



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ



РЕСПУБЛИКА
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН
АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ
ИЛМИЙ АМАЛИЙ ТИББИЁТ
МАРКАЗИ



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

«НОРМАЛ ҲОМИЛАДОРЛИК»

МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМА

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«НОРМАЛЬНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ»

ТОШКЕНТ 2021



O ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRINING

№ 273

BUYRUG '1

20^yil "30" -//

Toshkent sh.

Даволаш-профилактика муассасалари учун клиник баённомалар хамда касалликларни ташхислаш ва даволаш стандартларини тасдиқлаш тўғрисида

Узбекистан Республикаси Президентининг 2021 йил 28 июлдаги “Согликни сақлаш соҳасида ихтисослаштирилган тиббий ёрдам курсатиш тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тугрисида”ги ПК,-5199-сон қарори ижросини таъминлаш, халқаро стандартлар асосида ишлаб чиқилган клиник баённомалар, ташхислаш ва касалликларни даволаш стандартларини амалиётга татбиқ этиш ҳамда аҳолига курсатилаётган тиббий хизматлар сифатини янада ошириш мақсадида буюраман:

1. Қуйидагилар:

Куз касалликларининг клиник баённомалари, ташхислаш ва даволаш стандартлари 1-иловага мувофиқ;

Жаррохдик йуналиши буйича клиник баённомалари, касалликларнинг ташхислаш ва даволаш стандартлари 2-иловага мувофиқ;

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

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

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

Дерматовенерология ва косметология йуналиши буйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 6-иловага мувофиқ;

Травматология ва ортопедия йуналиши буйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 7-иловага мувофиқ;

Онкологик касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 8-иловага мувофиқ;

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

Педиатрия йуналиши буйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 10-иловага мувофиқ;

Нейрохирургия йуналиши буйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 11-иловага мувофиқ;

Нефрология йуналиши буйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 12-иловага мувофиқ;

Фтизиатрия ва пульманология йуналиши буйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 13-иловага мувофиқ;

Акушерлик ва гинекология йуналиши буйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 14-иловага мувофиқ;

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

Юқумли касалликлар буйича 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 куз 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.Сабилов), 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 аллергия ИАТМ (И.Разикова), Республика ихтисослаштирилган эпидемиология, микробиология, юқумли ва паразитар касалликлар ИАТМ (Б.Тажиев) мазкур буйрук билан тасдиқланган ташхислаш ва даволаш стандартларни вилоят, туман (шахар) микёсида тегишли тиббиёт муассасаларига етказилишини, амалиётда кенг татбиқ этилишини ҳамда стандартлардаги тартиб ва курсатмалардан тулик фойдаланишни ташкил этсинлар;

Тасдиқланган клиник протоколлари ҳамда ташхислаш ва даволаш стандартлари тасдиқланган дан сунг тегишлилиги буйича марказларнинг расмий веб-сайтига жойлаштириш чораларини курсин.

4. Фан ва таълим бошқармаси (А.Махмудов) мазкур буйрук билан тасдиқланган ташхислаш ва даволаш стандартларни 2021-2022 укув йилидан бошлаб Ўзбекистан Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги тизимидаги тиббий олий таълим муассасаларининг бакалаврият, магистратура, клиникординатура босқичлари, шунингдек шифокорларни қайта тайёрлаш ва малакасини ошириш буйича укув дастурларига киритилишини таъминласин.

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

6. Тиббий хизматлар сифатини назорат қилиш бошқармаси бошлиғи (М.Нарзиев)га бошқарма ва унинг ҳудудий булимлари режали ва режадан ташқари текширишларида иловага мувофиқ тасдиқланган ташхислаш ва даволаш стандартларнинг тиббиёт амалиётига татбиқ этилиши ва унга риоя қилиниши устидан назорат урнатиш вазифаси юклансин.

7. ИТ-МЕД МЧЖ (Б.Хасанов) иловаларда тасдиқланган ташхислаш ва даволаш стандартлар тақдим қилингандан сунг вазирлик расмий веб-сайтига жойлаштириш чораларини курсин.

8. Мазкур буйрукнинг қабул қилиниши муносабати билан Ўзбекистан 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 буйругининг 1-банди биринчи-саккизинчи, унинчи-ун биринчи хатбошлари ва 1-7, 9-10 иловалари, 2019 йил 1 апрелдаги 90-сонли буйругининг 1-банди еттинчи хатбоши ва 15-17 иловалари, 2018 йил 29 декабрдаги 671-сонли буйругининг 1-банди бешинчи хатбоши ва 4-6 иловалари ва 2019 йил 13 майдаги 127-сонли буйругининг 1-банди иккинчи хатбоши ва 1-илласи уз кучини йукотган деб ҳисоблансин.

9. Мазкур буйрукнинг ижроси назорат қилишни вазирнинг биринчи уринбосари А.Иноятов зиммасига юклатилсин

Вазир



Б. Мусаев



ЎЗБЕКISTON РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

«НОРМАЛ ҲОМИЛАДОРЛИК»

МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМА

ТОШКЕНТ 2021

КИРИШ ҚИСМИ

Клиник муаммо	Нормал (физиологик, асоратланмаган) ҳомиладорлик
Хужжатнинг номи	Нормал (физиологик, асоратланмаган) ҳомиладорлик миллий клиник баённомаси
Тиббий ёрдам кўрсатиш босқичлари	Ўзбекистон Республикаси туғруққа кўмаклашиш тизимининг муассасалари (бирламчи тиббий-санитария ёрдами ва стационарлар)
Ишлаб чиқилган сана	24.07.2021 й.
Режалаштирилган янгилаш санаси	2024 йилда ёки янги асосий далиллар пайдо бўлгунга қадар режалаштирилган
Мурожаат учун	Тошкент ш., Мирзо-Улуғбек тумани, Мирзо-Улуғбек кўч., 132 ^А . Тел.: (+71) 267-04-79, (+71) 263-84-83 E-mail: obs-gyn@mail.ru

Мундарижа

Ишчи гуруҳ таркиби	8
Кириш	10
Қисқартмалар рўйхати.....	11
Таърифи, этиология, эпидемиологияси.....	12
КХТ-10 бўйича кодлари.....	12
Ташхислаш.....	13
Ташхис қўйиш мезонлари	13
Шикоят ва анамнези	13
Физикал текширув	14
Лаборатор диагностик текширувлар.....	18
Инструментал диагностик текширувлар	21
Диагностик текширувларнинг бошқа турлари.....	23
Даволаш	24
Нормал ҳомиладорлик мобайнида пайдо бўлган шикоятларни бартараф қилишнинг номедикаментоз усуллари.....	24
Нормал ҳомиладорлик мобайнида пайдо бўлган шикоятларни бартараф қилишнинг медикаментоз усуллари.....	25
Витаминлар ва озуқавий қўшимчалар тавсия қилиш.....	25
Реабилитация.....	26
Профилактика	27
Ҳомиладорлик асоратларини олдини олиш учун хавф омилларини истисно қилиш бўйича тавсиялар.....	27
Нормал кечувчи мазкур ҳомиладорликда акушерлик ва перинатал хавфнинг юқори гуруҳига кирувчи ҳомиладорларда асоратлар ривожланишини медикаментоз профилактикаси.....	29
Ҳомиладорлик вақтида вакцинация.....	30
Тиббий ёрдамни ташкиллаштириш.....	31
Тиббий ёрдам сифатини мезонлари	32
Адабиётлар рўйхати.....	34
Илова 1. Баённома ишлаб чиқиш услубиёти.....	38
Илова 2. Нормал ҳомиладорликни олиб бориш бўйича умумлаштирилган жадвал.....	39
Илова 3. Ҳомиладорлик даврида ТЭА хавфини баҳолаш.....	45
Илова 4. Ҳомиладор учун маълумот.....	46
Илова 5. Тиббий аралашувга ихтиёрий равишда розилик бериш.....	48

Ишчи гуруҳ таркиби:

Ишчи гуруҳ раҳбарлари

Абдуллаева Л.М., т.ф.д.	ССВни Бош акушер-гинеколог
Юсупов У.Ю., т.ф.д., профессор	РИАГИАТМ, акушерлик бўлими илмий раҳбари
Надырханова Н.С., т.ф.д.	РИАГИАТМ, директор
Уринбаева Н.А., т.ф.д.	РПМ, директор

Масъул ижрочилар

Султанов С.Н., т.ф.д., профессор	РПМ
Джаббаров Ю.К., т.ф.д., профессор	РПМ
Алиева Д.А., т.ф.д., профессор	РИАГИАТМ
Ким Ё.Д., т.ф.д., профессор	РИАГИАТМ, анестезиолог-реаниматолог
Каримов З.Д., т.ф.д., профессор	Тошкент ШПМ, директор
Иргашева С.У., т.ф.д.	РИАГИАТМ
Матякубова С.А., т.ф.д.	РИАГИАТМ Хоразм филиали, директор
Усмонов С.К., етакчи мутахассис	Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси
Абидов А.К., т.ф.д.	РИАГИАТМ, анестезиолог-реаниматолог
Нишанова Ф.П., к.м.н.	РИАГИАТМ
Микиртчиев К.Д., к.м.н.	РИАГИАТМ
Ашурова В.И., к.м.н.	РИАГИАТМ
Сапаров А.Б., к.м.н.	РИАГИАТМ
Абидов А.К., к.м.н.	РИАГИАТМ, анестезиолог-реаниматолог
Бабажанова Ш.Д., к.м.н.	РПМ
Тараян С.К., к.м.н.	РПМ, анестезиолог-реаниматолог
Умарова Н.М., к.м.н.	РПМ
Мухамедова У.Ю., к.м.н.	РПМ
Джураев Ф.С.	РИАГИАТМ, анестезиолог-реаниматолог
Арифханова З.А.	РПМ
Абдураимов Т.Ф.	РИАГИАТМ
Насретдинова Д.Б., т.ф.н.	РИАГИАТМ Андижон филиали, директор
Гаффаров Ф.Б.	РИАГИАТМ Навоий филиали, директор
Курбанов П.Х.	РИАГИАТМ Сурхандарё филиали, директор
Суяркулова М.Э., т.ф.н.	РИАГИАТМ Фарғона филиали, директор
Шодмонов Н.М., т.ф.н.	РИАГИАТМ Жиззах филиали, директор
Норкулова М.А., т.ф.н.	РИАГИАТМ Қашқадарё филиали, директор
Бабажанов М.А.	РИАГИАТМ ҚР филиали, директор
Хамроева Л.К.	РИАГИАТМ Самарқанд филиали, директор
Садыкова Х.З.	РИАГИАТМ Сирдарё филиали, директор
Бахранова Н.Р.	РИАГИАТМ Бухоро филиали, директор
Джуманов Б.А., т.ф.н.	РИАГИАТМ Тошкент филиали, директор
Мухитдинова И.Н., т.ф.н.	РИАГИАТМ Наманган филиали, директор

Дустмуродов Б.М.

РИАГИАТМ Сурхондарё №2 филиали,
директор

Методик ёрдам

Ядгарова К.Т., т.ф.н., тиббий клиник баённомаларни ишлаб чиқишни ташкиллаштириш бўлими бошлиғи
Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси

РИАГИАТМ	–	Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази
РПМ	–	Республика перинатал маркази
ШПМ	–	Шаҳар перинатал маркази
ТХКМРМ	–	Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази

Техник ёрдам:

UNFPA нинг Ўзбекистондаги ваколатхонаси.

Рецензентлар:

Юсупбаев Р.Б.

РИАГИАТМ, т.ф.д., катта илмий ходим,
Илмий кенгаш котиби

Каримова Ф.Д.

ТХКМРМ, т.ф.д., профессор, Акушерлик ва гинекология №2 кафедраси мудири

Ташки экспертиза (Ўзбекистондаги Республикасидаги ЖССТнинг ваколотхонаси кўмагида):

Тинатин Гагуа

ЖССТнинг эксперт (Грузия)

Клиник баённома 2021 йил «29» июлда Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт марказининг Илмий кенгаши томонидан кўриб чиқилди ва тасдиқланди, 7-сонли баённома.

Илмий кенгаш раиси – т.ф.д., профессор Асатова М.М.

Кириш.

Клиник баённоманинг тавсияларига риоя қилиш:

Клиник баённомада ишлаб чиқиладиган пайтда амалда бўлган далилларга мувофиқ умумий тавсиялар тақдим этилган.

Амалий фаолиятда мазкур баённоманинг тавсияларидан четга чиқиш тўғрисида қарор қабул қилинадиган бўлса, у ҳолда шифокорлар беморнинг касаллик тарихида қуйидаги маълумотларни ҳужжатлаштиришлари керак бўлади:

- ким томонидан қарор қабул қилингани;
- баённоманинг тавсияларидан четга чиқиш тўғрисидаги қарорнинг батафсил асоси;
- беморни олиб бориш бўйича қандай тавсиялар қабул қилингани тўғрисида.

Кўрсатмалар клиник амалиётнинг барча бўлимларини қамраб олмайди, демак, шифокорлар ҳурмат билан конфиденциал мулоқот олиб бориш тамойилига риоя қилган ҳолда, ҳомиладор аёлларнинг эҳтиёжларини инобатга олиб, улар билан индивидуал олиб бориш тактикасини муҳокама қилишлари керак. Бунга қуйидагилар кирди:

- Зарурат бўлганда, таржимон хизматларидан фойдаланиш.
- Ҳомиладор аёлга маслаҳат бериш ва олиб бориш тактикаси ёки муолажаларни ўтказиш учун розиликни олиш.
- Қонун талаблари доирасида ва профессионал Этика стандартларига риоя қилган ҳолда ёрдам кўрсатиш.
- Ўрнатилган тартибда ҳомиладорларни олиб бориш тактикаларини ҳужжатлаштириш.

Клиник қўлланманинг мақсади: далилларга асосланган маълумотлар ва тавсияларни тиббиёт ходимларига тақдим этиш, нормал ҳомиладорлик (физиологик, асоратланмаган) ни олиб боришда ягона ёндашув тизимини ташкил этиш ва тадбиқ этиш.

Беморлар тоифаси: ҳомиладорлик даври нормал кечган аёллар (физиологик, асоратланмаган).

Баённомадан фойдаланувчи гуруҳлар:

1. акушер-гинекологлар;
2. неонатологлар;
3. лаборантлар;
4. умумий амалиёт шифокорлари;
5. акушеркалар (доялар);
6. клиник фармакологлар;
7. ОТМ талабалари, клиник ординаторлари, магистрантлари, ўқитувчилари

Қисқартмалар рўйхати:

АҚБ	Артериал қон босими
БТБ	Бачадон туби баландлиги
ГҚД	Гестацион қандли диабет
ДТЎ	Думғаза-тепа ўлчами
ЁРТ	Ёрдамчи репродуктив технологиялар
ИПВ	Инсон папиллома вируси
ИЦЕ	Истмико-цервикал етишмовчик
КТГ	Кардиотокография
ҚА	Қорин айланаси
МОТ	Муддатидан олдинги туғруқ
НЖЙВОК	Нормал жойлашган йўлдошни вақтидан олдин кўчиши
НИПС	Ноинвазив пренатал скрининг
НМГ	Низкомолекуляр гепаринлар
ОГВ	Оддий герпес вирус
ОИВ	Ортирилган иммун танқислик вируси
ПГТТ	Перорал глюкозотолерант тест
ПЭ	Презклампсия
РАРР-А	Плазма протеини А, ҳомиладорлик билан ассоциирланган
ТВИ	Тана вазни индекси
ТТГ	Тиреотроп гормон
ТЭА	Тромбоэмболик асоратлар
УТТ	Ултратовуш текшируви
ХГ	Хорионик гонадотропин
ЦМВ	Цитомегаловирус
ЮҚС	Юрак қисқаришлар сони
НСV	Вирусли гепатит С

Таърифи:

- **Нормал ҳомиладорлик** – бир ҳомилали, ривожланиш нуқсони ва генетик патологиясиз, 37-41⁶ хафта давом этувчи, акушерлик ва перинатал асоратларсиз кечувчи ҳомиладорлик.

Этиология.

Нормал ҳомиладорлик ўз-ўзидан ёки ёрдамчи репродуктив технологиялардан (ЁРТ) кейин рўй бериши мумкин.

Эпидемиология.

ЖССТнинг маълумотларга кўра ҳомиладорлиги нормал (физиологик, асоратланмаган) кечган аёллар 80-85% ни ташкил қилади.

Касалликлар халқаро таснифи-10 кодлари:

Z32.1	Тасдиқланган ҳомиладорлик
Z33	Ҳомиладорликка хос бўлган ҳолат
Z34.0	Биринчи нормал ҳомиладорликни кечишини кузатиш
Z34.8	Бошқа нормал ҳомиладорликни кечишини кузатиш
Z35.0	Анамнезида бепуштлик бўлган аёлда ҳомиладорликни кечишини кузатиш
Z35.1	Анамнезида аборт билан яқунланган ҳомила тушиши бўлган аёлда ҳомиладорликни кечишини кузатиш
Z35.2	Туғруқ ва акушерлик муаммоларига тегишли бошқа асоратланган анамнези бўлган аёлларда ҳомиладорликни кечишини кузатиш
Z35.3	Анамнезида туғруқдан олдинги етарли ёрдам олмаган аёлларда ҳомиладорликни кечишини кузатиш
Z35.4	Кўп туғувчи аёлларда ҳомиладорликни кечишини кузатиш
Z35.5	Ёши катта илк туғувчини кузатиш
Z35.6	Жуда ёш илк туғувчини кузатиш
Z35.7	Ижтимоий муаммо натижасида юқори хавф гуруҳи тасдиқланган аёлда ҳомиладорликни кечишини кузатиш
Z35.8	Бошқа юқори хавф тасдиқланган аёлда ҳомиладорликни кузатиш
Z35.9	Сабаби аниқланмаган юқори хавф тасдиқланган аёлларда ҳомиладорликни кечишини кузатиш
Z36.0	Хромосом аномалияларни аниқлаш учун антенатал скрининг
Z36.3	Ривожланиш нуқсонларини аниқлаш учун ультратовуш ва бошқа физикал усуллар ёрдамида антенатал скрининг

Диагностика.

Ташхис қўйиш мезонлари:

Нормал ҳомиладорлик кичик чаноқ аъзолари ва ҳомилани ультратовуш текширувида бачадон бўшлиғида битта ҳаётга лаёқатли, ривожланиш нуқсонларисиз эмбрион/ҳомила (эмбрион/ҳомила юрак уриши аниқланганда) ташхисланади.

Шикоятлари ва анамнез.

Анамнез йиғишда ҳомиладорнинг қуйидаги маълумотларини жамлаш керак:

- ёши,
- касбий зарарнинг мавжудлиги,
- зарарли одатларнинг мавжудлиги (чекиш, алкоголь, наркотик препаратлар),
- оилавий анамнези (1-авлод қариндошларида қандли диабет, ТЭА, гипертония касаллиги, руҳий касалликлар, акушерлик ва перинатал асоратлар борлигини кўрсатиш),
- менструация характери (менархе ёши, менструал циклниң давомийлиги ва даврийлиги, менструал қон кетишининг давомийлиги, оғриқлилиги),
- акушерлик анамнези (анамнезида ҳомиладорлик ва туғруқлар сони ва натижалари, ҳомиладорлик, туғруқ ва/ёки абортлар асоратларининг мавжудлиги, антропометрик кўрсаткичлар, туғилган фарзандларининг саломатлиги, ҳомиладорликка эришиш усули - ўз-ўзидан ёки ёрдамчи репродуктив технологиялардан кейин),
- ўтказган ва мавжуд гинекологик касалликлари, кичик чаноқ аъзоларидаги жаррохлик амалиётлари, ўтказган ва мавжуд соматик касалликлар (хусусан, болалар инфекциялари, юрак қон томир касалликлари, буйрак касалликлари, эндокрин касалликлар, аллергия касалликлар, ТЭА ва бошқалар),
- анамнезида травма, жаррохлик аралашувлари, қон қуйиш амалиётлари мавжудлиги,
- аллергия реакциялар,
- қабул қилаётган дори воситалари,
- эри/жинсий ҳамроҳининг ёши ва саломатлигини ҳолати, унинг қон гуруҳи ва резус омили, касб зарарлари ва зарарли одатларинг мавжудлиги.

Нормал ҳомиладорликка хос шикоятлар:

- **Кўнгил айланиши ва қайт қилиш** ҳар 3-ҳомиладорларда учрайди. 90% ҳолларда ҳомиладорда кўнгил айланиши ва қусиш ҳомиладорликнинг физиологик белгиси ҳисобланса, 10% ҳолларда - ҳомиладорликнинг асорати сифатида бўлади. Нормал ҳомиладорликда қусиш кунига 2-3 мартадан кўп бўлмаган ҳолларда, кўпинча оч қоринга бўлади ва беморнинг умумий аҳволига таъсир қилмайди. Кўпгина ҳолларда кўнгил айланиш ва қусиш ҳомиладорликнинг 16-20 хафталигига қадар ўз-ўзидан тўхтайдиган ва натижасини ёмонлаштирмайди.
- **Масталгия** ҳомиладорлик пайтида одатий симптом бўлиб, кўпчилик аёлларда ҳомиладорликнинг 1 триместрида учрайди ва гормонал ўзгаришлар туфайли сут безларининг шиши ва қаттиқлашиб кетиши билан боғлиқ.
- **Ҳомиладорлик пайтида қориннинг пастки қисмида оғриқ** нормал бўлиши мумкин, масалан, бачадоннинг катталаниши натижасида бачадон боғламларининг тортилиши (қорин пастки қисмида симилловчи ёки тўсатдан санчувчи оғриқлар) ёки ҳомиладорликнинг 20-хафтасидан кейин Брекстон-Гигтснинг туғруққа тайёргарлик даражаси (қорин пастида бачадон тонуси билан кечувчи, бир дақиқагача давом этадиган, нерегуляр тортувчи оғриқлар).

- **Жиғилдон қайнаши** (гастроэзофагиал рефлюкс касаллиги) ҳомиладорликда 20-80% ҳолларда учрайди. Кўпинча ҳомиладорликнинг 3 триместрида ривожланади. Жиғилдон қайнаши пастки қизилўнгач сфинктерининг бўшашиши, қизилўнгач ички босимининг пасайиши, қорин ва ошқозон ичи босимининг бир вақтнинг ўзида ошиши туфайли пайдо бўлади, бу ошқозон ва/ёки ўн икки бармоқли ичак таркибининг қизилўнгачга қайта ҳайдалишига олиб келади.
- **Қабзият** – ҳомиладорлик пайтида энг кенг тарқалган ичак патологияси, 30-40% ҳолларда учрайди. Қабзият йўғон ичак пассажиининг бузилиши билан боғлиқ бўлиб, ич келиши ҳафтасида 3 мартадан кам кузатилади. Уларга қуйидаги белгиларнинг камида биттаси ҳамроҳ бўлади: ичакларнинг тўлиқ бўлмаган бўшатилиш ҳисси, нажаснинг оз миқдорда ва зич консистенцияда бўлиши, дефекация вақтида кучаниш. Ҳомиладорлик пайтида қабзият ривожланишининг сабабларига прогестерон миқдорининг ошиши, мотилин концентрациясининг камайиши ва қон айланишининг ўзгариши ва ичакнинг нейрогуморал регуляцияси киради.
- Тахминан 8-10% аёлларда ҳар ҳомиладорлик пайтида геморрой ривожланади. Ҳомиладорлик пайтида геморрой ривожланишининг сабаблари қуйидагилар бўлиши мумкин: бачадон томонидан ичак деворларига босим таъсири, портал вена тизимидаги димланиш, қорин ички босимининг кўтарилиши, бириктирувчи тўқималарнинг туғма ёки орттирилган заифлиги, туғри ичак иннервацияси бузилиши.
- **Варикоз касаллиги** ҳомиладор аёлларнинг 20-40 фоизида ривожланади. Ҳомиладорлик даврида варикоз кенгайиш ривожланишининг сабаби оёқларда веноз босимнинг кўтарилиши ва прогестерон, **релаксин** ва бошқа биологик фаол моддаларнинг вена томирлар деворига бўшаштирувчи таъсир кўрсатиши.
- **Қин оқмалари** ҳомиладорлик пайтида одатий белги бўлиб, қинда қичишиш, оғриқ, ёмон ҳид ёки дизурия белгиларисиз кечади ва аксарият аёлларда учрайди.
- **Ҳомиладорлик пайтида бел оғриғи** 36-61% ҳоллада учрайди. Бел оғриғи бўлган аёллар орасида оғриқнинг 47-60% биринчи навбатда ҳомиладорликнинг 5-7-ойларида учрайди. Ҳомиладорлик пайтида бел оғриғининг энг кенг тарқалган сабаби, бу қорин катталашини сабабли бел соҳасига оғирлик тушиши ва релаксин таъсирида мушак тонусининг пасайишидир.
- Ҳомиладорлик пайтида қов оғриғи 0,03-3% ни ташкил қилади ва одатда ҳомиладорликнинг кечки муддатларида бошланади.
- **Ҳомиладорлик пайтида биллак канали синдроми (карпал туннел синдроми)** 21-62% ҳолларда биллак каналида ўрта нервнинг босилиши натижасида ривожланади ва туртки ҳисси, ёнувчи оғриқ, қўлда сезувчанликни йўқолиши, шунингдек панжаларда сезги ва мотор функциясининг пасайиши билан кечади.

Физикал текширув.

2А	Ҳомиладорнинг биринчи ташрифида охирги ҳайз кўриши ва ултратовуш текширувига (УТТ) қараб ҳомиладорлик муддатини, тахминий туғиш вақтини аниқлаш тавсия этилади.
-----------	---

УТТ – бу ҳомиладорлик давомийлигини аниқлашнинг аниқ усули ҳисобланади. Охирги ҳайз кўриш муддатини ҳисоблаганда, охирги ҳайзнинг биринчи кунига 280 кун (40 ҳафта) қўшинг (28 кунлик ҳайз цикли билан). Менструал циклни бошқа давомийлиги билан, туғруқ муддатини ҳисоблаш учун узоқроқ цикл бўлса, ҳомиладорлик муддатини ошириш ва қисқароқ цикл билан қисқартириш йўналишида ўзгартиришлар киритиш керак. Ҳомиладорлик ёрдамчи репродуктив технологиялар натижасида юзага келганида, туғиш муддатини ҳисоблаш эмбрионнинг кўчирилиши

санаси бўйича амалга оширилиши керак (кўчириш санаси «кўшиш» 266 кун (38 ҳафта) «минус» эмбрион етиштириш даврига тенг бўлган кунлар сони).

2В	Ҳомиладорликнинг 1-триместридаги ултратовуш маълумотларига кўра, ҳомиладорлик ва туғруқ муддатини аниқлаш учун ҳомиланинг думғаз-париетал ўлчамининг (ДПЎ) кўрсаткичларидан фойдаланиш тавсия этилади. Ҳомиладорликнинг кечки босқичларида ултратовуш маълумотларига кўра, ҳомиладорлик ва туғруқ муддатини аниқлаш учун ҳомила бошининг айлана ўлчами кўрсаткичларидан фойдаланиш тавсия этилади (ДПЎ>84 мм билан).
-----------	--

Ҳомиладорликнинг 1 -триместрида ултратовуш текширувидан ўтмаган бўлса, охириги ҳайз кўриш санаси ҳақидага маълумотга эга бўлмаса, ҳомиладорлик ва туғруқ муддати бошқа ултратовуш текширувига мувофиқ белгиланиши мумкин. Агар 11-14 ҳафтада қилинган ултратовуш текшируви санаси ва охириги ҳайз кўриш бўйича кун фарқи 5 кундан ортиқ бўлса, ҳомиладорлик ва туғруқ муддати ултратовуш текширувига мувофиқ белгиланиши керак.

5С	Биринчи ташрифда ҳомиладорнинг тана вазнини, бўйини ўлчаш ва ТВИ ни ҳисоблаш (тана вазнини кг/м ²), ҳомиладорнинг кейинги барча ташрифларида вазн ортиши динамикасини кузатиш тавсия этилади.
-----------	---

ТВИ ҳомиладорлик пайтида вазн ортиши акушерлик ва перинатал натижаларга катта таъсир кўрсатади. Биринчи триместрда тавсия этилган ҳафталик вазн ортиши ҳафтасига 0,5-2 кг дан ошмайди. Тана вазнининг ошиши, ҳомиладорлик даврига хос бўлган суюқлик (шиш) тўпланиши билан боғлиқ (1 -жадвал).

1-жадвал. ТВИ асосида тавсия қилинадиган ҳафталик ва умумий вазн қўшилиши

Ҳомиладорликгача бўлган ТВИ	Умумий вазн ортиши (кг)	Ҳомиладорликнинг II ва III триместрларида вазн ортишининг тезлиги (кг/ҳафтасига)
Кам вазнли (<18,5 кг/м ²)	12,5 - 18	0,51
Нормал вазн (18,5 – 24,9 кг/м ²)	11,5 - 16	0,42
Ортиқча вазн (25,0 – 29,9 кг/м ²)	7 - 11,5	0,28
Семизлик (≥30 кг/м ²)	5 - 9	0,22

5С	Ҳомиладорнинг ҳар бир ташрифида қон босими ва пульсни ўлчаш тавсия этилади
-----------	--

Ҳомиладорликда гипертоник асоратларини эрта ташхислаш мақсадида қон босимини мунтазам ўлчаш ўтказилади.

4С	Презклампсия (ПЭ) хавфи юқори бўлган ҳомиладорга ҳомиладорлик пайтида ҳар куни қон босимини кузатиб бориш тавсия этилади
-----------	--

ПЭ ривожланишининг юқори хавфи гуруҳига анамнезида эрта ва/ёки оғир ПЭ билан оғриган беморлар киради.

4С	Ҳомиладорнинг 1- ташрифида сут безларини пальпация қилиш тавсия қилинади. Агар сут безларида тугунлар топилса, беморни онколог билан маслаҳатлашишга юбориш тавсия этилади.
-----------	---

Кўкрак безлари палпацияси кўкрак беги саратонини аниқлаш учун ўтказилади.

5С	Ҳомиладорлик пайтида сут безларини мунтазам равишда пальпация қилиш тавсия этилмайди
-----------	--

4C	Ҳомиладорнинг биринчи ташрифида гинекологик текширувдан ўтиш тавсия қилинади.
-----------	---

Ҳомиладорлик пайтида гинекологик текширувга ташқи жинсий аъзоларни визуал текшириш, кўзгуда қин ва бачадон бўйни текшируви, бимануал вагинал текширув орқали бачадоннинг катталиги, консистенцияси, ҳаракатчанлиги ва оғриқлиги ва бачадон ортиқларини аниқлаш киради.

4C	Кўрсатмасиз ҳомиладорни такрорий гинекологик текширувдан ўтказиш тавсия этилмайди.
-----------	--

Қайта гинекологик текширувлар кўрсатмаларга мувофиқ – шикоят борлигида, истмик-бачадон бўйни етишмовчилиги (ИББЕ) ва муддатдан олдинги туғруқ белгилари бўлганда, ИББЕни билишда, ҳомила бошининг чанок ўлчамларига мослигини аниқлашда ўтказилади.

2B	Ҳомиладорликнинг 20 ҳафталигидан кейин ҳомиладорнинг ҳар ташрифида қорин айланаси (ҚА), бачадон тубининг баландлиги (БТБ) ўлчамлари ва гравидограммани олиб бориш тавсия этилади.
-----------	---

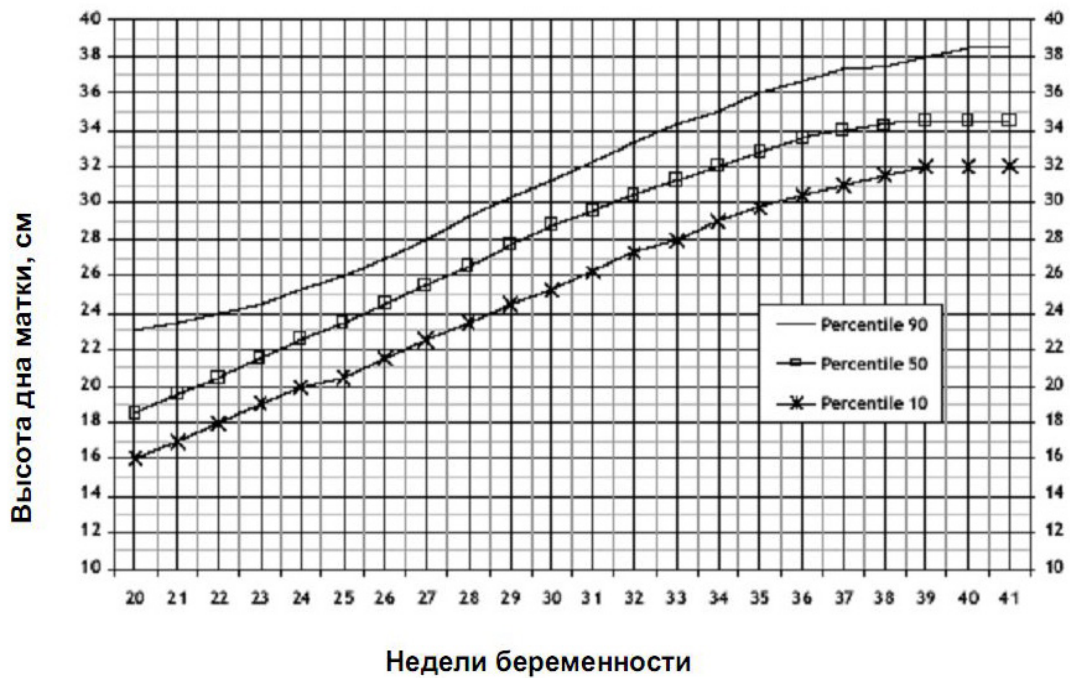
2-жадвал. БТБнинг ҳомиладорлик муддатига мос келиши

Ҳомиладорлик муддати	БТБ
20-21 ҳафта	18-24 см
22-23 ҳафта	21-25 см
24-25 ҳафта	23-27 см
26-27 ҳафта	25-28 см
28-29 ҳафта	26-31 см
30-31 ҳафта	29-32 см
32-33 ҳафта	31-33 см
34-35 ҳафта	32-33 см
36-37 ҳафта	32-37 см
38-39 ҳафта	35-38 см
40-42 ҳафта	34-35 см

Агар гравидограмма бўйича БТБ 10 - перцентилдан паст ёки 90 - перцентилдан юқори бўлса, ҳомиланинг ривожланишини баҳолаш ва амниотик суюқлик миқдорини аниқлаш учун ултратовуш текшируви зарур.

1-чизма. Гравидограмма.

Гравидограмма



2B

Ҳомиладорликнинг 34-36 ҳафталигидан кейин ҳомиладорнинг ҳар ташрифида ҳомила ҳолатини ва уни олдинда келувчи қисмини аниқлаш тавсия этилади

Ҳомиланинг ҳолати ва уни олдинда келувчи қисмини аниқлаш туғруқни олиб бориш тактикасини аниқлаш мақсадида қўлланилади.

5C

Ҳомиланинг нотўғри жойлашувига гумон қилинса ва/ёки олдинда келувчи қисмини аниқлаш учун, ҳомиладорни ултратовуш текширувига юбориш тавсия этилади.

4C

Ҳомиладорликнинг 20 ҳафталигидан кейин аёлнинг ҳар бир ташрифида акушерлик стетоскопи ёрдамида ёки ҳомиладорликнинг 12 ҳафталигидан кейин ҳомиланинг ҳаётий фаоллигини тасдиқлаш учун фетал доплер ёрдамида ҳомиланинг юрак уриш (ҲЮУ) тезлигини аниқлаш тавсия этилади.

Ҳомиланинг юрак уриш тезлиги (тахикардия, брадикардия, аритмия) бузилса, ҳомиладорни ултратовуш текширувига юбориш тавсия этилади.

5C

Ҳомиладорликнинг 16-20 ҳафталигидан кейин аёлни (ҳомила ҳаракатлари бошланганидан кейин) ҳар бир ташрифида ҳомила ҳаракатининг характери ҳақида сўраш тавсия этилади.

Ҳомиланинг ҳаракатларини ҳисобга олган ҳолда салбий перинатал натижаларнинг олдини олиш самарадорлиги тўғрисида далиллар йўқ. Агар ҳомиланинг фаоллиги ва/ёки ҳаракат частотасида субъектив пасайиш бўлса, у қўшимча текширув учун дарҳол ихтисослашган шифохонага ёки туғруқхонага мурожаат қилиши лозимлиги ҳақида тавсиялар берилиши керак.

Лаборатор диагностик текширувлар.

1А	Ҳомиладорнинг 1 ташрифида ва ҳомиладорликнинг 3 триместрида аёл қонида одам иммун танқислиги вируси 1/2 га М, G (IgM, IgG) синфлари антитаначалари даражасини (бундан буён матнда ОИВ деб аталади) ва р24 антигени (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) даражасини аниқлаш учун юбориш тавсия этилади.
-----------	--

Эрта текшириш ва инфекцияни аниқлаш ҳомилага инфекцияни ўтишини ўз вақтида даволаш ва олдини олишга ёрдам беради. Учинчи триместрда қайта текширишни ҳомиладорликнинг 36 ҳафталигидан олдин амалга оширилгани маъқул. Агар инфекция аниқланса, ҳомиладор аёлда ташхисни тасдиқлаш / инкор қилиш учун ОИТСни олдини олиш ва унга қарши кураш марказига юборилиши керак.

1В	Ҳомиладорнинг 1- ташрифида ва ҳомиладорликнинг 3- триместрида аёл қонида гепатит В вируси (Hepatitis B virus) нинг сиртқи антигени (HBsAg) га антитаначаларни аниқлаш ёки қондаги гепатит В (Hepatitis B virus) вируси антигени (HbsAg) ни аниқлаш тавсия этилади
-----------	---

Инфекцияни баҳолаш ва аниқлаш янги туғилган чақалоққа туғилишдан кейинги вирус профилактикасини ўтказишни осонлаштиради. Агар инфекция аниқланса, ҳомиладор аёлда ташхисни тасдиқлаш / инкор қилиш учун юқумли касалликлар шифокори билан маслаҳатлашишга юборилиши керак.

4С	Ҳомиладорнинг 1- ташрифида ва ҳомиладорликнинг 3- триместрида аёл қонида гепатит С вирусига (Hepatitis C virus) қарши М ва G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) антитаначаларни аниқлаш тавсия этилади.
-----------	--

Агар инфекция аниқланса, ҳомиладор аёлда ташхисни тасдиқлаш / инкор қилиш учун юқумли касалликлар шифокори билан маслаҳатлашишга юборилиши керак.

2В	Ҳомиладорнинг 1- ташрифида ва ҳомиладорликнинг 3- триместрида аёл қонида оқ трепонемага антитаначаларни (<i>Treponema pallidum</i>) аниқлаш учун юбориш тавсия этилади.
-----------	---

Сифилисни баҳолаш ва ўз вақтида даволаш ҳомиладорликнинг яхши натижаларига ёрдам беради. Агар инфекция аниқланса, ҳомиладор аёл ташхисни тасдиқлаш / инкор қилиш учун дерматовенеролог билан маслаҳатлашишга юборилиши керак.

5С	Ҳомиладорнинг 1- ташрифида ёки ҳомиладорликнинг 2- триместрида қонда қизилча вирусига G (IgG) ва М (IgM) синф антителаларини бир марта аниқлаш учун юбориш тавсия этилади.
-----------	--

Ҳомиладорликнинг дастлабки босқичларида ўтказилган текширув серонегатив беморларни аниқлаб, уларга инфекция эҳтимоли ҳақида маълумот беради. G синфидаги қизилча иммуноглобулинларининг йўқлиги ёки етарли даражада бўлмаслиги, беморда ҳомиладорлик пайтида қизилча инфекцияси билан касалланиши хавфи бўлиши мумкинлиги тўғрисида маълумот бериш керак.

5С	Ҳомиладорни қонида токсоплазманинг (<i>Toxoplasma gondii</i>) G (IgG) ва М (IgM) синф антитаначаларини аниқлашга мунтазам юбориш тавсия қилинмайди.
-----------	---

Ушбу текширув ўзига хослигининг паст даражада бўлиши, кўпчилик ҳолатларда нотўғри ижобий натижаларга эга бўлиши ва натижада токсоплазмоз учун асосиз терапия ўтказилишига олиб келади. Салбий перинатал натижаларни камайтиришда токсоплазмоз учун антенатал терапия самарадорлигини исботловчи далиллар йўқ. Ҳомиладор аёлга токсоплазмознинг олдини олиш усуллари ҳақида маълумот бериш керак: овқатдан олдин қўлларни ювиш, янги мева ва сабзавотларни ювиш, гўштга

иссиқлик билан ишлов бериш, ер билан алоқа қилганда қўлқоп ишлатиш ва ер билан алоқа қилгандан кейин қўл ювиш, мушуклар билан контактни чеклаш.

5C	Ҳомиладорни қонида цитомегаловируснинг (Cytomegalovirus) M, G (IgM, IgG) синф антителаларини аниқлашга мунтазам юбориш тавсия қилинмайди.
-----------	---

Ушбу текширув ўзига хослигининг паст даражада бўлиши, кўпчилик ҳолатларда нотўғри ижобий натижаларга эга бўлиши ва натижада цитомегаловирус инфекцияси учун асосиз терапия ўтказилишига олиб келади. ЦМВ инфекциясининг этиотроп давоси ва ЦМВ инфекциясининг ҳомила ичи юқишининг (онадан болага) профилактикаси мавжуд эмас.

5C	Анамнезида оддий герпес вирусининг қайталаниш аломатлари бор ёки йўқлигидан қатъи назар, ҳомиладорни ҳомиладорлик пайтида қондаги оддий герпес вирусига (Herpes simplex virus) антителаларни аниқлаш учун мунтазам равишда юбориш тавсия этилмайди.
-----------	---

Ушбу текширув ўзига хослигининг паст даражада бўлиши, кўпчилик ҳолатларда нотўғри ижобий натижаларга эга бўлиши ва натижада оддий герпес вирусининг инфекцияси учун асосиз терапия ўтказилишига олиб келади.

1B	Ҳомиладорни ҳомиладорликнинг 35-37 ҳафталигида цервикал канал ажралмасида В гуруҳ стрептококк (<i>S. agalactiae</i>) антигенини аниқлаш учун юбориш тавсия этилади.
-----------	---

Б гуруҳи стрептококкларини ташувчиликни текшириш ва ҳомиладорлик даврида даволаш, туғруқ йўллариининг колонизациясини пасайишига ва бачадон ичи инфекцияси белгиларига эга бўлган болалар туғилишини камайишига олиб келади. В гуруҳ стрептококк антигени аниқланганда, аёлга туғруқ даврида антибиотик профилактикаси буюрилади.

3B	Ҳомиладорликни I ва III триместрларида ҳомиладорларни қин суртмасида микроскопик текшириш ва жинсий аъзолар гонококк (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>), трихомонадалар (<i>Trichomonas vaginalis</i>) ва замбуруғларга микроскопик текшириш учун йўлланма бериш тавсия қилинади.
-----------	---

Барча ҳомиладор аёлларни жинсий йўллар орқали юқувчи инфекциялар кўзгатувчиларини (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*), аниқлаш мақсадида жинсий йўллар шиллик қаватидан молекуляр-биологик текшириш учун йўлланма бериш мақсадга мувофиқ эмас. Агар аёл куйидагиларга шикоят қилса: қинда дискомфорт, қин оқмалари характери ўзгарса, қичима, ачишиш ва қиндан ёқимсиз ҳидли, қин суртмаси микроскопик текширилганда яллиғланишга хос белгилар кузатилса йўлланма бериш тавсия қилинади.

1A	Барча ҳомиладор аёлларни қин суртмасида <i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Atopobium vaginae</i> , <i>Lactobacillus</i> spp. кўзгатувчиларини ДНКсини аниқлаш ва қин суртмасида бактерияларнинг умумий миклорини ва шартли-патоген генитал микоплазмаларни (<i>Ureaplasma parvum</i> , <i>Ureaplasma urealyticum</i> , <i>Mycoplasma hominis</i>) аниқлашга ПЦР ва молекуляр-биологик текширувлар учун йўлланма бериш тавсия қилинмайди.
-----------	---

1A	Ҳомиладорнинг 1-ташрифида симптомсиз бактериурияни аниқлаш учун сийдик ўрта порциясини бактериал патогенларга бир марталик микробиологик (культурал) текшириш учун йўлланма бериш тавсия қилинади.
-----------	--

Симптомсиз бактериурия – бу клиник симптомларсиз сийдик ўрта порцияси 1мл миқдорида $\geq 10^5$ бактерия колониялари бирлигининг мавжудлиги. Бактерияларни эрта аниқлаш ва даволаш муддатдан олдинги туғруқ хавфини ҳомила ривожланишининг чегараланиш синдромини, пиелонефрит ривожланиш хавфини камайтиради

1B	Ҳомиладорнинг 1-ташрифида АВО системаси бўйича асосий гуруҳини аниқлаш ва резус (резус-фактор) ситемасининг D антигенини 1 марталик аниқлашга йўлланма бериш тавсия қилинади.
-----------	---

1B	Резус манфий қонли ҳомиладор аёлнинг 1-ташрифида резус антитаначаларни аниқлашга йўлланма бериш, агар антитаначалар мавжуд бўлмаса, ҳомиладорликнинг 18-20 ҳафталарида ва 28 ҳафтасида резус антианачаларни аниқлашга йўлланма бериш тавсия қилинади.
-----------	---

Агар ҳомиладор аёлда антирезус-антитаначалар аниқланса, аёлга кейинги кузатувлар учун 3-даражали тиббиёт муассасига йўлланма бериш зарур. Резус-манфий қонли аёлларни турмуш ўртоғини/хамроҳини резус-омилини аниқлаш лозим. Аёлни турмуш ўртоғи/жинсий хамроҳида резус-фактори манфий қон аниқланса антирезус антитаначаларни аниқлаш шарт эмас. Агар турмуш ўртоғи/жинсий хамроҳининг резус-фактори мусбат ёки резус-фактори ноаниқ бўлса онанинг қонидаги ҳомиланинг хужайрадан ташқари ДНК фрагментларини резус-омилини аниқлашни тавсия қилиш лозим. Агар ҳомиланинг қон гуруҳи резус-манфийлиги аниқланса, она қонида резус антитаначаларни аниқлаш шарт эмас.

4C	I (O) қон гуруҳли ҳомиладор аёлларни доимий равишда антитаначаларни аниқлашга йўлланма бериш тавсия қилинмайди.
-----------	---

Исботланган базада АВО система бўйича ҳомилада гемолитик касаллик аниқланиши бўйича далиллар йўқ.

2B	Ҳомиладорнинг 1-ташрифида , ҳомиладорликни II ва III триместрида умумий (клиник) қон таҳлилини аниқлаш учун йўлланма бериш лозим.
-----------	---

Камқонликни эрта аниқлаш ўз вақтида даво чораларини ўтказиш ва салбий перинатал натижалар келиб чиқишини камайишига ёрдам беради. Гемоглобиннинг нормал миқдори I триместрда ≥ 110 г/л, III триместрда ≥ 105 г/л ташкил қилади. Яширин темир танқислигини тасдиқлаш учун темирни қондаги даражасини аниқроқ кўрсаткичи сифатида зардобда ферретин миқдорини аниқлаш тавсия қилинади.

3C	Ҳомиладорнинг 1-ташрифида ва ҳомиладорликнинг III триместрида биокимё умумтерапевтик қон таҳлил ўтказиш учун йўлланма бериш тавсия қилинади.
-----------	--

Ушбу таҳлил учун зарур бўлган ишончли далиллар базаси йўқ, лекин у ички амалиётда қабул қилинади. Биокимё умумтерапевтик қон таҳлили умумий оксил, мочевина, креатинин, умумий билирубин, боғланган билирубин, аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ) ва глюкоза миқдорини аниқлашни ўз ичига олади.

4C	Ҳомиладор аёлни биринчи ташрифида ва ҳомиладорликни 24-26 ҳафтасида углевод алмашинуви бузилишларини аниқлашни текшириш учун йўлланма бериш тавсия қилинади.
-----------	--

Углевод алмашинуви бузилишини аниқлаш наҳорда веноз қонда глюкоза ёки гликирланган гемоглобин (HbA1c) миқдорини аниқлашни ўз ичига олади. Ҳомиладор аёлларда наҳорда веноз қондаги меъерий глюкоза миқдори $< 5,1$ ммоль/л, гликирланган гемоглобин (HbA1c) миқдори $< 6,5\%$ ни ташкил қилади. Ҳомиладор аёлларда наҳорда веноз қондаги меъерий глюкоза миқдори $\geq 5,1$ ммоль/л, гликирланган гемоглобин(HbA1c) миқдори $\geq 6,5\%$ ни ташкил қилса аёлни эндокринолог кўригидан ўтказиш тавсия қилинади.

4C	Гестацион қандли диабет юқори хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладорда углевод алмашинуви бузилишлари аниқланмаса, ҳомиладорликнинг 24-28 хафталигида 75г глюкоза эритмаси ёрдамида перорал глюкозотолерантлик (ПГТТ) тестини ўтказиш учун йўлланма бериш тавсия қилинади.
----	---

Гестацион қандли диабет ривожланишининг юқори хавф гуруҳига ТВИ ≥ 30 кг/м бўлган, анамнезида $\geq 4,5$ кг вазнли чакалок ёки гестацион қандли диабет билан туғруқ содир бўлган бўлса, қандли диабетга асоратланган наслий анамнез мавжуд бўлган аёллар киради.

3C	Ҳомиладорни 1- ташрифида ва туғруқдан олдин (ушбу тадқиқот учун зарур бўлган ишончли далиллар базаси йўқ, лекин у ички амалиётда қабул қилинган) коагулограмма (гемостаз системасини мўлжал тадқиқотлари) ни аниқлаш тавсия қилинади.
----	---

Ушбу тадқиқот учун зарур бўлган ишончли далиллар базаси йўқ, лекин у ички амалиётда қабул қилинади. Коагулограммани текшириш қисман фаоллаштирилган тромбопластин вақти (АЧТВ), фибриноген, протромбин (тромбопластин) вақти (ПВ) ва тромбоцитлар миқдорини аниқлашни ўз ичига олади.

2A	Ҳомиладорнинг 1- ташрифида тиреотроп гормон (ТТГ) даражасини 1 марталик аниқлашга йўлланма бериш тавсия қилинади.
----	---

ТТГ гормонини миқдорини аниқлаш гипотериозни эрта ташхислаш ва даволаш мақсадида қилинади. Ҳомиладор аёлда ТТГнинг референс миқдори $<3,0$ МЕ/мл.ни ташкил қилади. Агар ТТГ $\geq 3,0$ МЕ/мл.ни ташкил қилса, аёлга эндокринолог кўригига йўлланма бериш тавсия қилинади.

1B	Ҳомиладорнинг 1- ташрифида ва II ва III триместрда умумий (клиник) сийдик таҳлили ўтказиш учун йўлланма бериш тавсия қилинади.
----	--

4C	Ҳомиладорликни 22 хафтасидан сўнг хар ташрифида маҳсус индикатор чизиқча ёрдамида сийдикда оқсил миқдорини аниқлаш тавсия қилинади.
----	---

Протеинурия учун такрорий текширувлар преэклампсия ривожланишининг мезонини яхшилаши бўйича юқори даражадаги далиллар йўқ.

2A	Ҳомиладорнинг 1-ташрифида бачадон бўйнидан суртма (бачадон бўйни юзасидан ва цервикал каналдан суртма) ни цитологик текшириш тавсия қилинади.
----	---

Ушбу тадқиқот бачадон бўйни саратонини скрининг қилиш мақсадида ўтказилади. Одам папилома вирусига (ОПВ) охириги текширув натижаси манфий чиққан текширувдан 3 йил ўтгандан сўнг ва олдинги цитологик (NILM) текширувлар нормал натижани кўрсатганда ёки охириги текширув натижаси мусбат чиқиб, текширувдан 1 йил ўтгандан сўнг ёки номаълум одам папилома вирусига статусида ёки анамнезида даво чоралари ўтказилганидан қатъий назар бирон бир текширувлар патологик натижаси (ASCUS, LSIL, HSIL) аниқланганда бачадон бўйни юзасидан ва цервикал каналдан суртма олиш тавсия қилинади.

Инструментал диагностик текширувлар.

5C	Ҳомиладор аёл бачадон ўлчамларини (пельвиометрия) ҳомиладорликни III триместрида ўлчаш тавсия қилинади.
----	---

Бачадон ўлчамларини аниқлаш туғруқни олиб бориш тактикасини белгилашда катта, аҳамиятга эга.

1A	Ҳомиладор аёлни ҳомиладорликни 11-13-ҳафта 6 кун даврида ҳомила муддатини аниқлаш, 1-триместрида скрининг ўтказиш, ва кўп ҳомилаликни ташхислаш учун эксперт диагностик даражасига эга тиббий муассасага УТТ учун юбориш тавсия қилинади.
-----------	---

Аёлга УТТ ҳомиладорликни I-триместрида ҳамда аёл биринчи марта кўриққа ташриф буюрганида, хайз ≥ 7 кунга кечикканида бачадондан ташқари ҳомиладорликни истисно қилиш учун ўтказилади. Шунгингдек, ҳомиладорликни I-триместрида эрта преэклампсия белгиларини аниқлаш мақсадида УТТ орқали бачадон артерияларида пульсация индексини ўлчаш тавсия қилинади.

1A	Ҳомиладорликни 18-ҳафтасидан 20-ҳафта 6 кунгача бўлган даврда ҳомила УТТ (II-триместр УТ скрининги) учун, яъни ҳомила ўсишини баҳолаш, ҳомила ривожланишининг чегараланишини эрта формаларини аниқлаш, ҳомила ривожланиш нуқсонларини аниқлаш, экстра эмбрионал структураларни баҳолаш (йўлдош структураси, локализацияси, қалинлиги ва қоғонок сувлари миқдори) ва бачадон бўйни УТТси (УТ-цервикометрия) қилиш учун пренатал диагностикани амалга оширувчи тиббиёт муассасасига УТТ учун йўлланма бериш тавсия қилинади.
-----------	--

Ҳомиладорликни II триместрида аускультацияда ҳомила юрак уруши сони аниқланмаса ёки ҳомила юрак уруши сонида ўзгаришлар (тахикардия, брадикардия, аритмия) аниқланса қўшимча равишда УТТ тавсия қилинади.

2A	Акушерлик ва перинатал асоратлари (муддатдан олдинги туғруқ, преэклампсия, ҳомила ривожланишининг чегараланиш синдроми, плацента олдинда келиши) ҳавфи юқори гуруҳга қирувчи ҳомиладор ва гравидограммада БТБ ўлчами ҳомиладорлик муддатига мос келмаса ҳомиладорликнинг 30-34-ҳафтасида йирик ва кам вазнли ҳомилани ва кеч намоён бўлувчи ривожланиш нуқсонларини диагностика қилиш мақсадида УТТ тавсия этилади.
-----------	---

Ҳомиладорликни III триместрида (34-36-ҳафтадан сўнг) аускультацияда ҳомила юрак уруши сонида ўзгаришлар (тахикардия, брадикардия, аритмия) аниқланса ёки ҳомила юрак уруши аниқланмаса, ҳомилани нотўғри жойлашишига шубҳа қилинганда, олдинда келувчи қисмини аниқлаш ва бачадон ўлчамлари ҳомиладорлик муддатига мос келмаган ҳолларда қўшимча равишда УТТ тавсия қилинади.

4C	Кеч аборт ҳавфи ва муддатдан олдинги туғруқ ҳавфи билан юқори ҳавф гуруҳига қирувчи аёлларга ҳомиладорликни 15-16-ҳафтасидан 24-ҳафтасигача бўлган даврда бачадон бўйнини УТТ (УТ-цервикометрия) 2-ҳафтада 1 марта тавсия қилинади.
-----------	---

Кеч аборт ҳавфи ва муддатдан олдинги туғруқ ҳавфи юқори ҳавф гуруҳига анамнезида кеч ҳомила ташлаш ва муддатдан олдинги туғруқ содир бўлган аёллар қиради.

1B	Акушерлик ва перинатал асоратлари (муддатдан олдинги туғруқ, преэклампсия, ҳомила ривожланишининг чегараланиш синдроми) юқори ҳавф гуруҳга қирувчи ҳомиладорларни ҳомиладорликнинг 2-УТТ қилинган вақтида (18-ҳафтадан 20-ҳафта 6 кунгача бўлган даврда) ва ҳомиладорликни III триместрида (ҳомиладорликнинг 30-34-ҳафтасида) бачадон-плацента қон оқимини текшириш учун ультратовуш доплерография тавсия қилинади.
-----------	---

Ушбу гуруҳда ушбу тадқиқотнинг ўтказилиши перинатал ўлимни, туғруқ индукцияси ва кесар кесиш амалиётини камайишига ёрдам беради.

1A	Акушерлик ва перинатал асоратлари (муддатдан олдинги туғруқ, преэклампсия, ҳомила ривожланишининг чегараланиш синдроми) паст ҳавф гуруҳига қирувчи ҳомиладор аёлларни УТТ ва доплерографияга юбориш тавсия қилинмайди.
-----------	--

Ушбу гуруҳда бу тадқиқотларни ўтказиш оналар ёки чақалоқлар ўлимини камайишига таъсир қилмайди.

1A	Ҳомиладорликни 33 ҳафтасида аёлга ҳомила кардиотокография (КТГ) текширувидан ўтказиш учун йўлланма бериш тавсия қилинади, текширув 2 ҳафтада 1 марта қилинади.
-----------	--

Бошқа диагностик текширувлар.

4C	Ҳомиладорнинг 1-ташрифиди ва ҳомиладорликнинг 3-триместрида терапевт ва стоматолог маслаҳатига йўллаш, шунингдек 1-ташрифда врач-офтальмологга юбориш тавсия қилинади.
-----------	--

Ушбу тавсияларга эҳтиёж борлиги тўғрисида ишончли далиллар йўқ, лекин улар маҳаллий амалиётда қабул қилинган. Соматик патологияни ўз вақтида ташхислаш ва терапияни тайинлаш учун мутахассислар маслаҳатлари ўтказилади (бу маҳаллий амалиётда қабул қилинган, далил базаси йўқ).

5C	Агар аёл ва/ёки унинг турмуш ўртоғи/ҳамроҳи хромосома ёки ген патологияси бўлган болани туғилиши учун хавф омилларига эга бўлса, ҳомиладорни тиббий генетик маслаҳатига юбориш тавсия этилади.
-----------	--

Ушбу тавсияларга бўлган ишончли далиллар базаси мавжуд эмас, аммо улар маҳаллий амалиётда қабул қилинади. Хромосома ёки ген патологияси бўлган боланинг туғилиши учун хавф омиллари қуйидагилардир:

- эр-хотин/ҳамроҳлардан камида биттасида хромосомалар ёки ген бузилишининг мавжудлиги;
- эр-хотин/ҳамроҳлардан камида биттасининг боласида хромосома ёки ген бузилиши, туғма нуқсон, ақлий заифликнинг мавжудлиги;
- яқин қариндошлар орасида никоҳ.

1A	Ҳомиладорликнинг 11-13 ⁶ ҳафталигида аёлни 1-триместрдаги скрининг текширувига юбориш тавсия этилади, унинг таркибига бўйин бўшлиғи қалинлиги (ББҚ) нинг ультратовуш текшируви, қондаги хорионик гонадотропин (ХГ) миқдорини ўрганиш киради, шунингдек қондаги ҳомиладорлик билан боғлиқ А оксилани ўрганиш (РАРР-А), кейинчалик хромосома патологияси бўлган бола туғилишининг индивидуал хавфининг дастурий таъминоти ҳисобланади.
-----------	---

Ҳомилада анеуплоидияни инкор қилиш учун беморга 10 ҳафталик ҳомиладорликдан кейин қўшимча НИПС ўтказиш таклиф қилиниши мумкин.

1C	Ҳомиладорни иккинчи триместрда қонда ХГ, алфа-фетопротеин, ноконъюгирланган эстрадиол (уч марта скрининг), ингибин А (тўрт марта скрининг) даражасини ўз ичига олган биокимёвий текширувга мунтазам юбориш тавсия этилмайди
-----------	---

2-триместрнинг биокимёвий скрининги 1-триместрни қайта кўриш имконияти бўлмаган тақдирда белгиланиши мумкин.

1A	Ҳомиладорликнинг 1-триместри ёки НИПС скринингида аниқланган ҳомила анеуплоидия хавфи юқори бўлган аёлни ва/ёки 1-триместр ультратовуш текшируви ва/ёки ҳомиланинг юқори хавфли хромосома/генетик патологияси, ёки 2-триместрда ультратовуш маълумотларига кўра ҳомила нуқсонлари аниқланганда тиббий генетик маслаҳатига, генетик тавсия қилиш ёки қилмаслигига қараб, инвазив пренатал диагностика (хорион ворсин биопсияси, амниоцентез)да олинган материалларни цитогенетик ёки молекуляр кариотип усулларини қўллаш орқали ўрганишга йўллаш тавсия қилинади.
-----------	---

Хорион ворсин биопсияси ҳомиладорликнинг 10-14 ҳафтасида амалга оширилади. Амниоцентез ҳомиладорлик >15 ҳафта давомида амалга оширилади. 1-триместрнинг скрининги бўйича ҳомилада хромосома патологиясининг индивидуал юқори хавфи $\geq 1/100$ ни ташкил қилади. Инвазив пренатал диагностикага қарши кўрсатмалар: ҳар қандай локализациядаги юқумли ва яллиғланиш касалликлари, тушиш хавфи ёки муддатдан олдинги туғруқлар. Rh(D) сенсibiliзация ҳолатларида инвазив диагностиканинг потенциал фойдаси/хавфини ўлчаш керак.

Даволаш.

Нормал ҳомиладорлик пайтида юзага келадиган шикоятларни даволашнинг номедикаментоз усуллари.

2B	Кўнгил айнаш ва қусишга шикоят қилган ҳомиладорларга парҳезга риоя қилиш бўйича тавсиялар берилиши керак
Диета қуйидагиларни ўз ичига олади: оз-оздан кам порцияли овқатланиш, рационда ёғли, қовурилган, ўткир овқатлар, шоколад, газланган ичимликлар, қаҳва, кучли чой тавсия қилинмайди.	
5C	Зарда қайнаши билан боғлиқ шикоятларга эга бўлган ҳомиладор аёлларга ушбу ҳолатнинг юзага келишини олдини олиш бўйича тавсиялар (диетага риоя қилиш; ошқозонга босим ўтказмайдиган кенг кийим кийиш) берилиши керак.
2A	Ҳомиладорлик даврида ич қотиши ва бавосил шикоятларига эга бўлган ҳомиладорга жисмоний фаолликни ошириш ва овқатланиш рациони модификацияси бўйича тавсиялар берилиши зарур.
Овқатланиш рациони модификацияси овқатга озик-овқат толаларини қўшишни ўз ичига олади.	
2B	Оёқ веналарининг варикоз кенгайишига шикоят қилган ҳомиладор беморларга компрессион трикотаж, касалликнинг яққол белгилари ривожланганда флеболог маслаҳати тавсия этилади.
Компрессион трикотаж маҳсулотларини кийиш тери ости веналарига босимни, оёқнинг чуқур веналарида қон айланиш тезлигининг ошишига ва димланиш белгиларининг камайишига ёрдам беради. Ундан ташқари, тўғри иш ва дам олиш режими билан биргаликда терапевтик жисмоний тарбия машғулоти ва контрастли душлар тайинланиши мумкин.	
1A	Бел оғриғида ҳомиладорга жисмоний фаоллик режимига риоя қилиш бўйича тавсиялар берилиши керак
Жисмоний фаоллик режимига риоя қилиш сузиш, массаж ва жисмоний машқларни ўз ичига олади.	
5C	Симфизитнинг ривожланиши туфайли қов оғриғига шикоят қилган ҳомиладор беморга бандаж кийиш ва ҳаракат пайтида қўлтиқ таёғидан фойдаланиш бўйича тавсиялар берилиши керак

Нормал ҳомиладорлик пайтида юзага келадиган шикоятларни даволашнинг медикаментоз усуллари.

2B	Овқатланиш режими ва турмуш тарзига риоя қилинган ҳолатдарда ҳам, жиғилдон қайнаши билан боғлиқ шикоятлар кузатилган ҳомиладорга антацид таъсир кўрсатадиган дори-дармонларни буюриш тавсия этилади
-----------	---

Овқатланиш режими ва турмуш тарзига риоя қилинган ҳолатдарда ҳам, жиғилдон қайнаши билан боғлиқ шикоятлар кузатилган ҳомиладорга ўсимлик манбаларидан тайёрланган ўраб олувчи ва ўзига бириктирувчи препаратлар ҳам берилиши мумкин, аммо уларни қўллаш бўйича далиллар базаси мавжуд эмас

2B	Ич қотишини олдини олиш бўйича режимга риоя қилинса ҳам бавосилга шикоят қилган ҳомиладорларга ҳомиладорлик даврида қўллаш мумкин бўлган шамча ёки крем ҳолидаги антигеморроидал дорилар, ундан ташқари per os қабул қилинадиган таркибида биофлавоноид (гесперидин+диосмин) сақловчи дори воситалари тавсия этилади.
-----------	---

Таркибида биофлавоноид (диосмин, гесперидин) сақловчи дори воситалари тавсия қилиш, ҳомиладорлик даврида бавосил клиник белгиларини 7 барабар камайтиради.

1A	Симптомсиз бактериурия аниқланган ҳомиладорларда антибактериал терапия курси per os тавсия қилинади
-----------	---

Симптомсиз бактериурия – бу клиник белгиларсиз, 1 мл сийдикнинг ўрта порциясида $\geq 10^5$ бактериялар колониясининг бўлиши.

Витаминлар ва озиқ-овқат қўшимчаларини тайинлаш.

1A	Ҳомиладорларга фолий кислотасини кунига 1000 мг дозада ҳомиладорликнинг дастлабки 12 ҳафтаси давомида per os қабул қилиш тавсия этилади
-----------	---

Ҳомиладорликнинг дастлабки 12 ҳафтасида фолий кислотасини тайинлаш асаб найчасининг нуқсони бўлган (масалан, анэнцефалия ёки орқа мия бўлиниши) гўдак туғилиши хавфини камайтиради.

5C	Ҳомиладорлик даврида аёлга кунига 200 мкг дозада йод препаратлари (калий йодид) per os тавсия этилади
-----------	---

1B	Кальций моддасини кам истеъмол қилувчи (кунига 600 мг дан кам) преэклампсия бўйича юқори хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладор аёлларга кунига 1 г дан кальций препаратлари per os тавсия этилади
-----------	---

Ҳомиладорлик даврида кальций дори воситаларини тайинлаш преэклампсия хавфи юқори бўлган аёлларда ушбу касалликнинг ривожланиш хавфини камайтиради.

1B	Д витамини гиповитаминози хавфи юқори бўлган ҳомиладорларга Д витаминини кунига 10 мкг (400 МЕ) дозасида per os тавсия этилади
-----------	--

Юқори хавф гуруҳли, витамин Д гиповитаминозида унинг қўлланилиши преэклампсия, ҳомила ўсишининг чегараланиши, гестацион қандли диабет каби акушерлик асоратлар хавфини камайтиради. Д витаминининг гиповитаминози юқори хавф гуруҳига: қуёшда маълум муддатгина бўлувчи териси тўқ рангли аёллар, гўштни, ёғли балиқни, тухумни кам истеъмол қилувчилар, ҳомиладорликгача ИМТ ≥ 30 кг/м²гача бўлганлар кирилади.

2B	Д витамини гиповитаминозининг паст хавфли ҳомиладорларга Д витамини қабул қилиш тавсия этилмайди
-----------	--

Ушбу гуруҳда витамин Д тавсия қилиниши преэклампсия, ҳомила ўсишининг чегараланиши, гестацион қандли диабет каби акушерлик асоратлар хавфини камайтирмайди.

1С	Авитаминоз хавфи паст бўлган ҳомиладорларга поливитаминларни мунтазам равишда тайинлаш тавсия этилмайди
<p>Авитаминоз хавфи паст бўлган гуруҳда поливитаминларни тайинлаш перинатал асоратлар хавфини камайтирмайди. Авитаминоз хавфи юқори бўлган ҳомиладорга бутун ҳомиладорлик даврида поливитаминларни per os қабул қилиш тавсия этилиши мумкин, чунки уларнинг тайинланиши билан авитаминоз хавфи юқори бўлган гуруҳда перинатал асоратлар хавфи камаяди. Юқори хавфли авитаминоз гуруҳига паст ижтимоий-иқтисодий синфдаги, носоғлом турмуш тарзли, озиқ-овқат етишмовчилиги бўлган, шу жумладан, вегетариан аёллар киради.</p>	
1В	Ҳомиладорларга Омега-3 тўла тўйинмаган ёғли кислоталарни мунтазам равишда буюриш тавсия этилмайди
<p>Омега-3 тўла тўйинмаган ёғ кислоталарини тайинлаш преэклампсия, муддатдан олдинги туғруқ, ҳомила ўсишининг чегараланиши, гестацион қандли диабет, туғруқдан кейинги депрессия ва болаларнинг нейрокогнитив ривожланишининг бузилиши каби акушерлик ва перинатал асоратлар хавфини камайтирмайди. Чекувчи ҳомиладорларга Омега-3 тўла тўйинмаган ёғли кислоталарни қабул қилиш тавсия этилади, чунки бу спонтан муддатдан олдинги туғруқ хавфини ва кам вазнли чақалоқларнинг туғилишини камайтиради.</p>	
2А	Қонда гемоглобин ва/ёки ферритинни нормал миқдорда ҳомиладорларга мунтазам равишда темир препаратларини қўллаш тавсия этилмайди
<p>Темир препаратларини она ёки бола саломатлиги учун мунтазам равишда ишлатишнинг фойдаси ҳақида ҳеч қандай далил йўқ, аммо ошқозон-ичак тракти (кўпинча ич қотиши ёки диарея) томонидан ножўя таъсир қилиш хавфи ортади.</p>	
5С	Ҳомиладорларга А витамини тавсия этилмайди
<p>А витаминини >700 мкг дозасида истеъмол қилиш тератоген таъсир кўрсатиши мумкин.</p>	
1А	Ҳомиладорларга мунтазам равишда Е витаминини истеъмол қилиш тавсия этилмайди
<p>Е витаминини мунтазам истеъмол қилиш преэклампсия, муддатдан олдинги туғруқ, ҳомила ўсишининг чегараланиши, ҳомиланинг антенатал нобуд бўлиши ва неонатал ўлим каби акушерлик ва перинатал асоратлар хавфини камайтирмайди.</p>	
1А	Ҳомиладорларга аскорбин кислотасини мунтазам равишда қабул қилиш тавсия этилмайди
<p>С витаминини мунтазам истеъмол қилиш преэклампсия, муддатдан олдинги туғруқ, ҳомила ўсишининг чегараланиши, ҳомиланинг антенатал нобуд бўлиши ва неонатал ўлим каби акушерлик ва перинатал асоратлар хавфини камайтирмайди.</p>	

Реабилитация: қўлланилмайди.

Профилактика.

Ҳомиладорликнинг асоратларини олдини олиш учун хавф омилларни бартараф этиш бўйича тавсиялар.

2А	Ҳомиладорларга бошланғич ТВИ га қараб тана вазнини ошириш бўйича тавсиялар берилиши керак
<p>Ҳомиладорлик даврида кам ва ортиқча вазннинг кўпайиши акушерлик ва перинатал асоратлар билан боғлиқ. Семизлик билан кечувчи ҳомиладорлар ($ИМТ \geq 30 \text{ кг/м}^2$) перинатал асоратлар билан кечувчи юқори хавф гуруҳини ташкил этади, буларга: ўз-ўзидан ҳомила тушиши, гестацион қандли диабет, гипертензив бузилишлар, муддатдан олдинги туғруқ, оператив туғруқ, ҳомиланинг антенатал ва интранатал нобуд бўлиши, ТЭА, $ТВИ \leq 20 \text{ кг/м}^2$ бўлган ҳомиладор аёллар юқори хавфли ҳомила ўсишининг чегараланиши гуруҳини ташкил қилади.</p>	
2В	Ҳомиладорларга узоқ вақт туриш ёки ортиқча машқлар билан боғлиқ ишларни, тунги иш ва чарчоқни келтириб чиқарадиган ишлардан воз кечиш бўйича тавсиялар берилиши керак
<p>Ушбу турдаги ишлар муддатдан олдинги туғруқ, гипертензия, преэклампсия ва ҳомила ўсишининг чегараланиш хавфи билан боғлиқ.</p>	
4С	Ҳомиладорларга рентген нурланиш таъсир қилиши билан боғлиқ ишни рад этиш бўйича тавсиялар берилиши керак
5С	Нормал ҳомиладорлик даврида ҳомиладорларга ўртача жисмоний юклама тавсия қилиниши керак (қунига 20-30 дақиқа)
<p>Жисмоний зўриқишсиз бўлган машқлар ёки аёлнинг бўлиши мумкин бўлган шикастланишилари муддатдан олдинги туғруқ хавфини ва болалар ривожланишининг бузилишини оширмайди.</p>	
5С	Ҳомиладорларга қорин бўшлиғи шикастланиши, баландликдан тушиш, стрессга олиб келиши мумкин бўлган машқларни олдини олиш бўйича тавсиялар берилиши керак (масалан, кураш, ракеткалар ва копток билан ўйналадиган спорт турлари, ва ҳ.)
4С	Ҳомиладорликнинг нормал кечишида аёлларга жинсий алоқадан бош тортиш бўйича тавсиялар берилмаслиги керак, чунки нормал ҳомиладорлик пайтида жинсий алоқа қилиш муддатдан олдинги туғруқ ва перинатал ўлим хавфини оширмайди.
4С	Қин микрофлораси бузилган ҳомиладорга қин микробиоти тиклангунча жинсий фаолиятдан воз кечиш тавсиялари берилиши керак.
<p>Қин микрофлораси бузилган ҳомиладорда жинсий алоқа муддатдан олдинги туғруқ хавфини оширади.</p>	
1В	Узоқ кечувчи рейсларда учувчи ҳомиладорга тромбоемболик асоратларни олдини олиш бўйича тавсиялар бериш керак, масалан, самолёт салоида юриш, кўп суюқлик ичиш, спиртли ичимликлар ва кофеиндан воз кечиш, парвоз пайтида компрессион пайпоқ кийиш.
<p>Ҳаво сафарлари тромбоемболик асоратлар хавфини оширади, бу ҳомиладорликнинг мавжудлигидан қатъи назар $1/400-1/10000$ ҳолатда учрайди. Тромбоемболик асоратлар хавфи симптомсиз кечганлиги учун, бундай вазиятда ушбу хавф бундан ҳам юқори бўлиши мумкин (тахминан 10 баробар).</p>	

4C	Ҳомиладор беморга машинада кетаётганда хавфсизлик камаридан тўғри фойдаланиш тўғрисида огоҳлантириш керак, чунки хавфсизлик камаридан тўғри фойдаланиш ҳомила ҳалокати хавфини 2-3 баравар камайтиради.
-----------	---

Ҳомиладор аёлнинг хавфсизлик камаридан тўғри фойдаланиш – бу уч камарли белбоғдан фойдаланиш, бунда биринчи камар қорин остидан сонлар бўйлаб тортилади, иккинчи белбоғ елка бўйлаб, учинчи камар эса қорин усти бўйлаб сут безлари орасидан ўтади.

2B	Ҳомиладорга зарарли экологик омиллар (ифлослантирувчи моддалар) таъсирини камайтиришга қаратилган турмуш тарзи бўйича тавсиялар бериш керак.
-----------	--

Ҳавода, сувда ва озиқ-овқат маҳсулотларида (масалан, оғир металллар - мишьяк, кўрғошин ва бошқа органик бирикмалар – бисфенол А ва бошқалар) мавжуд бўлган ифлослантирувчи моддалар таъсирида ҳомиладорликни кўтара олмаслик, муддатдан олдинги туғруқ, гестацион артериал гипертензия ва ҳомиладорликнинг бошқа асоратлари бўлиш хавфи ортади.

2B	Ҳомиладорга чекишдан воз кечиш ҳақида маслаҳат бериш керак.
-----------	---

Ҳомиладорлик пайтида чекиш ҳомила ривожланишининг чегараланиши, муддатдан олдинги туғруқ, йўлдошнинг олдинда келиши, нормал жойлашган йўлдошнинг вақтидан олдин кечиши, онада гипотиреоз, қоғонок сувининг муддатдан олдин ёрилиши, кам вазнли туғиш, перинатал ўлим ва эктопик ҳомиладорлик каби асоратлар билан боғлиқ. Тахминан 5-8% муддатдан олдинги туғруқ, 13-19% ҳолатда муддатида кам вазнли туғиш, пренатал даврнинг патологик кечиши билан боғлиқ бўлган сабаблар туфайли чақалоқларнинг тўсатдан ўлими 23-34% ва болалар ўлимнинг 5-7%и ҳомиладорлик пайтида онанинг чекиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Сигарет чекадиган аёллардан туғилган болаларда бронхиал астма, ичак коликаси ва семириш хавфи юқори бўлади.

5C	Ҳомиладорлик даврида, айниқса, биринчи триместрда спиртли ичимликларни истеъмол қилмаслик ҳақида огоҳлантириш керак
-----------	---

Кичик дозада истеъмол қилинган спиртли ичимликларнинг акушерлик ва перинатал асоратларга салбий таъсири тўғрисида юқори далилларга асосланган маълумотлар йўқлигига қарамай, спиртли ичимликларнинг дозасидан қатъи назар, ҳомиладорлик даврида алкоғолнинг салбий таъсири (ҳомила алкоғол синдроми ва психомотор ривожланишнинг кечикиши) тўғрисида етарли кузатувлар мавжуд. Масалан,

2B	Ҳомиладорга тўғри овқатланиш, вегетарианизмдан сақланиш ва кофеин истеъмолини камайтириш каби овқатланиш бўйича тавсиялар бериш керак.
-----------	--

Ҳомиладорлик пайтида вегетарианизм ҳомила ривожланишининг чегараланиш хавфини оширади. Кофеиннинг катта миқдори (қунига 300 мг дан ортиқ) аборт ва кам вазнли чақалоқлар туғилиш хавфини оширади.

5C	Ҳомиладорга А витаминига бой овқатлар (мол гўшти, товуқ жигари ва ўрдак жигари маҳсулотлари) истеъмолини камайтириш, етарли калорияли ва таркибида оқсил, витамин ва минераллар сақловчи таомларни истеъмол қилиш каби овқатланиш бўйича тавсиялар бериш керак.
-----------	---

Ҳомиладорлик пайтида соғлом овқатланиш турли хил овқатлар, жумладан, яшил ва тўқ сариқ сабзавотлар, гўшт, балиқ, дуккакли экинлар, ёнғоқлар, мевалар ва донли маҳсулотларнинг етарли калория ва оқсиллари, витаминлари ва минераллари билан тавсифланади.

5C	Ҳомиладорга пастеризацияланмаган сут, юмшоқ пишлоқ, паштет, яхши пиширилмаган гўшт ва тухум истеъмол қилишдан сақланиш тавсия қилиниши керак, чунки бу маҳсулотлар листериоз ва салмонеллэз манбалари ҳисобланади.
-----------	--

Озиқ-овқат орқали юқадиган энг кенг тарқалган инфекциялар – листериоз ва салмонеллэз ҳисобланади. Ҳомиладор аёлларда листериоз билан касалланиш умумий аҳолига (0,7/100,000) қараганда юқори (12/100,000).

Анамнезида ҳомиладорлик даврида туғруқ ва перинатал асоратлар хавфи юқори бўлган ҳозирда нормал кечаётган аёлларда ҳомиладорлик асоратларини медикаментоз профилактикаси.

1B	Презкламписия хавфи юқори бўлган ҳомиладорларда, ацетилсалицил кислотасини ҳомиладорликнинг 12 ҳафталигидан 36 ҳафталигига қадар кунига 150 мг дан қабул қилиш тавсия этилади.
-----------	--

Презкламписия хавфи юқори бўлган ҳомиладорларга анамнезида презкламписия эрта ривожланган ва/ёки оғир презкламписия бўлган аёллар киради.

1A	Ёрдамчи репродуктив технологиялар натижасида ҳомиладор бўлган аёлга тухумдонлар трансвагинал пункциясидан бошлаб ёки ундан кейинги дастлабки уч кун ичида гестагенларни буюриш тавсия этилади.
-----------	--

Ёрдамчи репродуктив технологиялар натижасида ҳомиладор бўлган аёлга гестагенларни буюриш ёрдамчи репродуктив технологиялар маркази акушер-гинекологининг ҳулосаси билан амалга оширилади.

1A	Ўз-ўзидан ҳомила тушиш хавфи юқори бўлган ҳомиладор аёлга биринчи ташрифидан 20 ҳафтагача гестагенларни қабул қилиш тавсия этилади.
-----------	---

Ўз-ўзидан ҳомила тушиш хавфи юқори бўлган ҳомиладор гуруҳига 1-триместрда, анамнезида одатий ҳомила тушиш содир бўлган аёллар киради.

1A	Муддатдан олдинги туғруқ хавфи юқори бўлган аёлга ҳомиладорликнинг 22 ҳафталигидан 34 ҳафтасигача прогестерон препаратларини қабул қилиш тавсия этилади
-----------	---

1A	Rh-манфий ҳомиладор аёл, 28-ҳафталигида қонда антирезус антитаначалари аниқланмаса, ҳомиладорликнинг 28-30 ҳафтасида антирезус Rho[D] инсон иммуноглобулинини кўрсатмаларга мувофиқ дозада, мушак ичига қилиш тавсия этилади.
-----------	---

Эри/ҳамрохининг қон гуруҳи Rh-манфий бўлган ҳолда, 28-30 ҳафтада антирезус иммуноглобулин Rho[D] қилинмайди. Ҳомилада резус-манфий қон онанинг қонида айланиб юрадиган ҳомилалик ДНКсининг ҳужайрадан ташқари бўлаклари томонидан инвазив бўлмаган ҳолда аниқланса, 28-30 ҳафтада анти-резус иммуноглобулин Rho (D) қилинмайди.

4C	Қонида антирезус антитаначалари аниқланмаган Rh-манфий ҳомиладорга амниоцентез ёки хорион ворсин биопсияси ўтказиш вақтида анти-резус иммуноглобулин Rho (D) кўрсатмаларга мувофиқ дозада мушак ичига қилиш тавсия этилади.
-----------	---

Онанинг қони Rh-манфий ва ҳомиланинг қони Rh+мусбат бўлса, амниоцентез ва хорион ворсин биопсия амалиёти резус системаси бўйича онанинг резус сезувчанлигига олиб келиши мумкин.

Ҳомиладорлик вақтида эмлаш.

5C	Тропик мамлакатларга саёҳат қилишдан олдин, шунингдек, эпидемия ҳолатларида ҳомиладорга инактивланган ва ген-инженер вакциналари, анатоксинлар, орал полиовакциналар билан эмланиш тавсия этилади.
-----------	--

Ҳомиладорга тирик вакциналар қилиш қарши кўрсатма ҳисобланади. (3-жадвал).

5C	Ҳомиладорлиги грипп мавсумига тўғри келадиган аёлларга инактивланган уч валентли вакциналар тавсия этилади.
-----------	---

Маълумотлар ҳомиладор аёлларда гриппнинг тарқалиши, кечиш оғирлиги ва асоратларининг сезиларли камайишига асосланган бўлиб, янги туғилган чақалоқлар учун потенциал фойда келтиради.

3-жадвал. Ҳомиладорлик вақтида эмлаш.

Вакцина	Ҳомиладорлик вақтида қўлланилиши	Изоҳ
БЦЖ*	Йўқ	
Холера	Йўқ	Хавфсизлиги исботланмаган
Гепатит А	Ҳа, зарур ҳолларда	Хавфсизлиги исботланмаган
Гепатит В	Ҳа, зарур ҳолларда	
Грипп	Ҳа, зарур ҳолларда (грипп мавсумда)	
Япон энцефалити	Йўқ	Хавфсизлиги исботланмаган
Қизамиқ*	Йўқ	
Менингококк инфекцияси	Ҳа, зарур ҳолларда	Факат юқтириш хавфи юқори бўлганда
Эпидемик паротит*	Йўқ	
Полиомиелитга қарши орал вакцина	Ҳа, зарур ҳолларда	
Полиомиелитга қарши фаол бўлмаган вакцина	Ҳа, зарур ҳолларда	Одатда тавсия этилмайди
Кутириш	Ҳа, зарур ҳолларда	
Қизилча*	Йўқ	
Қоқшол/ дифтерия / кўк йўтал	Ҳа, зарур ҳолларда	
Тиф Ty21a*	Йўқ	Хавфсизлиги исботланмаган
Чечак касаллиги	Йўқ	
Сувчечак*	Йўқ	
Сариқ иситма*	Факат юқтириш хавфи юқори бўлганда	

* – тирик вакцина, ҳомиладорликда қарши кўрсатма.

Тиббий ёрдамни ташкил этиш.

Туғруқ муассасига госпитализация учун кўрсатмалар:

1. Туғруқ фаолиятини ривожланиши.
2. Қоғоноқ сувининг кетиши.
3. Ҳомила тушиши хавфини билдирувчи жинсий йўллардан қонли ажралма келиши.
4. Муддатдан олдинги туғруқ хавфи белгилари.
5. Нормал жойлашган йўлдошнинг кўчиш белгилари.
6. Истмико цервикал етишмовчилик белгилари.
7. Ҳомиладор аёлларнинг кунига 10 мартадан кўп қусиши ва 1-1,5 хафта давомида терапия самараси бўлмасдан тана вазнининг >3 кг камайиши.
8. Диастолик қон босимининг ≥ 110 мм симоб устуни ёки диастолик қон босимининг камида 4 соатлик интервал билан ≥ 90 мм симоб уст. бўлиши
9. Систолик қон босимининг ≥ 160 мм симоб. уст. бўлиши
10. Протеинурия (1+).
11. Полиорган етишмовчилик белгилари (бош оғриғи, кўриш бузилиши, эпигастрал оғриқ, қусиш, жигар шикастланиш белгилари, олиго/анурия, эс-хушининг бузилиши, анамнезида талвасалар, гиперрефлексия).
12. Хориоамнионит белгилари.
13. Ҳомила ўсишининг чегараланиши 2-3 даража.
14. Допплерометрия ва КТГ бўйича ҳомила функционал ҳолатининг бузилиши.
15. Ҳомиланинг она қорнида бўлиши.
16. Ўткир қорин.
17. Ўткир юқумли ва яллиғланиш касалликлари.

Ҳомиладорни тиббий ташкилотдан чиқариш учун кўрсатмалар:

1. Туғруқдан кейин.
2. Ҳомиладорлик ривожланаётганда ҳомила тушиш, муддатдан олдинги туғруқ, истмико цервикал етишмовчилик хавфи белгилари бартараф этилгандан сўнг.
3. Ҳомиладорлик ривожланаётганда ҳомиладор аёлда қусиш аломатлари энгиллашгандан кейин.
4. Ҳомиладорлик ривожланаётганда ўткир қорин сабабини тўхтатгандан сўнг.
5. Ҳомиладорлик давом қилдирилаётганда ўткир юқумли ва яллиғланишли касалликларни даволашдан кейин.

Нормал ҳомиладорликда акушер-гинекологга ташрифлар сони:

- Ҳомиладорлиги нормал кечаётган аёлнинг акушер-гинекологга ташрифи 4 дан 7 мартагачани ташкил қилади.
- Шифокорга биринчи ташриф буюриш вақт - ҳомиладорликнинг 1-триместри (10 хафтагача) ҳисобланади.
- Нормал кечаётган ҳомиладорликда тавсия қилинадиган ташрифлар сони.

Ташрифлар сони	Ҳомиладорлик муддати(хафталарда)
1	10 хафтагача
2	16
3	24
4	30
5	34
6	36
7	38-40
8	Туғруқдан кейин

Тиббий ёрдамнинг сифат мезонлари:

№	Сифат мезонлари	Баҳо
1	Ҳомиладорлик ва туғруқ муддатини аниқлаш аёлнинг биринчи ташрифида амалга оширилган.	Ҳа/йўқ
2	Ҳомиладорнинг ҳар ташрифида артериал қон босими ўлчанган.	Ҳа/йўқ
3	Бачадон туби баландлиги ҳомиладорнинг ҳар ташрифида ўлчанди ва 20 ҳафтадан кейин гравидограмма юритилган.	Ҳа/йўқ
4	Ҳомила юрак уриши ҳомиладорликнинг 20 ҳафтасидан кейин акушерлик стетоскопи ёрдамида ёки ҳомиладорнинг ҳар бир ташрифида ва ҳомиладорликнинг 12 ҳафтасидан кейин ҳомила доплеридан фойдаланиб аниқланган.	Ҳа / Йўқ
5	Ҳомиладор аёл қонида одам иммун танқислиги вируси 1/2 га М, G (IgM, IgG) синф антаначалар миқдорини ва р24антигени (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) даражасини ҳомиладорнинг 1 ташрифида ва ҳомиладорликнинг 3 триместрида аниқланган.	Ҳа / Йўқ
6	Ҳомиладорликнинг 1- ташрифида ва учинчи триместрида аёл қонида гепатита В вируси (Hepatitis B virus) нинг сиртки антигени (HBsAg) га антитаначаларни аниқлаш ёки қондаги гепатит В (Hepatitis B virus) вируси антигени (HbsAg) ни миқдори аниқланган.	Ҳа / Йўқ
7	ҳомиладорликнинг 1- ташрифида ва учинчи триместрида аёл қонида оқ трепонемага антитаначалар (Treponema pallidum) миқдорини аниқланган.	Ҳа / Йўқ
8	Ҳомиладорни ҳомиладорликнинг 35-37 ҳафталигида цервикал канал ажралмасида В гуруҳ стрептококк (S. agalactiae) антигенини миқдори аниқланган.	Ҳа / Йўқ
9	Ҳомиладорликни I ва III триместрларида ҳомиладорни қин сурмасининг микроскопик текшируви ўтказилган.	Ҳа / Йўқ
10	Ҳомиладорнинг 1- ташрифида симптомсиз бактериурияни аниқлаш сийдик ўрта порциясини бактериал патогенларга бир марталик микробиологик (культурал) текшириш учун йўлланма берилган.	Ҳа / Йўқ
11	Ҳомиладорнинг 1- ташрифида АВ0 системаси бўйича қон гуруҳини аниқлаш ва резус (резус-фактор) ситемасининг D антигени миқдори 1 марта аниқланган	Ҳа / Йўқ
12	Резус манфий қонли ҳомиладор аёлнинг 1- ташрифида резус антитаначаларни аниқлашга йўлланма бериш, агар антитаначалар мавжуд бўлмаса ҳомиладорликнинг 18-20 ҳафталигида ва 28 ҳафтасида резус антитаначалар миқдори аниқланган.	Ҳа / Йўқ
13	Ҳомиладорнинг 1- ташрифида, ҳомиладорликни II ва III триместрида умумий (клиник) қон тахлили ўтказилган.	Ҳа / Йўқ
14	Агар ҳомиладорда углевод алмашинуви бузилишлари аниқланмаса, ҳомиладорликнинг 24-28 ҳафталигида 75 г глюкоза ёрдамида перорал глюкозотолерантлик (ПГТТ) тести ўтказилган.	Ҳа / Йўқ

№	Сифат мезонлари	Баҳо
15	Ҳомиладорнинг 1- ташрифида тиреотроп гормон (ТТГ) миқдорини аниқланган.	Ҳа / Йўқ
16	Ҳомиладорнинг 1- ташрифида ва ҳомиладорликни II ва III триместрида протеинурияни аниқлаш учун сийдик таҳлили ўтказилган.	Ҳа / Йўқ
17	Ҳомиладорликнинг 11-13 ҳафтасида ҳомила скрининг ультратовуш текширувини ва биокимё скрининг текширувини ўтказилган.	Ҳа / Йўқ
18	Ҳомиладорликнинг 18-20 ⁶ ҳафтасида ҳомила скрининг ультратовуш текширируви ва бачадон бўйни ультратовуш текширувини ўтказилган.	Ҳа / Йўқ
19	Ҳомиладорга биринчи 12 ҳафталиги давомида фоллий кислотасини кунига 1000 мкг дозада қабул қилиш тавсия этилган.	Ҳа / Йўқ
20	Резус манфий қонли ҳомиладор аёл, антирезус антитаначалар аниқланмаган ҳолатда ҳомиладорликнинг 28-30 ҳафтасида антирезус Rho[D] дори воситаси кўрсатмаларга мос дозада мушак орасига қилинган.	Ҳа / Йўқ

Адабиётлар рўйхати:

1. Нормальная беременность. Клинические рекомендации (баённома 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 late-onset 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 AN, 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, Grajeda 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, Caliendo 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, Bossuyt 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.

Баённома ишлаб чиқиш услубиёти.

Ушбу клиник баённомада барча тавсиялар ишончлилик даражасига (далилларга) кўра, бу борадаги тадқиқотлар сони ва сифатига қараб жойлаштирилган

Диагностик усуллар (диагностика чоралари) учун далиллар ишонч даражасини (ДИД) баҳолаш шкаласи:

ДИД	Тавсифи
1	Рандомизацияланган тадқиқотларнинг тизимли текшируви ёки мета-таҳлил ёрдамида исботланган клиник тадқиқотларнинг тизимли текшируви
2	Мета-таҳлил ёрдамида битта рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тизимли текширувлар, тасодифий клиник тадқиқотлар бундан мустасно.
3	Маълумот усули билан кетма-кет назорат қилинмаган тадқиқотлар ёки ўрганилган усулдан мустақил бўлмаган мос ёзувлар усули билан тадқиқотлар ёки тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когортли тадқиқотлар
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Фақат ҳаракат механизми ёки эксперт хулосаси учун асос бор

Профилактика, даволаш ва реабилитация (профилактика, даволовчи, реабилитацион тадбирлар) учун далиллар ишонч даражасини баҳолаш шкаласи:

ДИД	Тавсифи
1	Мета-таҳлил ёрдамида исботланган клиник тадқиқотларни тизимли текшируви
2	Танланган исботланган клиник тадқиқотлар ва мета-таҳлил ёрдамида исботланган клиник тадқиқотлардан ташқари ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларнинг тизимли текшируви
3	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когорт тадқиқотлари
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, ҳолатлар тавсифи ёки ҳолатлар серияси, вазиятни назорат қилиш бўйича тадқиқотлар
5	Фақат аралашувнинг таъсир қилиш механизми (клиникадан олдинги тадқиқотлар) ёки эксперт хулосаси бор

Профилактика, диагностика, даволаш ва реабилитация (профилактика, диагностика, терапевтик, реабилитация тадбирлари) бўйича тавсияларнинг ишончилиги даражасини баҳолаш шкаласи:

ТИД	Тавсифи
А	Кучли тавсия (кўриб чиқилган барча самарадорлик чоралари (натижалари) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга ва уларнинг хулосалари натижалари бўйича маъқулланган)
В	Шартли тавсиялар (кўриб чиқилган барча самарадорлик чоралари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас уларнинг хулосалари натижалари бўйича мос келмаслиги мумкин)
С	Заиф тавсия (етарли сифат далилларининг йўқлиги (кўриб чиқилган барча самарадорлик чоралари (натижалари) аҳамиятсиз, барча тадқиқотлар паст услубий сифат ва хулосалари натижаларига мос келмайди)

Одий ҳомиладорликни олиб бориш учун умумлаштирилган жадвал

Текширув номи	1-триместр	2 -триместр	3 -триместр
Физикал текширувлар			
Шикоятлари ва умумий ахволини баҳолаш	1-ташрифда ва кейинги ташрифда	Ҳар ташрифда	Ҳар ташрифда
Анамнез йиғиш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	3 триместрда бир марта агар 1 ташриф бўлса
Ҳомила кимирлаши характери сўраш	-	Ҳар қабулда ҳомиладорлик 16-20 ҳафтадан кейин (Ҳомила кимирлашини сезиб бошлагандан кейин)	Ҳар ташрифда
ТЭА хавфини баҳолаш	1-ташрифда 1 марта	Бир марта	Бир марта
Акушерлик хавфи ва перинатал асоратлар гуруҳига тайинлаш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	3 триместрда бир марта агар 1 ташриф бўлса
Ҳомиладорлик муддати ва туғиш муддатини аниқлаш	1-ташрифда охириги ҳайз кўриш санаси ва ультратовуш маълумотлари	2-триместрда агар биринчи ташриф бўлса	3-триместрда агар биринчи ташриф бўлса
ТВИни ўлчаш	1-ташрифда	-	-
Оғирликни ўлчаш	-	Ҳар ташрифда	Ҳар ташрифда
Қон босимини ўлчаш	1- ва ҳар бир ташрифда	Ҳар ташрифда	Ҳар ташрифда
Сут безларини текшириш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	3 триместрда бир марта агар 1 ташриф бўлса
Гинекологик текширув	1-ташрифда 1 марта ва кўрсатмаларга кўра	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса ва кўрсатмаларга кўра	3 триместрда бир марта агар 1 ташриф бўлса ва кўрсатмаларга кўра
Қорин айланаси, бачадон туби баландлигини ўлчаш ва гравидограммани юритиш	-	Ҳар ҳафтада 20 ҳафтадан кейин	Ҳар ташрифда

Текширув номи	1-триместр	2 -триместр	3 -триместр
Ҳомила ҳолати ва қайси қисми билан ётганлигини аниқлаш	-	-	34-36 ҳафтадан сўнг ҳар ташрифда
Ҳомила юрак уриш тезлигини аниқлаш, стетоскоп билан ёки фетал доплер ёрдамида	-	Ҳар ташрифда 20 ҳафтадан сўнг стетоскоп ёрдамида ёки 12 ҳафтадан сўнг фетал доплер ёрдамида	Ҳар ташрифда
Лаборатория диагностикаси			
Қонда ВИЧ-1/2нинг М ва G антителаларини ва p24 антигенини аниқлаш учун йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	Бир марта
Қонда гепатит вируси В нинг (HbsAg) антигенларини аниқлаш учун йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	Бир марта
Қонда гепатит вируси С нинг М ва G антитаначаларини аниқлаш учун йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	Бир марта
Қонда оқ трепонема антитаначасини аниқлаш учун йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	Бир марта
В гуруҳидаги стрептококк антигенини аниқлаш учун цервикал каналдан суртма олишга йўлланма бериш	-	-	Бир марта 35-37 ҳафталарда
Микроскопик текширув учун қиндан суртма олишга йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	Бир марта
Сийдик ўрта порциясидан патоген бактерияларни микробиологик аниқлаш учун йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	3 триместрда бир марта агар 1 ташриф бўлса
Резус (Резус-фактор), АВ0 ва антиген D системаси гуруҳларини аниқлаш учун йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	3 триместрда бир марта агар 1 ташриф бўлса

Текширув номи	1-триместр	2 -триместр	3 -триместр
Резус манфий аёлларда антирезус антитаначаларини аниқлаш учун йўлланма бериш	1-ташрифда	18-20 хафтада	28 хафтада
Умумий қон тахлили (клиник) ўтказишга йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	Бир марта	Бир марта
Қоннинг биокимё тахлилини ўтказишга йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	Бир марта
Углевод алмашинуви бузилишини аниқлаш (веноз қон таркибидаги глюкоза ва гликирланган гемоглобин (HbA1c) миқдорини аниқлаш) оч коринга	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса ва 24-26 хафтада	3 триместрда бир марта агар 1 ташриф бўлса
ПГТТ ўтказиш учун йўлланма	1-ташрифда 1 марта ҳомиладорлик кандли диабети юқори хавф гуруҳида бўлса, агар углевод-сув алмашинуви бузилмаган бўлса	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса ҳомиладорлик кандли диабети юқори хавфи гуруҳида бўлса, агар углевод-сув алмашинуви бузилмаган бўлса ёки 24-28 хафтада ҳомиладорлик кандли диабети паст хавфи гуруҳида бўлса, агар углевод-сув алмашинуви бузилмаган бўлса	3 триместрда бир марта агар 1 ташриф бўлса
Коагулограмма ўтказишга йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	3 триместрда бир марта агар 1 ташриф бўлса ва туғруқдан олдин
ТТГ миқдорини аниқлашга йўлланма	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	3 триместрда бир марта агар 1 ташриф бўлса
Сийдик умумий тахлили (клиник)га йўлланма	1-ташрифда 1 марта	Бир марта	Бир марта

Текширув номи	1-триместр	2 -триместр	3 -триместр
Махсус индикаторли ихтаёкча ёрдамида сийдикда оксилни аниқлаш	-	22 ҳафтадан кейин ҳар ташрифда	Ҳар ташрифда
Бачадон бўйнидан цитологик текширув учун микропрепарат олиш (бачадон бўйни юзасидан ва цервикал каналдан)	1-ташрифда ҳомиладорликнинг ҳар қандай муддатида, агар охириги 3 йилда одам папиллома вируси манфий бўлган бўлса ва олдинги цитологик текширувлар (NILM) нормада бўлса ёки текширувдан 1 йил давомида мусбат ёки ноъмалум одам папиллома вируси-статуси бўлса ёки ҳеч бўлмаганда 1 та цитологик текширувда (ASCUC,LSIL,HSIL) патология билан даволанган бўлса		
Пренатал биокимё скринингга йўлланма	В 11-13 ⁶ ҳафта: PAPP-A и β-субъединицаси	-	-
Инструментал диагностика			
Пельвиометрия ўтказиш	-	-	Бир марта
Ҳомила УТТга юбориш	11-13 ⁶ ҳафта (1- триместр скрининги доирасида)	18-20 ⁶ ҳафта (2- триместр скрининги доирасида)	30-34 ҳафтада акушерлик ва перинатал асоратларнинг юқори хавфли гуруҳларида, гравидограмма бўйича БТБ ҳомиладорлик муддатига мос келмаслиги
Бачадон бўйни УТТ га йўлланма бериш (УЗ-цервикометрия)	-	18-20 ⁶ ҳафта (2- триместр скрининги доирасида)	-
Бачадон бўйни УТТ га йўлланма бериш (УЗ-цервикометрия)	-	15-16 ҳафтадан 24 ҳафтагача 1 марта /1-2 ҳафтадан кеч ҳомила тушишининг юқори хав гуруҳида	-
Бачадон плацентар қон айланиши ультратовуш доплерографиясига йўлланма бериш	-	18-20 ⁶ ҳафтада акушерлик ва пенинатал асоратлари юқори хавф гуруҳида	30-34 ҳафтада акушерлик ва пенинатал асоратлари юқори хавф гуруҳида
Ҳомила КТГсига йўлланма бериш	-	-	33 ҳафтада 2 ҳафта 1 марта
Тегишли мутахассислар маслаҳати			

Текширув номи	1-триместр	2 -триместр	3 -триместр
Врач-терапевт маслахатига йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	Бир марта
Врач-стоматолог маслахатига йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	Бир марта
Врач-офтальмолог маслахатига йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	3-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса
Врач-генетик маслахатига йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта хромосома ёки генетик патологияси билан туғилиш хавф гуруҳида ва/ёки 1- триместрдаги скрининг натижаларига кўра (анеуплоидия хавфи юқори ҳомила) ва/ ёки 1-триместр ультратовуш текшируви натижаларига кўра (ҳомила ривожланиш нуқсон аниқланган) ва / ёки НИПС натижаларига кўра (анеуплоидия хавфи юқори ҳомила)	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса, хромосома ёки генетик патологияси билан туғилиш хавф гуруҳида ва/ёки 1- триместрдаги скрининг натижаларига кўра (анеуплоидия хавфи юқори ҳомила) ва/ёки 1-ёки 2- триместр ультратовуш текшируви натижаларига кўра (хромосома ёки генетик патологияси билан туғилиш хавф гуруҳида, ҳомила ривожланиш нуқсон аниқланган) ва / ёки НИПС натижаларига кўра (анеуплоидия хавфи юқори ҳомила)	-
Витаминлар ва дори препаратларни тайинлаш			
Фоли кислотасини тавсия қилиш	қунига 1000 мкг перорал	-	-
Калий йодни тавсия қилиш	қунига 200 мкг перорал		

Текширув номи	1-триместр	2 -триместр	3 -триместр
Кальций кам қабул қиладиган (қунига 600 мг дан кам) преэклампсия хавфи юқори бўлган хавф гурухларига кальций препаратларини тавсия қилиш	қунига 1 г перорал		
Гиповитаминоз D хавфи юқори бўлган гурухга витамини D тавсия қилиш	қуниги 10 мкг (400 МЕ) перорально		
Преэклампсия хавфи юқори бўлган хавф гурухларига ацетилсалицил кислотасини тавсия қилиш	-	қунига 150 мг перорал	қунига 150 мг перорал 36 ҳафтагача
Ёрдамчи репродуктив технологиялардан кейинги ҳомиладорларга гестагенларни тавсия қилиш	Прогестерон 200-600 мг қунига қинга ёки Дидрогестерон 30 мг дан қунига перорал 10 ҳафтагача	Прогестерон 200-600 мг қунига қинга	-
Ўз-ўзидан ҳомила тушиши (анамнезида бирламчи ҳомила тушиши) хавфи юқори бўлган ҳомиладорларга гестагенларни тавсия қилиш	Прогестерон 200-600 мг қунига ичишга ёки 200-400 мг қинга ёки Дидрогестерон 20 мг дан қунига перорал	Прогестерон 200-600 мг қунига ичишга ёки 200-400 мг қинга ёки Дидрогестерон 20 мг дан қунига перорал 20 ҳафтагача	-
Муддатдан олдинги туғруқ хавфи юқори бўлган ҳомиладорларга прогестерона тавсия қилиш	-	Прогестерон 200 мг дан қунига қинга 22 ҳафтадан	Прогестерон 200 мг дан қунига қинга 34 ҳафтагача
Резус манфий беморга антирезус антитаначалар манфий бўлган ҳолатда антирезус Rho[D] иммуноглобулинини тавсия қилиш	-	-	28-30 ҳафтада кўрстама асосида ги дозада мушак орасига

Ҳомиладорлик пайтида тромбоэмболик асоратлар хавфини баҳолаш

Тип: баҳолаш шкаласи

Мақсад: ҳомиладорлик пайтида тромбоэмболик асоратлар хавфини баҳолаш

Таркиби:

	Баллар
Анамнез маълумотлари	
● Олдинги такрорий тромбоэмболик асоратлар	3
● Олдиндан тасдиқланмаган ёки эстроген қабул қилиш билан боғлиқ бўлган тромбоэмболик асоратлар	3
● Олдинги, қўзғатилган тромбоэмболик асоратлар	2
● Оилада тромботик касалликлар анамнези бўлиши	1
● Тромбофилия (V Leiden омилининг, протромбин G20210A гомозигот мутацияси, АТШ, S ва С оксилнинг етишмаслиги, антифосфолипид синдром)	3
Соматик омиллар	
● Ёши > 35 ёш	1
● Чекиш	1
● Семизлик ИМТ > 30	1
● Оёқ веналарининг варикоз кенгайиши	1
● Соматик касалликлар (артериал гипертензия, нефротик синдром, ёмон сифатли ўсма касалликлар, қандли диабетнинг 1-тури, актив фазадаги юқумли ва яллиғланишли касалликлар, ТҚБ (тизимли қизил бўрича), ўпка ва юрак касалликлари, ўроқсимон хужайрали анемия)	2
Акушерлик ва гинекологик омиллар	
● Анамнезида туғруқлар сони > 3	1
● Кўп ҳомилали ҳомиладорлик	1
● Енгил преэклампсия	1
● Эрта бошланган ёки оғир преэклампсия	2
● Ушбу ҳомиладорлик пайтида ҳомиланинг интранатал ўлими	2
● Ҳомиладорлик пайтида жарроҳлик аралашувлар	2
Бошқа омиллар	
● Дегидратация	1
● Узоқ муддатли имобилизация (> 4 кун)	1
ЖАМИ:	

Калит: ўртача хавф (0-2 балл), юқори хавф (≥ 3 балл).

Тушунтиришлар: Ўртача хавфда, компрессион пайпоқ кийиш тавсия этилади, юқори хавфда – компрессион пайпоқ ва фармакологик тромбопрофилактика тавсия этилади.

Ҳомиладор учун маълумот

Ҳомиладорлик - бу аёл танасида содир бўладиган ва бола туғилиши билан якунланадиган физиологик жараёндир.

Ҳомиладорликнинг бошланишидаги биринчи ва энг муҳим қадам- бу акушер-гинеколог билан маслаҳатлашув, бу вақтда ҳомиладорлик тасдиқланади ва унинг муддати аниқланади, умумий ва гинекологик текширув ўтказилади, шунингдек кейинги текширувлар режаси тузилади ва соғлом турмуш тарзи, соғлом овқатланиш, зарур витаминлар ва дори -дармонлар бўйича тавсиялар берилади (агар зарур бўлса).

Ҳомиладорлиги нормал кечаётган аёлни, акушер-гинекологга ташрифининг сони 4 дан 7 мартагача ташкил килади. Шифокорга биринчи ташрифи учун энг мақбул вақт ҳомиладорликнинг 1 триместрида (10 хафтага қадар) хисобланади. Кейинчалик ташрифлар ҳомиладорликни 16чи, 24чи, 30чи, 34чи, 36чи ва 38-40чи хафталарида тавсия қилинган.

Сиз шифокорнинг барча тавсияларига қатъий риоя қилишингиз, ўз вақтида режалаштирилган тиббий текширувдан ўтишингиз, ҳомиладорлик пайтида соғлом турмуш тарзи бўйича тавсияларга амал қилишингиз керак, яъни:

- узоқ вақт туриш ёки ҳаддан ташқари жисмоний зўриқиш билан боғлиқ ишлардан, тунда ишлашдан ва чарчокни келтириб чиқарадиган ишлардан сақланинг;
- қорин бўшлиғи шикастланиши, йиқилиш ва стрессга олиб келадиган жисмоний машқлардан сақланинг: контакт спорт турлари, курашнинг турли турлари, ракетка ва кўл тўпи спорт турлари, сув остига шўнғиш.
- етарлича жисмонан фаол бўлинг, пиёда юринг, ҳомиладор аёллар учун кунига 20-30 дақиқа жисмоний машқлар бажаринг (шикоятлар ва қарши кўрсатмалар бўлмаса),
- самолётда, айниқса узоқ масофаларга саёҳат қилиш пайтида, парвоз давомида компрессион пайпоқ кийиш, салон атрофида юриш, кўп ичимлик ичиш, алкоголь ва кофеинни истисно қилиш;
- машинада саёҳат қилишда уч нуқтали махсус хавфсизлик камаридан фойдаланинг;
- ўз вақтида эмланиш учун тропик мамлакатларга режалаштирилган саёҳат тўғрисида врачга хабар бериш;
- тўғри ва мунтазам овқатланинг: сабзавот, гўшт, балиқ, дуккакли екинлар, ёнғоқлар, мевалар ва кепакли нонларни диетага мажбурий киритиш билан оқсил, витамин ва минералларнинг мақбул таркибига эга бўлган етарли калорияли таомларни истеъмол қилинг;
- Таркибида токсикант бисфенол А борлиги сабабли, пластмасса идишларни ишлатишдан сақланинг, айниқса, озиқ-овқат ва суюқликларни иссиқлик билан ишлов беришда.
- А витаминига бой озиқ-овқат (мол гўшти, товук ўрдак жигари ва ундан олинадиган маҳсулотлар) истеъмолини камайтириш;
- кофеин истеъмол қилишни кунига 300 мг дан кам миқдорда чекланг (1,5 стакан эспрессо, ҳар бири 200 мл ёки 2 стакан капучино / лате / американ, ҳар бири 250 мл ёки 3 стакан тезкор кофе, ҳар бири 250 мл),
- пастеризация қилинмаган сут, етилган юмшоқ пишлоқ, паштет, яхши ишлов берилмаган овқатни истеъмол қилишдан сақланинг,
- агар чексангиз, чекишни ташлашга ёки кунига чекадиган сигареталар сонини камайтиришга ҳаракат қилинг,

- ҳомиладорлик пайтида, айниқса биринчи 3 ой ичида спиртли ичимликлар ичишдан сақланинг.

Ҳомиладорлик даврида сиз стрессли вазиятлардан ва ҳиссий ташвишлардан сақланишингиз керак.

Агар ўзингизни нормал ҳис қилсангиз, ҳомиладорлик пайтида жинсий алоқада бўлиш тақиқланмайди. Жинсий алоқада пайтида оғриқ, безовталиқ, қонли ажралма кузатилса, шунингдек, қинда қичишиш, ачишиш пайдо бўлса, лейкорейда, жинсий алоқани тўхтатиш ва шифокор билан маслаҳатлашиш зарур.

Шунингдек, қуйидаги шикоятларингиз бўлса, шифокорингизга мурожаат қилишингиз керак:

- кунига > 5 марта қушиш,
- 1-1,5 ҳафта ичида тана вазнининг > 3 кг камайиши,
- қон босими кўтарилиши > 120/80 мм. сим. уст,
- кўз олдида хиралашиш ёки милтиллаш каби кўриш муаммолари,
- кучли бош оғриғи,
- қориннинг пастки қисмидаги ҳар қандай характердаги оғриқлар (эзувчи, тўлғоқсимон, санчувчи ва бошқалар),
- эпигастрал соҳадаги оғриқ (ошқозонда),
- юз, қўл ёки оёқларнинг шишиши,
- генитал трактдан қонли ёки кўп миқдорда ажралмалар келиши;
- иситма 37,5 дан юқори бўлиши,
- 12 соатдан кўпроқ вақт давомида ҳомила ҳаракатининг йўқлиги ёки ўзгариши (20 ҳафталик ҳомиладорликдан кейин).

Агар сизда резус манфий қон бўлса, у ҳолда сизнинг эрингиз резус омилни аниқлаш учун анализ тошириши мақсадга мувофиқдир. Агар сизнинг эрингизнинг қони резус манфий бўлса, сизда антирезус антитаначаларни аниқлаш ва антирезус иммуноглобулинни киритиш бўйича кейинги кузатувлар талаб қилинмайди.

Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмидан бошлаб, сизга бўлажак ота -оналар учун курсларга боришингиз тавсия этилади, бу ерда сизга ҳомиладорлик пайтида юзага келадиган саволларга жавоб берилади.

Тиббий аралашувга ихтиёрий равишда розилик бериш

Тиббий аралашув - инсоннинг жисмоний ёки рухий ҳолатига таъсир қиладиган ва профилактика, тадқиқот, диагностика, терапевтик, реабилитацияга йўналтирилган, тиббий мутахассис томонидан беморга нисбатан амалга ошириладиган тиббий кўрик турлари ва (ёки) тиббий манипуляциядир.

1. Мен, _____ (беморнинг тўлиқ исми)
« ____ » _____ туғилган йили, Манзили бўйича рўйхатдан ўтган

Мен беморнинг яшаш (қолиш) жойи ёки унинг қонуний вакили)
қуйидаги ўтказиладиган тиббий аралашув учун розиликни бераман

(тиббий муассасанинг номи)

2. Менга тушунарли бўлган шаклда менга бўлажак тиббий аралашувнинг мумкин бўлган усуллари ва вариантлари, уларнинг оқибатлари, ўтказиладиган текширув, ташхис ва / ёки даволанишнинг зарурияти, мақсади ва кутилаётган натижалар, шу жумладан асоратлар еҳтимоллиги тушунтирилди. Шунингдек, тиббий аралашувдан бош тортишнинг оқибатлари ҳам.
3. Менга тиббий аралашувнинг натижаси ва натижасини аниқ башорат қилишнинг иложи йўқлиги ҳақида хабар берилди. Мен ҳар қандай даволаш ёки операция ҳаёт учун хавфли эканлигини ва вақтинчалик ёки доимий, қисман ёки тўлиқ ногиронликка олиб келиши мумкинлигини тушунаман. Тиббий аралашув натижалари бўйича ҳеч қандай кафолат йўқ.
4. Мен тиббий аралашувнинг диагностик, даволаш ва бошқа вариантлари жараёнида кутилмаган фавкулудда вазиятлар ва асоратлар пайдо бўлиши мумкинлигини тушунаман, бу мен зарур фавкулудда ҳаракатларга (такрорий операциялар ёки муолажаларга) розилик бера олмайдиган ҳолатим. Бундай ҳолатларда, шифокорларнинг хоҳишига кўра, тиббий аралашув усули ўзгартирилиши мумкин.
5. Биламан, ўтказиладиган тиббий аралашув самарадорлигини ошириш учун шифокорга соғлигим билан боғлиқ барча муаммолар ҳақида ирсият, шу жумладан аллергия ҳолатлар, озиқ-овқат маҳсулотларига ва дори воситаларига бўлган индивидуал қабул қила олмаслигим интолеранс, шунингдек, тамаки чекиш, спиртли ичимликлар ичиш, наркотик ёки токсик дорилар ҳақида айтишим зарур.
6. Мен операция пайтида қон йўқотиш бўлиши мумкинлигини ва донорлик қонини ёки унинг таркибий қисмларини қуйиш зарурлигини тушунаман, бунга мен ихтиёрий розилик бераман. Мен даволовчи врачдан қон ёки унинг таркибий қисмларини қуйиш мақсади, қон қуйиш зарурати, процедуранинг моҳияти ва хусусиятлари, юзага келиши мумкин

бўлган оқибатлар тўғрисида тушунтиришлар олдим, бу ҳолда мен барча зарур бўлган даволаш чора тадбирларни ўтказишга розилик бераман. Менга қон ва унинг таркибий қисмларини қуйишдан бош тортган тақдирда, касалликнинг еҳтимолий кечиши ҳақида огоҳлантиришди.

7. Мен ўзимнинг даволаш-диагностика жараёнимни ҳар қандай техник воситалардан фойдаланган ҳолда, ҳар қандай ахборот воситаларида ёзиб олишга, шунингдек диагностика ва даволаш мақсадида биологик материаллар намуналарини олишга, шу жумладан хужайралар, тўқималар, биологик суюқликларни олишга розилик билдираман.
8. Менга тиббий ёрдам кўрсатишда профилактика, ташхис, даволаш ва реабилитациянинг бир ёки бир нечта усулларидадан воз кечиш ёки уни (уларнинг) тўхтатилишини талаб қилиш ҳуқуқига ега эканлигим тушунтирилди, шунингдек бундай рад етишнинг бўлиши мумкин бўлган оқибатларини тушунтиришди.
9. Мен касаллигим, бу касалликнинг кечиши ва давоси ҳақида маълумот беришингизга рухсат бераман:

(ишончли вакиллар)

10. Мен ушбу ҳужжатнинг барча пунктлари билан танишман, улар менга тушунарли, нима ҳақида қуйида имзоланганлигимдан далолат беради.

Имзо

Сана «_____» _____



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ «НОРМАЛЬНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ»

ТАШКЕНТ 2021

Вводная часть

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

Оглавление

Состав рабочей группы	54
Введение	56
Список сокращений	57
Определение, этиология, эпидемиология.....	58
Коды по МКБ-10.....	58
Диагностика	59
Критерии установления диагноза	59
Жалобы и анамнез.....	59
Физикальное обследование.....	61
Лабораторные диагностические исследования.....	64
Инструментальные диагностические исследования	67
Иные диагностические исследования	68
Лечение	70
Немедикаментозные методы коррекции жалоб, возникающих во время нормальной беременности.....	70
Медикаментозные методы коррекции жалоб, возникающих во время нормальной беременности.....	70
Назначение витаминов и пищевых добавок.....	71
Реабилитация.....	72
Профилактика	72
Рекомендации по исключению факторов риска для профилактики осложнений беременности.....	72
Медикаментозная профилактика развития осложнений беременности у пациенток групп высокого риска развития акушерских и перинатальных осложнений при нормальном течении настоящей беременности.....	74
Вакцинация во время беременности	75
Организация медицинской помощи.....	77
Критерии качества медицинской помощи.....	78
Список литературы	80
Приложение 1. Методология разработки протокола.....	84
Приложение 2. Суммарная таблица по ведению нормальной беременности.....	86
Приложение 3. Оценка риска ТЭО во время беременности.....	92
Приложение 4. Информация для пациента	93
Приложение 5. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство	95

Состав рабочей группы:

Руководители рабочей группы

Абдуллаева Л.М., д.м.н.	Главный акушер-гинеколог Министерства Здравоохранения республики Узбекистан
Юсупов У.Ю., д.м.н., профессор	РСНПМЦАГ, научный руководитель акушерского блока
Надырханова Н.С., д.м.н.	РСНПМЦАГ, директор
Асатова М.М., д.м.н., профессор	ЦРПКМР, зав кафедрой акушерства- гинекологии и перинатальной медицины
Уринбаева Н.А., д.м.н.	РПЦ, директор

Ответственные исполнители

Султанов С.Н., д.м.н., профессор	РПЦ
Джаббарова Ю.К., д.м.н., профессор	РПЦ
Алиева Д.А., д.м.н., профессор	РСНПМЦАГ
Ким Ё.Д., д.м.н., профессор	РСНПМЦАГ, анестезиолог-реаниматолог
Каримов З.Д., д.м.н., профессор	Ташкентский ГПЦ, директор
Иргашева С.У., д.м.н.	РСНПМЦАГ
Матякубова С.А., д.м.н.	Хорезмский филиал РСНПМЦАГ, директор
Усмонов С.К., ведущий специалист	Национальная палата инновационного здравоохранения Республики Узбекистан.
Абидов А.К., к.м.н.	РСНПМЦАГ, анестезиолог-реаниматолог
Нишанова Ф.П., к.м.н.	РСНПМЦАГ
Микиртгичев К.Д., к.м.н.	РСНПМЦАГ
Ашурова В.И., к.м.н.	РСНПМЦАГ
Сапаров А.Б., к.м.н.	РСНПМЦАГ
Абидов А.К., к.м.н.	РСНПМЦАГ, анестезиолог-реаниматолог
Бабажанова Ш.Д., к.м.н.	РПЦ
Тараян С.К., к.м.н.	РПЦ, анестезиолог-реаниматолог
Умарова Н.М., к.м.н.	РПЦ
Мухамедова У.Ю., к.м.н.	РПЦ
Джураев Ф.С.	РСНПМЦАГ, анестезиолог-реаниматолог
Арифханова З.А.	РПЦ
Абдураимов Т.Ф.	РСНПМЦАГ
Насретдинова Д.Б., к.м.н.	Андижанский филиал РСНПМЦАГ, директор
Гаффаров Ф.Б.	Навоинский филиал РСНПМЦАГ, директор
Курбанов П.Х.	Сурхандарьинский филиал РСНПМЦАГ, директор
Суяркулова М.Э., к.м.н.	Ферганский филиал РСНПМЦАГ, директор
Шодмонов Н.М., к.м.н.	Джиззакский филиал РСНПМЦАГ, директор
Норкулова М.А., к.м.н.	Кашкадарьинский филиал РСНПМЦАГ, директор
Бабажанов М.А.	Филиал РСНПМЦАГ РК, директор

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:

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

Определение.

- **Нормальная беременность** – одноплодная беременность плодом без генетической патологии или пороков развития, длящаяся 37-41⁶ 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 абортными 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	Аntenатальный скрининг для выявления хромосомных аномалий
Z36.3	Аntenатальный 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, тромбоэмболические 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 аборт, весоростовые показатели и состояние здоровья рожденных детей, способ достижения беременности – самопроизвольная беременность или беременность в результате ВРТ),
- перенесенные и имеющиеся гинекологические заболевания, оперативные вмешательства на органах малого таза, перенесенные и имеющиеся соматические заболевания (в частности, детские инфекции, заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания почек, эндокринные заболевания, аллергические заболевания, ТЭО и др.),
- наличие травм, оперативных вмешательств и переливаний крови в анамнезе,
- 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, длящиеся до минуты, не имеющие регулярного характера).

- **Изжога** (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь) во время беременности наблюдается в 20-80% случаев. Чаще она развивается в 3-м триместре беременности. Изжога возникает вследствие релаксации нижнего пищеводного сфинктера, снижения внутрипищеводного давления, и одновременном повышении внутрибрюшного и внутрижелудочного давления, что приводит к повторяющемуся забросу желудочного и/или дуоденального содержимого в пищевод.
- **Запоры** – наиболее распространенная патология кишечника при беременности, возникает в 30-40% наблюдений. Запоры связаны с нарушением пассажа по толстой кишке и характеризуются частотой стула менее 3-х раз в неделю. 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 беременности является увеличение нагрузки на спину в связи с увеличением живота и смещением центра тяжести, и снижение тонуса мышц под влиянием релаксина.
- Распространенность **боли в лобке** во время беременности составляет 0,03-3%, и возникает, как правило, на поздних сроках беременности.
- **Синдром запястного канала (карпальный туннельный синдром)** во время беременности возникает в 21-62% случаев в результате сдавления срединного нерва в запястном канале, и характеризуется ощущением покалывания, жгучей болью, онемением руки, а также снижением чувствительности и моторной функции кисти.

Физикальное обследование.

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 ²) 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 (≥30 кг/м ²)	5 - 9	0,22

5С	Рекомендуется измерять артериальное давление (АД) и пульс при каждом визите беременной
	Регулярное измерение АД проводится с целью ранней диагностики гипертензивных осложнений беременности.
4С	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.
4С	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.
5С	Не рекомендуется регулярно пальпировать молочные железы во время беременности
4С	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.
4С	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.
2В	Рекомендуется измерять окружность живота (ОЖ), высоту дна матки (ВДМ) и ведение гравидограммы при каждом визите беременной после 20 недель беременности

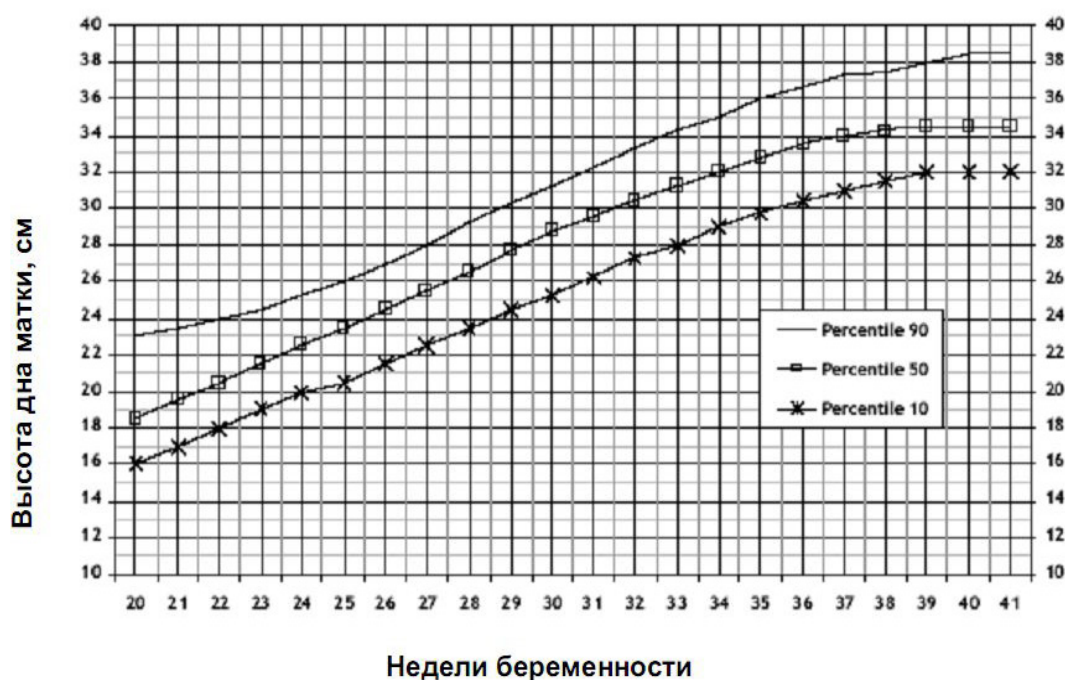
Таблица 2. Соответствие ВДМ сроку беременности

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.

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 доплера для подтверждения жизнедеятельности плода При отсутствии или нарушении ЧСС плода (тахикардия, 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 М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека-1/2 (далее – ВИЧ) и антигена р24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови при 1-м визите и в 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 М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови при 1-м визите и в 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 (<i>Treponema pallidum</i>) 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 М (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 М (IgM) к токсоплазме (<i>Toxoplasma gondii</i>) 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, исключить контакт с кошками.

5С	Не рекомендуется рутинно направлять беременную на определение антител классов М, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови во время беременности
<p>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.</p>	
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
<p>Данное исследование имеет низкую специфичность, большую долю ложноположительных результатов и, как следствие, приводит к необоснованной терапии ВПГ-инфекции.</p>	
1В	Рекомендуется направлять беременную на определение антигена стрептококка группы В (<i>S. agalactiae</i>) в отделяемом цервикального канала в 35-37 недель беременности
<p>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.</p>	
3В	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
<p>Рутинно направлять беременную на молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>, <i>Trichomonas vaginalis</i>, <i>Chlamydia trachomatis</i>, <i>Mycoplasma genitalium</i>), 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.</p>	
1А	Не рекомендуется рутинно направлять беременную на определение ДНК <i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Atopobium vaginae</i> , <i>Lactobacillus</i> spp. 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>)
1А	Рекомендуется направлять беременную на микробиологическое (культуральное) исследование средней порции мочи на бактериальные патогены однократно на выявление бессимптомной бактериурии при 1-м визите
<p>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).</p>	
1В	Рекомендуется направлять беременную на определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор) однократно при 1-м визите

1В	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.

4С	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 ≥ 110 г/л, в 3-м триместре – ≥ 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 группы высокого риска на ГСД 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 ≥ 30 кг/м², 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 (ориентировочного 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.

2A	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 ТТГ ≥ 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 ≥ 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 экстра эмбриональных 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 аускультации 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 доплерографии маточно-плацентарного кровотока во время 2-го УЗИ (при сроке беременности 18-20 ⁶ 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 доплерографии 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).

5C	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.

1A	Рекомендуется направлять беременную в 11-13 ⁶ недель беременности на проведение скрининга 1-го триместра, который включает комбинацию УЗИ толщины воротникового пространства (ТВП), исследования уровня хорионического гонадотропина в крови (ХГ) и исследования уровня белка А, связанного с беременностью, в крови (РАРР-А) с последующим программным расчетом индивидуального риска рождения ребенка с хромосомной патологией
-----------	---

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

1C	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 неконъюгированного 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.

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

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

Лечение.

Немедикаментозные методы коррекции жалоб, возникающих во время нормальной беременности.

2B	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.

5C	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.

2A	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.

2B	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.

1A	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.

5C	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.

2B	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.

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

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

1A	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.

Назначение витаминов и пищевых добавок.

1A	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
-----------	--

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

5C	Беременной рекомендуется назначить пероральный прием препаратов йода (калия йодида) на протяжении всей беременности в дозе 200 мкг в день
-----------	---

1B	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.

1B	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 ≥ 30 кг/м².

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 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 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 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.

2A 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 ≥ 30 кг/м²) составляют группу высокого риска перинатальных осложнений: самопроизвольного выкидыша, ГСД, гипертензивных расстройств, ПР, оперативного родоразрешения, антенатальной и интранатальной гибели плода, ТЭО. Беременные с ИМТ ≤ 20 кг/м² составляют группу высокого риска ЗРП.

2B 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.

5C 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.

2B 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 должны быть даны рекомендации по правильному питанию, такие как, снижение потребления пищи, богатой витамином А (например, говяжьей, 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 групп 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
-----------	--

1A	Резус-отрицательной беременной с невыявленным 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.

4C	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 сенсibilизации матери по системе резус в случае, если кровь матери резус-отрицательная, а кровь плода – резус-положительная.

Вакцинация во время беременности.

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

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

5C	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 ≥ 110 мм рт. ст. или двукратное повышение диастолического АД ≥ 90 мм рт. ст. с интервалом не менее 4 часов.
9. Повышение систолического АД ≥ 160 мм рт. ст.
10. Протеинурия (1+).
11. Симптомы полиорганной недостаточности (головная боль, нарушения зрения, боли в эпигастрии, рвота, симптомы поражения печени, олигоанурия, нарушения сознания, судороги в анамнезе, гиперрефлексия).
12. Признаки хориоамнионита.
13. ЗРП 2-3 степени.
14. Нарушение функционального состояния плода по данным доплерометрии 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).

Рекомендуемый график посещений при нормально протекающей беременности:

Кратность посещений	Срок беременности в неделях
1	До 10 недель
2	16
3	24
4	30
5	34
6	36
7	38-40
8	После родов

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 беременности	Да / Нет
4	Проведено определение частоты сердцебиения плода при помощи акушерского стетоскопа после 20 недель беременности или при помощи фетального доплера после 12 недель беременности при каждом визите беременной	Да / Нет
5	Выполнено направление беременной на исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека-1/2 (далее – ВИЧ) и антигена р24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agr24) 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

№	Критерии качества	Оценка
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 тиреотропного гормона (ТТГ) в крови однократно при 1-м визите	Да / Нет
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 ⁶ недель	Да / Нет
19	Проведено назначение перорального приема фолиевой кислоты беременной 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 late-onset 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 AN, 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, Grajeda 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, Bossuyt 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
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	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)
С	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)

Суммарная таблица по ведению нормальной беременности

Наименование исследования	1-й триместр	2-й триместр	3-й триместр
Физикальное обследование			
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 триместре	Однократно в случае 1-го визита в 3-м триместре
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 триместре	При 1-м визите в случае 1-го визита в 3-м триместре
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 триместре	Однократно в случае 1-го визита в 3-м триместре
Гинекологический осмотр	Однократно при 1-м визите и по показаниям	Однократно в случае 1-го визита во 2-м триместре и по показаниям	Однократно в случае 1-го визита в 3-м триместре 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 с помощью стетоскопа или фетального доплера	-	При каждом визите после 20 недель при помощи акушерского стетоскопа или после 12 недель при помощи фетального доплера	При каждом визите
Лабораторная диагностика			
Направление на исследование уровня антител классов М, G к ВИЧ-1/2 и антигена р24 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 М и G к вирусу гепатита С 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 групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор)	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 антитирезусных 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 гликированного 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 триметре	Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита в 3-м 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 одним патологическом предыдущем цитологическом исследовании (ASCUS, LSIL, HSIL) вне зависимости от проведения терапии в анамнезе.		
Направление на Пренатальный биохимический скрининг	В 11-13 ⁶ недель: PAPP-A и β-субъединица ХГ	-	-
Инструментальная диагностика			
Проведение пельвиометрии	-	-	Однократно
Направление на УЗИ плода	В 11-13 ⁶ недель (в составе скрининга 1-го триместра)	В 18-20 ⁶ 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 ⁶ 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 доплерографию маточно-плацентарного кровотока	-	В 18-20 ⁶ 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
Консультации смежных специалистов			
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 хромосомной 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 хромосомной 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 хромосомной и генной патологии плода или выявлении пороков развития плода), и/или по результатам НИПС (при высоком риске анеуплоидии плода)	-
Назначение витаминов и лекарственных препаратов			
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 с отрицательным уровнем антирезусных антител	-	-	В дозе, согласно инструкции к препарату, внутримышечно в 28-30 недель

Оценка риска ТЭО во время беременности

Тип: шкала оценки

Назначение: оценка риска тромбоэмболических осложнений во время беременности

Содержание:

	Баллы
Анамнестические данные	
● 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
Соматические факторы	
● Возраст > 35 лет	1
● Курение	1
● Ожирение ИМТ > 30	1
● Варикозное расширение вен ног	1
● Соматические заболевания (артериальная гипертензия, нефротический синдром, злокачественные заболевания, сахарный диабет I типа, инфекционно-воспалительные заболевания в активной фазе, СКВ, заболевания легких и сердца, серповидно-клеточная анемия)	2
Акушерско-гинекологические факторы	
● Роды в анамнезе ≥ 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
Другие факторы	
● Дегидратация	1
● Длительная иммобилизация (> 4 суток)	1
ИТОГО:	

Ключ: умеренный риск (0-2 балла), высокий риск (≥ 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). Далее показаны визиты в 16, 24, 30, 34, 36 и 38-40 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 (говяжьей, куриной утиной печени и продуктов из нее),
- ограничить потребление кофеина менее 300 мг/сутки (1,5 чашки эспрессо по 200 мл или 2 чашки капучино/лате/американо по 250 мл, или 3 чашки растворимого кофе по 250 мл),

- избегать употребления в пищу непастеризованное молоко, созревшие мягкие сыры, паштеты, плохо термически обработанную пищу,
- если Вы курите, постараться бросить курить или снизить число выкуриваемых в день сигарет,
- избегать приема алкоголя во время беременности, особенно в первые 3 месяца.

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

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 жидких 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 выявление антирезусных антител и введение антирезусного иммуноглобулина не потребуются.

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

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.

Примечания к протоколу «Нормальная беременность».

К сведению пользователей.

Национальный клинический протокол «Нормальная беременность» утвержден приказом Министра Здравоохранения Республики Узбекистан №273 от 30 ноября 2021 года.

Однако, 13 декабря 2021 года были получены заключения эксперта ВОЗ Тинатин Гагуа (Грузия) с клиническими рекомендациями Всемирной организации здравоохранения.

Считаем необходимым представить эти рекомендации, так как они могут быть важными и полезными при принятии решений в работе с клиническими протоколами.

Все рекомендации эксперта ВОЗ публикуются без изменений с нашей стороны.

Рубрика протокола	Рекомендации
Жалобы и анамнез	<ul style="list-style-type: none"> ● Во время первого дородового приёма или при первой же возможности, когда она останется одна, спросите женщину в деликатной манере о домашнем насилии. ● Убедитесь, что есть возможность провести личное обсуждение. ● Обратите внимание на предыдущие или текущие проблемы психического здоровья, такие как депрессия, беспокойство, тяжелое психическое заболевание, психологическая травма или психиатрическое лечение, для выявления возможных проблем психического здоровья. ● Во время первого дородового приёма или при первой же возможности, направьте женщину на клиническое обследование к врачу для выявления сердечных заболеваний, если есть опасения, основанные на личном или семейном анамнезе беременной.
Физикальное исследование	<p>Беременной группы высокого риска преэклампсии (ПЭ) рекомендуется назначить ежедневный мониторинг АД на протяжении всей беременности.</p> <p>К группе высокого риска ПЭ относятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> – артериальная гипертензия при предыдущей беременности – хроническая артериальная гипертензия – хроническая болезнь почек – сахарный диабет – аутоиммунное заболевание <p>Бимануальное обследование во время физиологически протекающей беременности не рекомендуется.</p> <p>Подсчет суточного числа шевелений плода, например, такими методами, как т.н. «счет до десяти», рекомендуется только в рамках научных исследований. Рекомендуется проводить опрос беременной по поводу характера шевелений, например, чувствует ли она уменьшение шевелений.</p>

Рубрика протокола	Рекомендации
<p>Лабораторные диагностические исследования</p> <p>Инструментальные диагностические исследования</p>	<p>Определение антител класса М (IgM) к вирусу краснухи (Rubella virus) в крови однократно при 1-м визите при отсутствии клинической картины экономически неэффективно (нерентабельно) и обычно не рекомендуется.</p>
	<p>Определение антигена стрептококка группы В (S. agalactiae) в 35-37 недель беременности проводится в отделяемом цервикального канала или в посеве ректо-вагинального содержимого.</p>
	<p>Микроскопическое исследование влагалищных мазков при отсутствии симптомов во время беременности (патологическое отделяемое, зуд, жжение, боли) не рекомендуется.</p>
	<p>Биохимический анализ крови при нормально протекающей беременности имеет клинической ценности и нерентабелен.</p>
	<p>Если женщина подвержена риску гестационного диабета, предложите направление на пероральный тест на толерантность к глюкозе, который будет проходить между 24⁺⁰ неделями и 28⁺⁰ неделями беременностями.</p> <p>В группу риска на гестационный диабет входят:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ИМТ более 30 кг/м² ● Предыдущий макросомный ребенок массой 4,5 кг и более ● Предыдущий гестационный диабет ● Семейный анамнез диабета (родственник первой степени с диабетом) ● Этническая принадлежность с высокой распространенностью диабета.
	<p>Коагулограмма не имеет клинического значения при нормально протекающей беременности и является основой дополнительной беспочвенной медикации.</p>
	<p>Общий анализ мочи не имеет клинического значения при нормально протекающей беременности и является основой дополнительной беспочвенной медикации.</p>
	<p>Пельвиометрия во время беременности не имеет клинического значения и не рекомендуется</p>
	<p>Рутинный мониторинг не рекомендуется КТГ при нормально протекающей беременности не рекомендуется. Он показан, если диагностировано ограничение внутриутробного развития или есть другие проблемы со здоровьем плода.</p>
	<p>Предложите беременным женщинам пройти ультразвуковое исследование между 11⁺² неделями и 14⁺¹ неделями, чтобы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● определить срок беременности ● выявить многоплодную беременность ● и, при желании, обследование на синдром Дауна, синдром Эдвардса и синдром Патау

Рубрика протокола	Рекомендации
Назначение витаминов и пищевых добавок	<p>В случаях, если ежедневный прием железа невозможен в связи с побочными эффектами, а также в категориях населения, где распространенность анемии у женщин не превышает 20%, беременным женщинам рекомендовано назначать прием пероральных добавок с железом и фолиевой кислотой с содержанием 120 мг элементарного железа и 2800 мкг (2,8 мг) фолиевой кислоты один раз в неделю как средство улучшения исходов беременности и родов.</p>
	<p>Беременным женщинам рекомендовано назначать пероральные добавки с железом и фолиевой кислотой с содержанием 30-60 мг элементарного железа и 400 мкг (0,4 мг) фолиевой кислоты ежедневно для профилактики анемии, послеродового сепсиса, рождения маловесного ребенка и преждевременных родов. Заместительная терапия низкими дозами железа значительно снижает тяжелую анемию во 2-м и 3-м триместрах</p>
	<p>В группах населения со сниженным уровнем потребления кальция с пищей беременным женщинам рекомендуется назначать ежедневный прием пищевых добавок с кальцием (1,5-2 г элементарного кальция перорально) для снижения риска преэклампсии.</p>
	<p>Назначение беременным женщинам добавок с витамином D не рекомендовано как средство улучшения исходов беременности и родов</p>
Рекомендации по исключению факторов риска для профилактики осложнений беременности	<p>Беременной должны быть даны рекомендации по переходу на другой режим работы, по возможности, не связанной с длительным стоянием или с излишней физической нагрузкой, работой в ночное время и работой, вызывающей усталость</p>
	<p>Рекомендуется консультирование по вопросам здорового питания и ведения активного образа жизни во время беременности, что позволит беременным женщинам оставаться здоровыми и избежать избыточного набора веса:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● в группах населения, страдающих от недоедания, рекомендуется ведение просветительской работы среди беременных женщин по вопросу о необходимости повышения энергетической ценности их ежедневного рациона и содержания в нем белка в целях снижения риска рождения маловесных детей. ● в группах населения, страдающих от недоедания, рекомендуется обогащение рациона беременных женщин сбалансированными белково-энергетическими добавками для снижения риска мертворождения и рождения ребенка, маленького для гестационного возраста. ● в группах населения, страдающих от недоедания, избыточное белковое обогащение рациона питания беременных женщин не рекомендовано как средство улучшения исходов беременности и родов.

Рубрика протокола	Рекомендации
Медикаментозная профилактика развития осложнений беременности у пациенток групп высокого риска развития акушерских и перинатальных осложнений при нормальном течении настоящей беременности	<p>Рутинное назначение прогестерона при нормально протекающей беременности и одном самопроизвольном аборте в анамнезе не имеет большой клинической ценности и не рекомендуется.</p>
Консультации смежных специалистов	<p>Не рекомендуется рутинное направление беременных на консультацию врача-офтальмолога</p>