

## СОДЕРЖАНИЕ

Коллектив редакторов-составителей.....	5
Предисловие .....	6
Список сокращений и условных обозначений.....	9
Введение.....	11
Нормальная беременность .....	14
Многоплодная беременность .....	27
Выкидыш (самопроизвольный аборт).....	50
Привычный выкидыш .....	59
Внематочная (эктопическая) беременность.....	65
Венозные осложнения во время беременности и послеродовом периоде. Акушерская тромбоэмболия .....	73
Инфекция мочевыводящих путей при беременности .....	96
Истмико-цервикальная недостаточность .....	106
Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и в послеродовом периоде.....	111
Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода.....	117
Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде .....	123
Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери (задержка роста плода) .....	139
Патологическое прикрепление плаценты (предлежание и вращение плаценты) .....	145
Инфекции амниотической полости и плодных оболочек (хориоамнионит) .....	155
Неудачная попытка стимуляции родов (подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение) .....	160

Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды) . . . . .	172
Тазовое предлежание плода . . . . .	177
Оперативные влагалищные роды (роды одноплодные, родоразрешение с наложением щипцов или с применением вакуум-экстрактора) . . . . .	184
Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения . . . . .	192
Преждевременные роды . . . . .	202
Медицинская помощь матери при установленном или предполагаемом несоответствии размеров таза и плода. Лицевое, лобное или подбородочное предлежание плода, требующее предоставления медицинской помощи матери . . . . .	208
Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери . . . . .	215
Затрудненные роды (дистоция) вследствие предлежания плечика . . .	226
Разрывы промежности при родоразрешении и другие акушерские травмы (акушерский травматизм) . . . . .	233
Послеродовое кровотечение . . . . .	247
Эмболия амниотической жидкостью . . . . .	263

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Клинические рекомендации (Clinical Practice Guidelines — CPG) являются фундаментальным основанием медицинской практики и используются в большинстве стран мира уже на протяжении нескольких десятилетий. Клинические рекомендации — это систематически разрабатываемые документы, адресованные практикующим врачам и содержащие разъяснения по вопросам оказания надлежащей медицинской помощи в конкретной клинической ситуации. В России широкое внедрение клинических рекомендаций по оказанию медицинской помощи для практикующих врачей началось около 20 лет назад, и в настоящее время Минздравом России проводится активная работа по законодательной регламентации разработки и применения клинических рекомендаций.

Цель создания клинических рекомендаций — обеспечение принятия врачом клинически корректных легитимных решений, способствующих повышению качества оказания медицинской помощи при заболеваниях/ состояниях с учетом новейших клинических данных и принципов доказательной медицины.

Перед вами сборник сокращенных версий клинических рекомендаций, который содержит информацию о наиболее распространенных в акушерстве заболеваниях и синдромах. Текст включенных в сборник рекомендаций актуален на момент сдачи издания в печать.

С учетом большого объема утвержденных клинических рекомендаций было принято решение об их представлении в сокращенном формате для удобства использования в ежедневной акушерской практике. Доступ к клиническим рекомендациям в полном объеме возможен посредством QR-кодов и на сайте <https://cr.minzdrav.gov.ru>. Все ссылки актуальны на момент публикации, однако мы не можем гарантировать их работоспособность в дальнейшем, учитывая постоянное обновление информации.

С 1 января 2021 г. оказание медицинской помощи в России регламентируется:

- Приказом Минздрава России от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”» (действует до 1 января 2027 г.);
- клиническими рекомендациями, которые размещаются в рубрикаторе после утверждения научно-практическим советом Минздрава России при их соответствии установленным требованиям согласно Приказу № 103н от 28 февраля 2019 г. «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их струк-

туре, составе и научной обоснованности, включаемой в клинические рекомендации информации».

С 2021 г. клинические рекомендации — основа организации и оказания медицинской помощи в РФ. Клинические рекомендации пересматриваются не реже 1 раза в 3 года и не чаще 1 раза в 6 мес.

Рубрикатор — ресурс Минздрава России, в котором размещаются клинические рекомендации, разработанные и утвержденные медицинскими профессиональными некоммерческими организациями РФ, а также методические руководства, номенклатуры, справочники и другие справочные материалы, связанные с клиническими рекомендациями. Рубрикатор создан в целях обеспечения доступа медицинских работников к клиническим рекомендациям, разработанным в соответствии с законодательством РФ и принципами доказательной медицины.

Клинические рекомендации — документы, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения (протоколы лечения) пациента, варианты медицинского вмешательства и описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи (пункт 23 части 2 Федерального закона № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

Согласно приказу научно-практическим советом Минздрава России формируются рабочие группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций. В состав рабочих групп могут привлекаться специалисты, участвующие в оказании медицинской помощи при заболевании или состоянии (группе заболеваний или состояний), по которым разрабатываются клинические рекомендации, научные работники, специалисты в области доказательной медицины, социальные работники, юристы, представители страховых медицинских организаций и защитники прав пациентов, специалисты в области информационных технологий и международные консультанты.

Медицинским работникам следует придерживаться рекомендаций в процессе принятия клинических решений для обеспечения пациента наиболее эффективной и безопасной медицинской помощью. В то же время клинические рекомендации не могут заменить профессиональное и клиническое мышление медицинских работников: врач должен оценивать потенциальную пользу и риск для пациента от применения медицин-

ских вмешательств, указанных в клинических рекомендациях, с учетом индивидуальных особенностей пациента.

Медицинские работники несут ответственность в отношении исполнения всех надлежащих требований и правил в рамках выполнения профессиональной деятельности.

В настоящее время Общероссийская общественная организация содействия охране материнства и детства «Российское общество акушеров-гинекологов», ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России при совместном сотрудничестве с общественными организациями Ассоциацией анестезиологов-реаниматологов, Ассоциацией акушерских анестезиологов-реаниматологов, Российской ассоциацией специалистов перинатальной медицины разрабатывают клинические рекомендации, проекты которых постоянно находятся на обсуждении с органами управления здравоохранением всех субъектов РФ.

В данном издании представлены актуальные на момент сдачи издания в печать краткие версии 26 клинических рекомендаций, утвержденных научно-практическим советом Минздрава России, по основным вопросам перинатального акушерства.

Краткие версии клинических рекомендаций по акушерству одобрены и рекомендованы к изданию Общероссийской общественной организацией содействия охране материнства и детства «Российское общество акушеров-гинекологов».

**Кан Наталья Енқыновна,**  
профессор, заслуженный деятель науки РФ  
**Тютюнник Виктор Леонидович,**  
профессор, заслуженный врач РФ

## ВВЕДЕНИЕ

Первые клинические рекомендации появились еще в 1930-е гг., однако существенно их количество возросло в конце XX в., когда появились электронные средства коммуникации и объем потока научных данных превысил возможность их обработки отдельным специалистом.

Ключевым событием в истории клинических рекомендаций считается решение Конгресса США о создании Агентства по политике и исследованиям в области здравоохранения (Agency for Health Care Policy and Research), позже переименованного в Агентство по исследованиям и качеству в области здравоохранения (Agency for Healthcare Research and Quality), а также определение Институтом медицины США (Institute of Medicine) принципов разработки клинических рекомендаций в 1989–1990 гг. Данный документ имел официальный статус и содержал основные требования к структуре, включая обязательное приведение доказательной базы (результаты проведенных клинических исследований) для каждого рекомендуемого медицинского вмешательства, в нем было дано следующее определение: «Клинические рекомендации – систематически разрабатываемые документы, помогающие врачам и пациентам принимать решения о надлежащем медицинском обслуживании при конкретных клинических обстоятельствах». Основные цели клинических рекомендаций были определены как помощь в принятии клинических решений, обучение, оценка и обеспечение качества медицинской помощи, руководство для распределения ресурсов здравоохранения, снижение риска юридической ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи. Повышенный спрос вызвал активность научных сообществ различных профилей и уровней и привел к массивному выбросу клинических рекомендаций, которые отвечали заявленным целям далеко не всегда.

В странах Европы (Англии, Франции, Голландии и др.) в это же время также росла потребность в национальных клинических рекомендациях для создания единых стандартов оказания медицинской помощи и оптимизации систем здравоохранения, что дало толчок развитию института клинических рекомендаций во многих странах. В результате проведенного в 1999 г. сбора сведений об использовании клинических рекомендаций в разных странах было установлено, что они внедрены в систему здравоохранения США, Великобритании, Голландии, Франции, Канады, Австралии, Новой Зеландии и многих других.

В РФ широкое внедрение клинических рекомендаций по оказанию медицинской помощи для практикующих врачей началось >20 лет назад, и в настоящее время Минздравом России проводится активная работа по законодательной регламентации разработки и применения клинических рекомендаций. До 2019 г. РФ относилась к странам, в которых про-

фессиональные организации разрабатывали клинические рекомендации без единого механизма координации.

Однако с вступлением в силу поправок к Федеральному закону № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» в стране появится единый центральный регулирующий орган — научно-практический совет Минздрава России. Внесенные изменения позволят гармонизировать существующие нормативные и рекомендательные документы по вопросам оказания медицинской помощи. Клинические рекомендации будут применяться врачом при оказании медицинской помощи пациенту, при этом руководители медицинских организаций должны будут обеспечить условия для их применения в соответствии с обязательными для исполнения на всей территории РФ порядками оказания медицинской помощи, определяющими этапность данного процесса и оснащенность медицинских организаций (их структурных подразделений). Контроль оказания медицинской помощи будет осуществляться с применением критериев оценки качества, разрабатываемых на базе клинических рекомендаций и порядков оказания медицинской помощи.

Таким образом, в текущих реалиях усиление роли клинических рекомендаций следует рассматривать как стратегию, направленную на повышение качества медицинской помощи. Повсеместное их внедрение должно оказать позитивное влияние как на повседневную клиническую практику, так и на процедуру экспертизы качества медицинской помощи, а также предоставить обоснование для экономических расчетов затрат на здравоохранение. Выполнение клинических рекомендаций позволит оказывать всем пациентам идентичный объем медицинской помощи вне зависимости от лечащего врача и региона проживания. Для практикующих врачей клинические рекомендации должны стать инструментом помощи для принятия решений в отношении тактики ведения пациентов, так как доказательно обоснованный подход предоставляет клиницисту информацию о наиболее эффективных методах диагностики, профилактики и лечения.

Важно, чтобы клиницисты понимали, что внедрение клинических рекомендаций принесет пользу в их практической работе, будет способствовать обучению специалистов, облегчит процесс принятия правильных решений и защитит врачей. Более того, процесс разработки единых клинических рекомендаций по отдельным нозологиям способствует открытому диалогу специалистов, более активному участию врачей в работе профессиональных медицинских ассоциаций и повышению роли медицинских профессиональных организаций в системе российского здравоохранения.

С 2021 г. клинические рекомендации — основа организации и оказания медицинской помощи в РФ. Клинические рекомендации пересматриваются не реже 1 раза в 3 года и не чаще 1 раза в 6 мес.

Авторы надеются, что данное издание, в котором представлены краткие версии, актуальные на момент сдачи издания в печать и составленные на основе 26 клинических рекомендаций по акушерству, утвержденных научно-практическим советом Минздрава России, по основным вопросам

перинатального акушерства, поможет практикующим врачам в их повседневной работе, что будет способствовать снижению материнской и перинатальной заболеваемости.

Представленные в данной книге клинические протоколы — рекомендации по акушерству одобрены и рекомендованы к изданию Общероссийской общественной организацией содействия охране материнства и детства «Российское общество акушеров-гинекологов».

Авторы будут также весьма признательны за все замечания и пожелания, отнесутся к ним с вниманием и примут их с благодарностью.

# Нормальная беременность<sup>1</sup>



Коды по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10)

Z32, Z33, Z34, Z35, Z36.

## 1. Определение.

**Нормальная беременность** — одноплодная беременность плодом без генетической патологии или пороков развития, продолжающаяся 37<sup>0</sup>–41<sup>6</sup> нед, протекающая без акушерских и перинатальных осложнений.

## 2. Диагностика.

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

**Определение срока беременности и родов:** по дате последней менструации и данным УЗИ органов малого таза и плода в 11–14 нед. При расхождении срока по дате последней менструации и УЗИ в 11–14 нед более чем на 5 дней срок беременности и родов следует устанавливать по данным УЗИ.

## Жалобы при нормальной беременности

- Тошнота и рвота (рвота бывает не чаще 2–3 раз в сутки, чаще натощак, и не нарушает общего состояния пациентки). В большинстве случаев купируются самостоятельно к 16–20-й неделе беременности и не ухудшают ее исход.
- Масталгия (наблюдается у большинства женщин в I триместре беременности и связана с отечностью и нагрубанием молочных желез вследствие гормональных изменений).
- Боль внизу живота.
  - При натяжении связочного аппарата матки во время роста (ноющие боли или внезапная колющая боль внизу живота).
  - При тренировочных схватках Брекстона Хикса после 20-й недели беременности (тянущие боли внизу живота, сопровождающиеся

<sup>1</sup> На основе клинических рекомендаций «Нормальная беременность» (2023) (одобрены научно-практическим советом Минздрава России).

тономом матки, длящиеся до 1 мин, не имеющие регулярного характера).

- Изжога (чаще развивается в III триместре беременности).
- Запоры (связаны с нарушением пассажа по толстой кишке и характеризуются частотой стула <3 раз в неделю).
- Геморрой (возникает из-за давления на стенки кишки со стороны матки, застоя в системе воротной вены, повышения внутрибрюшного давления, врожденной или приобретенной слабости соединительной ткани, изменений в иннервации прямой кишки).
- Варикозная болезнь (связана с повышением венозного давления в нижних конечностях и расслабляющим влиянием на сосудистую стенку вен прогестерона, релаксина и других биологически активных веществ).
- Влагалищные выделения без зуда, болезненности, неприятного запаха или дизурических явлений.
- Боль в спине (впервые возникает на 20–28-й неделе беременности. Самой частой причиной возникновения боли в спине является увеличение нагрузки на спину в связи с увеличением живота и смещением центра тяжести, снижением тонуса мышц под влиянием релаксина).
- Боли в лобке (возникают на поздних сроках).
- Синдром запястного канала (возникает в результате сдавления срединного нерва в запястном канале и характеризуется ощущением покалывания, жгучей болью, онемением руки, а также снижением чувствительности и моторной функции кисти).

## Рекомендованные практики

### **Прегравидарный этап (планирование беременности)**

- Собрать анамнез.
- Выполнить общий осмотр пациентки.
- Измерить массу тела и рост [для оценки индекса массы тела (ИМТ)].
- Измерить артериальное давление (АД) на периферических артериях и исследовать пульс.
- Выполнить пальпацию молочных желез.
- Выполнить гинекологический осмотр пациентки (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).
- Направить пациентку однократно на исследование уровня IgM, IgG к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ 1/2) и антигена p24.

- Направить пациентку однократно на определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В в крови или определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В в крови.
- Направить пациентку однократно на определение суммарных антител классов М и G к вирусу гепатита С.
- Направить пациентку однократно на определение антител к бледной трепонеме в крови.
- Направить пациентку однократно на определение уровня IgM, IgG к вирусу краснухи в крови.
- Направить пациентку однократно на микроскопическое исследование влагалищных мазков, включая микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*), микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на наличие трихомонад (*Trichomonas vaginalis*), микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на дрожжевые грибы.
- Направить пациентку на определение основных групп по системе АВ0 и антигена D резус-системы (резус-фактора).
- Направить пациентку однократно на общий (клинический) анализ крови.
- Направить пациентку на определение уровня глюкозы в крови.
- Направить пациентку на исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови и определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови.
- Направить пациентку однократно на общий (клинический) анализ мочи.
- Определить белок в моче у беременной после 22 нед беременности во время каждого визита с целью своевременного выявления протеинурии.
- Направить пациентку на цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала).
- Выполнить УЗИ матки и придатков (трансвагинальное или при невозможности — трансабдоминальное или трансректальное) в раннюю фолликулярную фазу менструального цикла.
- Направить на консультацию врача-терапевта и консультацию врачостоматолога с целью своевременной диагностики и лечения соматических заболеваний и санации очагов инфекции.
- Направить на консультацию врача-генетика при выявлении у пациентки и/или ее мужа/партнера факторов риска рождения ребенка с хромосомной или генной аномалией.

- Назначить пациентке за 2–3 мес до наступления беременности пероральный прием фолиевой кислоты в дозе 400–800 мкг/сут.
- Назначить пациентке за 2–3 мес до наступления беременности пероральный прием препаратов йода (калия йодида) в дозе 200 мкг/сут.

### **Ведение беременности**

- Собрать анамнез у беременной при первом визите для своевременной оценки факторов риска и патологических состояний для своевременной профилактики и лечения.
- Измерить массу тела, рост и рассчитать ИМТ при первом визите, проводить контроль динамики прибавки массы тела при всех последующих визитах беременной.
- Оценить риск венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) при первом визите.
- Измерять АД и пульс при каждом визите.
- Пропальпировать молочные железы при первом визите беременной (скрининг на рак молочной железы)
- Провести гинекологический осмотр при первом визите беременной, при последующих визитах осмотра проводятся при наличии показаний.
- Определить срок беременности и родов по дате последней менструации и данным УЗИ у беременной при первом визите.
- После 16–20-й недели – опрос по поводу наличия шевелений плода при каждом визите.
- После 20-й недели – измерение окружности живота (ОЖ), высоты дна матки (ВДМ) и ведение гравидограммы при каждом визите. (Если ВДМ, согласно гравидограмме, <10-го или >90-го перцентиля, направить на УЗИ.)
- С 22-й недели – определение частоты сердечных сокращений (ЧСС) плода при каждом визите.
- С 22-й недели – при каждом визите определять уровень белка в моче с помощью тест-полосок.
- С 34–36-й недели – определять положение и предлежание плода при каждом визите.
- Пельвиметрия в III триместре.

### **Лабораторные исследования**

- Направить беременную при явке в I триместре беременности на исследование уровня хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) (свободная  $\beta$ -субъединица) в сыворотке крови или исследование мочи на ХГЧ (при невозможности исследования крови) при невозможности УЗИ с целью диагностики беременности.

- Направить беременную дважды: при первом визите (в I или II триместре беременности) и в III триместре беременности на исследование уровня антител классов M, G (IgM, IgG) к ВИЧ 1/2 и антигена p24.
- Направить пациентку дважды: при первом визите (в I или II триместре беременности) и в III триместре беременности на определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В в крови или определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В в крови.
- Направить пациентку дважды: при первом визите (в I или II триместре беременности) и в III триместре беременности на определение суммарных антител классов M и G к вирусу гепатита С.
- Направить беременную дважды: при первом визите (в I или II триместре беременности) и в III триместре беременности на определение антител к бледной трепонеме в крови.
- Направить беременную однократно при первом визите (в I или II триместре беременности) на определение антител классов G и M к вирусу краснухи в крови.
- Направить беременную дважды: при первом визите (в I или II триместре беременности) и в III триместре беременности на микроскопическое исследование влагалищных мазков, включая микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*), микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на трихомонады (*Trichomonas vaginalis*), микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на дрожжевые грибы.
- Направить беременную однократно при первом визите (при отсутствии исследования на прегравидарном этапе) на определение основных групп по системе АВ0 и антигена D резус-системы (резус-фактора).
- Направить резус-отрицательную беременную на определение антител к антигенам резус-системы при первом визите (в 1-й половине беременности), затем, при отсутствии антител, в 18<sup>0</sup>–20<sup>0</sup> и 28 нед беременности.
- Направить беременную трижды: при первом визите (в I триместре беременности), во II и III триместрах беременности на общий (клинический) анализ крови.
- Направить беременную при первом визите на анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, мочевины, креатинин, общий билирубин, прямой билирубин, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, глюкоза).
- Направить беременную на дополнительное исследование уровня глюкозы в крови при выявлении уровня глюкозы в венозной крови натощак  $\geq 7$  ммоль/л.

- Направить беременную на проведение глюкозотолерантного теста с 75 г декстрозы в 24<sup>0</sup>–28<sup>0</sup> нед беременности в случае, если у нее не было выявлено нарушение углеводного обмена или не проводилось обследование на ранних сроках беременности для выявления гестационного сахарного диабета (ГСД).
- Направить пациентку однократно при первом визите на исследование уровня ТТГ в крови и определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови.
- Направить беременную трижды: при первом визите (в I триместре беременности), во II и в III триместре беременности на общий (клинический) анализ мочи.
- Определить белок в моче у беременной после 22 нед беременности во время каждого визита с целью своевременного выявления протеинурии.
- Направить беременную при первом визите на цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала).
- Направить беременную при первом визите на микробиологическое (культуральное) исследование мочи на бактериальные патогены с применением автоматизированного посева.
- Направить беременную в 35<sup>0</sup>–37<sup>0</sup> нед беременности на бактериологическое исследование вагинального и ректального отделяемого на стрептококк группы В или определение дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК) стрептококка группы В во влажاليщном и ректальном мазке методом полимеразной цепной реакции.
- Направить беременную в 11<sup>0</sup>–13<sup>0</sup> нед беременности на скрининг I триместра, который включает комбинацию исследования уровня ХГЧ в сыворотке крови и исследования уровня плазменного протеина А, ассоциированного с беременностью, скрининговое УЗИ по оценке антенатального развития плода.
- При подтверждении высокого риска хориоамнионита (ХА) и/или пороков развития плода, ассоциированных с ХА, по данным неинвазивного пренатального тестирования и/или скрининга I или II триместра направить беременную на инвазивную пренатальную диагностику (биопсию хориона, плаценты, амниоцентез, кордоцентез) с исследованием полученного материала цитогенетическими [цитогенетическое исследование (кариотип)] или молекулярно-генетическими методами.

### **Инструментальные исследования**

- Направить пациентку при первом визите в I триместре и сроке задержки менструации  $\geq 7$  дней на УЗИ матки и придатков (до 9<sup>6</sup> нед

беременности) или УЗИ плода (после 10<sup>0</sup> нед беременности) с целью диагностики беременности, ее локализации, определения соответствия плодного яйца/эмбриона/плода сроку беременности, наличия сердцебиения (СБ) эмбриона/плода.

- Направить пациентку в 18<sup>0</sup>–20<sup>6</sup> нед беременности на скрининговое УЗИ по оценке антенатального развития плода с целью выявления ХА, пороков развития, рисков задержки роста плода (ЗРП), преждевременных родов (ПР), преэклампсии (ПЭ) (скрининг II), врожденных аномалий развития, для оценки экстраэмбриональных структур (локализации, толщины, структуры плаценты, количества околоплодных вод) и выполнения ультразвуковой (УЗ) цервикометрии в медицинскую организацию, осуществляющую пренатальную диагностику.
- Направить беременную с высоким риском ХА и/или пороков развития плода, ассоциированных с ХА, по данным скрининга I или II триместра на повторное УЗИ плода.
- Направить в 34<sup>0</sup>–35<sup>6</sup> нед беременности пациентку на УЗИ плода с целью диагностики поздно манифестирующих пороков развития плода, крупного или маловесного плода.
- Направить дважды (18<sup>0</sup>–20<sup>6</sup> и 30<sup>0</sup>–33<sup>6</sup> нед) беременную группы высокого риска акушерских и перинатальных осложнений (ПЭ, ПР, ЗРП) на УЗ-доплерографию маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровотока с целью снижения перинатальной смертности, решения вопроса об индукции родов, родоразрешения посредством кесарева сечения (КС).
- Направлять беременную на проведение кардиотокографии (КТГ) плода с 32 нед беременности с кратностью 1 раз в 2 нед.
- Направить беременную при первом визите и в III триместре на регистрацию электрокардиограммы с целью исключения гипертрофии, ишемии, нарушения ритма работы и функции проводимости миокарда.

### **Консультации профильных специалистов**

- Направить пациентку дважды: при первом визите (в I или II триместре беременности) и в III триместре беременности на консультацию врача-терапевта и врача-стоматолога.
- Направить беременную при первом визите на консультацию врача-офтальмолога.
- Направить беременную на консультацию врача-генетика при выявлении у нее и/или ее мужа/партнера факторов риска рождения ребенка с хромосомной или генной аномалией.
- При выявлении патологических изменений на электрокардиограмме направить на консультацию врача-кардиолога.

- Направить беременную дважды: при первом визите (I или II триместре беременности) и в III триместре беременности на консультацию медицинского психолога с целью снижения риска акушерских и перинатальных осложнений и формирования положительных установок на вынашивание и рождение ребенка.

### **Назначение витаминов и микроэлементов**

- Назначить пероральный прием фолиевой кислоты в дозе 400–800 мкг/сут на протяжении первых 12 нед беременности.
- Назначить пероральный прием препаратов йода (калия йодида) в дозе 200 мкг (монопрепарат или в составе поливитаминов) на протяжении всей беременности.
- Назначить прием витамина D в дозе 500–1000 МЕ/сут пациенткам группы высокого риска гиповитаминоза колекальциферола на протяжении всей беременности.

### **Показания к госпитализации**

- Развитие родовой деятельности.
- Излитие или подтекание околоплодных вод.
- Кровянистые выделения из половых путей, свидетельствующие об угрозе выкидыша.
- Признаки угрожающих ПР.
- Признаки преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.
- Признаки истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН).
- Рвота беременных >10 раз в сутки и потеря массы тела >3 кг за 1,0–1,5 нед при отсутствии эффекта от проводимой терапии.
- Однократное повышение диастолического АД (ДАД)  $\geq 110$  мм рт.ст. или двукратное повышение ДАД  $\geq 90$  мм рт.ст. с интервалом  $\geq 4$  ч.
- Повышение систолического АД (САД)  $\geq 160$  мм рт.ст.
- Протеинурия (1+).
- Симптомы полиорганной недостаточности (головная боль, нарушения зрения, боли в эпигастрии, рвота, симптомы поражения печени, олигурия/анурия, нарушения сознания, судороги в анамнезе, гиперрефлексия).
- Признаки ХА.
- Задержка роста плода.
- Нарушение функционального состояния плода по данным доплерографии и КТГ.
- Внутриутробная гибель плода.
- Острый живот.
- Острые инфекционные и воспалительные заболевания.

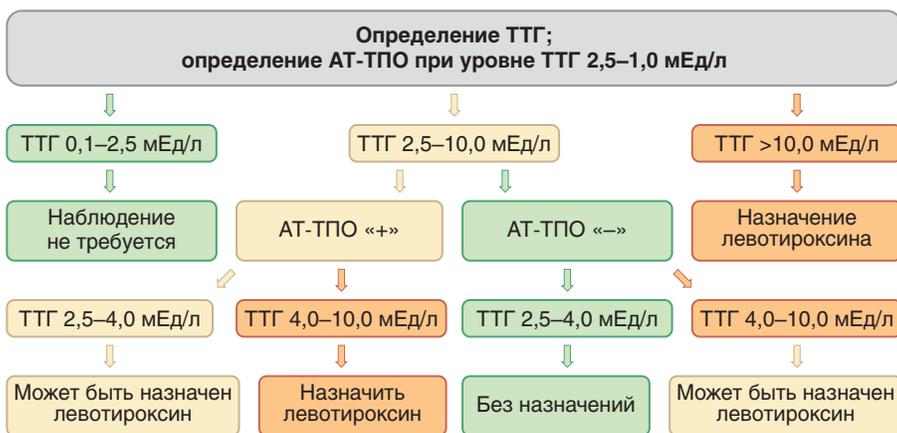
## Справочная информация

Показатель	Нормативные значения
Гемоглобин	I, III триместр — $\geq 110$ г/л. II триместр — $\geq 105$ г/л
Гликированный гемоглобин	$< 6,5\%$
Глюкоза в крови натощак	$< 5,1$ ммоль/л
ТТГ	$< 4$ мЕД/л (при отсутствии антител к тиреопероксидазе)
Индивидуальный высокий риск хромосомной патологии у плода по данным скрининга I триместра	$\geq 1/100$ (например, 99/100, 98/100 и т.д.)

**Примечание.** ТТГ – тиреотропный гормон.

## Назначение витаминов и лекарственных препаратов

I триместр	Фолиевая кислота	400–800 мкг/сут внутрь
I–III триместр	Калия йодид	200 мкг/сут внутрь
I–III триместр	Витамин D	500–1000 МЕ
III триместр (28–30 нед)	Иммуноглобулин человека антирезус Rho(D)	1500 МЕ внутримышечно однократно при отсутствии антирезусных антител резус-отрицательным пациенткам
II–III триместр (12–36 нед)	Ацетилсалициловая кислота	150 мг/сут внутрь на ночь в группе высокого риска по преэклампсии и/или задержке роста плода



### **Критерии качества оказания медицинской помощи**

- Проведено определение срока беременности и родов по дате последней менструации и/или данным УЗИ при первом визите беременной.
- Проведено измерение АД на периферических артериях и исследование пульса при каждом визите беременной.
- Проведено измерение ВДМ при каждом визите беременной и ведение гравидограммы после 20 нед беременности.
- Проведена аускультация плода с помощью фетального доплера или с помощью стетоскопа акушерского после 22 нед беременности при каждом визите беременной.
- Выполнено направление беременной на исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к ВИЧ 1/2 и антигена р24 в крови при первом визите (в I или II триместре) и в III триместре.
- Выполнено направление беременной на определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В в крови или определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В в крови при первом визите (в I или II триместре) и в III триместре.
- Выполнено направление беременной на определение антител к бледной трепонеме в крови при первом визите (I или II триместре) и в III триместре.
- Выполнено направление беременной на микроскопическое исследование влагалищных мазков при первом визите (I или II триместре) и в III триместре.
- Выполнено направление беременной на определение основных групп по системе АВ0 и антигена D резус-системы (резус-фактора) однократно при первом визите.
- Выполнено направление беременной на проведение общего (клинического) анализа крови при первом визите, во II и III триместрах беременности.
- Выполнено направление беременной на исследование уровня глюкозы в крови натощак и дополнительное исследование уровня глюкозы в крови при выявлении уровня глюкозы венозной крови натощак  $\geq 7$  ммоль/л.
- Выполнено направление беременной на проведение глюкозотолерантного теста (пероральный глюкозотолерантный тест) с 75 г декстрозы в 24<sup>0</sup>–28<sup>0</sup> нед беременности в случае, если у нее не было выявлено нарушение углеводного обмена или не проводилось обследование на ранних сроках беременности.
- Выполнено направление беременной на исследование уровня ТТГ в крови и определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови однократно при первом визите.

- Выполнено направление беременной на общий (клинический) анализ мочи при первом визите, во II и III триместрах.
- Выполнено направление беременной на микробиологическое (культуральное) исследование мочи на бактериальные патогены с применением автоматизированного посева однократно при первом визите.
- Выполнено направление беременной на бактериологическое исследование вагинального и ректального отделяемого на стрептококк группы В (*Streptococcus agalactiae*) или определение ДНК стрептококка группы В (*Streptococcus agalactiae*) во влагалищном и ректальном мазке методом полимеразной цепной реакции в 35<sup>0</sup>–37<sup>0</sup> нед беременности.
- Выполнено направление беременной в 11<sup>0</sup>–13<sup>6</sup> нед беременности на скрининг I триместра, который включает комбинацию исследования уровня ХГЧ (свободная β-субъединица) в сыворотке крови и исследования плазменного протеина А, ассоциированного с беременностью, в крови, скрининговое УЗИ по оценке антенатального развития плода с целью выявления хромосомных аномалий, пороков развития, рисков задержки роста плода, ПР, преэклампсии (скрининг I).
- Выполнено направление беременной в 18<sup>0</sup>–20<sup>6</sup> нед беременности на скрининговое УЗИ по оценке антенатального развития плода с целью выявления хромосомных аномалий, пороков развития, рисков задержки роста плода, ПР, преэклампсии (скрининг II), врожденных аномалий развития, оценки экстраэмбриональных структур (локализации, толщины, структуры плаценты, количества околоплодных вод) и выполнения УЗИ шейки матки (УЗ-цервикометрии).
- Выполнено направление беременной в 34–35 нед беременности на УЗИ плода.
- Назначен пероральный прием фолиевой кислоты\*\* беременной на протяжении первых 12 нед беременности в дозе 400–800 мкг/сут.

### Алгоритм действий врача

Период	Периодичность	Действия врача
I триместр	<b>1-й прием</b> (до 10-й недели)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Общий анализ крови.</li> <li>• Общий анализ мочи (ОАМ).</li> <li>• Группа крови + резус-фактор.</li> <li>• Определение антирезусных антител (при Rh-отрицательном типе крови).</li> <li>• RW (Wassermann reaction – реакция Вассермана), ВИЧ, гепатиты В, С.</li> <li>• ТТГ + антитела к тиреопероксидазе.</li> <li>• Антитела классов М, G к вирусу краснухи.</li> </ul>

Период	Периодичность	Действия врача
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Биохимический анализ крови [глюкоза, общий белок, мочеви́на, креатинин, билирубин (общий и прямой), аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза].</li> <li>• Микроскопическое исследование влагалищного мазка, включая исследование на гонококк, трихомонады, дрожжевые грибы.</li> <li>• Мазок на онкоцитологию.</li> <li>• Микробиологическое исследование средней порции мочи на бессимптомную бактериурию.</li> <li>• Электрокардиография.</li> <li>• Консультация терапевта.</li> <li>• Консультация офтальмолога.</li> <li>• Консультация стоматолога.</li> <li>• Консультация медицинского психолога</li> </ul>
II триместр	<b>2-й прием</b> (11–13 нед 6 дней)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Скрининг I триместра (УЗИ плода + анализ крови).</li> <li>• ОАМ</li> </ul>
	<b>3-й прием</b> (18–19 нед)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Определение антирезусных антител (при Rh-отрицательном типе крови).</li> <li>• Скрининг II триместра на сроке 18–20<sup>6</sup> нед (УЗИ плода + цервикометрия)</li> </ul>
	<b>4-й прием</b> (24–26 нед)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Общий анализ крови.</li> <li>• ОАМ или тест-полоска на наличие протеинурии.</li> <li>• Пероральный глюкозотолерантный тест</li> </ul>
III триместр	<b>5-й прием</b> (28 нед)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ОАМ или тест-полоска на наличие протеинурии.</li> <li>• Определение антирезусных антител (при Rh-отрицательном типе крови)</li> </ul>
	<b>6-й прием</b> (32 нед)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ОАМ или тест-полоска на наличие протеинурии.</li> <li>• КТГ с 32 нед 1 раз в 14 дней.</li> <li>• Биохимический анализ крови (глюкоза, общий белок, мочеви́на, креатинин, общий билирубин, прямой билирубин, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза).</li> <li>• Исследование крови на RW, ВИЧ, гепатиты В, С</li> </ul>

Период	Периодичность	Действия врача
	<b>7-й прием</b> (34 нед)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ОАМ или тест-полоска на наличие протеинурии.</li> <li>• УЗИ плода в 34–36 нед.</li> <li>• КТГ.</li> <li>• Микроскопическое исследование влажного мазка, включая исследование на гонококк, трихомонады, дрожжевые грибы.</li> <li>• Мазок на онкоцитологию (в случае отсутствия анализа в I или III триместре).</li> <li>• Ректовагинальный мазок на носительство стрептококка группы В (35–37 нед).</li> <li>• Электрокардиография.</li> <li>• Консультация терапевта.</li> <li>• Консультация стоматолога.</li> <li>• Консультация медицинского психолога</li> </ul>
	<b>8-й прием</b> (36 нед)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ОАМ или тест-полоска на наличие протеинурии.</li> <li>• КТГ.</li> <li>• Консультация терапевта, стоматолога</li> </ul>
	<b>9-й прием</b> (38 нед)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Общий анализ крови.</li> <li>• ОАМ или тест-полоска на наличие протеинурии.</li> <li>• КТГ.</li> <li>• Микробиологическое исследование средней порции мочи (в случае отсутствия анализа в I и II триместре).</li> <li>• Анализ крови на ТТГ (в случае отсутствия анализа в I триместре).</li> <li>• Определение группы крови и резус-фактора (при отсутствии анализа)</li> </ul>
	<b>10-й прием</b> (40 нед)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• КТГ.</li> <li>• ОАМ или тест-полоска на наличие протеинурии.</li> <li>• Решение вопроса о плановой госпитализации</li> </ul>

**Примечание.** ВИЧ – вирус иммунодефицита человека; ТТГ – тиреотропный гормон; УЗИ – ультразвуковое исследование; КТГ – кардиотокография/кардиотокограмма.