерон 200-600 мг в день вагинально или Дидрогестерон 30 мг в день перорально до 10 недель беременности	Прогестерон 200-600 мг в день вагинально	-
Назначение приема гестагенов в группе высокого риска самопроизвольного выкидыша (привычный выкидыш в анамнезе)	Прогестерон 200-600 мг в день внутрь или 200-400 мг вагинально или Дидрогестерон 20 мг в день перорально	Прогестерон 200-600 мг в день внутрь или 200-400 мг вагинально или Дидрогестерон 20 мг в день перорально до 20 недель	-
Назначение приема прогестерона беременным с бессимптомным укорочением шейки матки (менее 25 мм) как при одноплодной, так и при многоплодной беременности	-	Прогестерон 200 мг в день вагинально с 22-й недели	Прогестерон 200 мг в день вагинально до 34 недель
Назначение введения иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] резус-отрицательной пациентке с отрицательным уровнем антирезусных антител	-	-	В дозе, согласно инструкции к препарату, внутримышечно в 28-30 недель

## Приложение 3.

### Оценка риска ТЭО во время беременности

**Тип:** шкала оценки

**Назначение:** оценка риска тромбоэмбологических осложнений во время беременности

**Содержание:**

	Баллы
<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, злоактивные 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>	

**Ключ:** умеренный риск (0-2 балла), высокий риск ( $\geq 3$  баллов).

**Пояснения:** При умеренном риске Рекомендуется ношение компрессионного трикотажа, при высоком риске – Рекомендуется ношение компрессионного трикотажа и фармакологическая тромбопрофилактика.

### Информация для пациента

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

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

Кратность посещения врача акушера-гинеколога беременной женщиной с нормально протекающей беременностью составляет от 4 до 7 раз. Оптимальным временем первого визита к врачу является 1-й триместр беременности (до 10 недель).

Вы должны четко соблюдать все рекомендации врача, своевременно проходить плановое обследование, соблюдать рекомендации по правильному образу жизни во время беременности, а именно:

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

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

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

Половые контакты во время беременности не запрещены при Вашем нормальном самочувствии. В случае болей, дискомфорта, появлении кровянистых выделений при половых контактах, а также при появлении зуда, жжения во влагалище и белей необходимо прекратить половые контакты и обратиться к врачу.

Также Вы должны обратиться к врачу при появлении следующих жалоб:

- рвота > 5 раз в сутки,
- потеря массы тела > 3 кг за 1-1,5 недели,
- повышение артериального давления > 120/80 мм рт. ст.,
- проблемы со зрением, такие как размытие или мигание перед глазами,
- сильная головная боль,
- боль внизу живота любого характера (ноющая, схваткообразная, колющая и др.),
- эпигастральная боль (в области желудка),
- отек лица, рук или ног,
- появление кровянистых или обильных жидкых выделений из половых путей,
- лихорадка более 37,5,
- отсутствие или изменение шевелений плода на протяжении более 12 часов (после 20 недель беременности).

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

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

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

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

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

\_\_\_\_\_, даю

(адрес места жительства (пребывания) пациента либо его законного представителя)

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

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

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

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

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

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

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

7. Я согласен на запись моего лечебно-диагностического процесса на любые информационные носители, с использованием любых технических средств, а также на взятие у меня в диагностических и лечебных целях образцов биологических материалов, в том числе клеток, тканей, биологических жидкостей.

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

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

---

---

---

(доверенные лица)

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

Подпись

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_ г.



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

2021 yil "30" 11

№ 273

Toshkent sh.

### Даволаш-профилактика муассасалари учун клиник баённомалар ҳамда касалликларни ташхислаш ва даволаш стандартларини тасдиқлаш түғрисида

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 28 июлдаги “Соғлиқни саклаш соҳасида ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПҚ-5199-сон қарори ижросини таъминлаш, халқаро стандартлар асосида ишлаб чиқилган клиник баённомалар, ташхислаш ва касалликларни даволаш стандартларини амалиётга татбиқ этиш ҳамда ахолига кўрсатилаётган тиббий хизматлар сифатини янада ошириш мақсадида буюраман:

#### 1. Куйидагилар:

Кўз касалликларининг клиник баённомалари, ташхислаш ва даволаш стандартлари 1-иловага мувофик;

Жарроҳлик йўналиши бўйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 2-иловага мувофик;

Эндокринологик касалликларининг клиник баённомалари, ташхислаш ва даволаш стандартлари 3-иловага мувофик;

Кардиологик касалликларининг клиник баённомалари, ташхислаш ва даволаш стандартлари 4-иловага мувофик;

Урологик касалликларининг клиник баённомалари, ташхислаш ва даволаш стандартлари 5-иловага мувофик;

Дерматовенерология ва косметология йўналиши бўйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 6-иловага мувофик;

Травматология ва ортопедия йўналиши бўйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 7-иловага мувофик;

Онкологик касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 8-иловага мувофик;

Терапевтик касалликларининг клиник баённомалари, ташхислаш ва даволаш стандартлари 9-иловага мувофик;

Педиатрия йўналиши бўйича клиник баённомалари, касалликларининг

ташхислаш ва даволаш стандартлари 10-иловага мувофиқ;

Нейрохирургия йўналиши бўйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 11-иловага мувофиқ;

Нефрология йўналиши бўйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 12-иловага мувофиқ;

Фтизиатрия ва пульманология йўналиши бўйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 13-иловага мувофиқ;

Акушерлик ва гинекология йўналиши бўйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 14-иловага мувофиқ;

Аллергик касалликларнинг клиник баённомалари, ташхислаш ва даволаш стандартлари 15-иловага мувофиқ;

Юқумли касалликлар бўйича клиник баённомалари, ташхислаш ва даволаш стандартлари 16-иловага мувофиқ тасдиқлансин.

2. Клиник баённомалар ҳамда ташхислаш ва даволаш стандартларини 2023 йил учун тасдиқлаш режа жадвали 17-иловага мувофиқ тасдиқлансин.

3. Республика ихтисослаштирилган кўз микрохирургияси ИАТМ (А.Юсупов), Академик В.Вахидов номидаги республика ихтисослаштирилган хирургия ИАТМ (С.Исмаилов), Республика ихтисослаштирилган эндокринология ИАТМ (Ф.Хайдарова), Республика ихтисослаштирилган кардиология ИАТМ (Х.Фазилов), Республика ихтисослаштирилган урология ИАТМ (Ш.Мухтаров), Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология ИАТМ (У.Сабиров), Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия ИАТМ (М.Ирисметов), Республика ихтисослаштирилган онкология ва тиббий радиология илмий-амалий тиббиёт маркази (М.Тиллашайхов), Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация ИАТМ (Б.Аляви), Республика ихтисослаштирилган педиатрия ИАТМ (Д.Ахмедова), Республика ихтисослаштирилган нейрохирургия ИАТМ (Г.Кариев), Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси ИАТМ (Б.Даминов), Республика ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пульмонология ИАТМ (Н.Парпиева) ва Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология ИАТМ (Н.Надирханова), Республика ихтисослаштирилган аллергалогия ИАТМ (И.Разикова), Республика ихтисослаштирилган эпидемиология, микробиология, юқумли ва паразитар кассалликлар ИАТМ (Б.Тажиев) мазкур буйруқ билан тасдиқланган ташхислаш ва даволаш стандартларни вилоят, туман (шахар) миқёсида тегишли тиббиёт муассасаларига етказилишини, амалиётда кенг татбиқ этилишини ҳамда стандартлардаги тартиб ва кўрсатмалардан тўлиқ фойдаланишни ташкил этсинлар;

Тасдиқланган клиник протоколлари ҳамда ташхислаш ва даволаш стандартлари тасдиқлангандан сўнг тегишлилиги бўйича марказларнинг расмий веб-сайтига жойлаштириш чораларини кўрсин.

4. Фан ва таълим бошкармаси (А.Махмудов) мазкур буйруқ билан тасдиқланган ташхислаш ва даволаш стандартларни 2021-2022 ўқув йилидан бошлаб Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни саклаш вазирлиги тизимидағи тиббий олий таълим муассасаларининг бакалавриат, магистратура, клиник

ординатура босқичлари, шунингдек шифокорларни қайта тайёрлаш ва малакасини ошириш бўйича ўкув дастурларига киритилишини таъминласин.

5. Қорақалпоғистон Республикаси соғлиқни саклаш вазири, Тошкент шаҳар ва вилоятлар соғлиқни саклаш бошқармаси бошлиқларига иловаларда тасдиқланган ташхислаш ва даволаш стандартларни тегишли даволаш-профилактика муассасаларида амалиётга татбик этилишини таъминлаш вазифаси юклансин.

6. Тиббий хизматлар сифатини назорат қилиш бошқармаси бошлиғи (М.Нарзиев)га бошқарма ва унинг худудий бўйимлари режали ва режадан ташқари текширишларида иловага мувоғик тасдиқланган ташхислаш ва даволаш стандартларнинг тиббиёт амалиётига татбик этилиши ва унга риоя қилиниши устидан назорат ўрнатиш вазифаси юклансин.

7. IT-MED МЧЖ (Б.Хасанов) иловаларда тасдиқланган ташхислаш ва даволаш стандартлар тақдим қилингандан сўнг вазирлик расмий веб-сайтига жойлаштириш чораларини кўрсинг.

8. Мазкур буйруқнинг қабул қилиниши муносабати билан Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирининг 2014 йил 23 октябрдаги 377-сон, 2015 йил 5 июндаги 235-сон, 2017 йил 16 августдаги 457-сон, 2017 йил 29 июндаги 351-сон, 2018 йил 19 июлдаги 468-сон, 2019 йил 19 июлдаги 266-сонли буйруғининг 1-банди биринчи-саккизинчи, ўнинчи-ўн биринчи хатбошлари ва 1-7, 9-10 иловалари, 2019 йил 1 апрелдаги 90-сонли буйруғининг 1-банди еттинчи хатбоши ва 15-17 иловалари, 2018 йил 29 декабрдаги 671-сонли буйруғининг 1-банди бешинчи хатбоши ва 4-6 иловалари ва 2019 йил 13 майдаги 127-сонли буйруғининг 1-банди иккинчи хатбоши ва 1-иловаси ўз кучини йўқотган деб хисоблансан.

9. Мазкур буйруқнинг ижроси назорат қилишни вазирнинг биринчи ўринбосари А.Иноятов зиммасига юклатилсин.

Вазир

Б. Мусаев

