

СОДЕРЖАНИЕ

Коллектив авторов-составителей	5
Предисловие	6
Введение	12
Нормальная беременность	15
Медицинская помощь матери при установленном или предполагаемом несоответствии размеров таза и плода. Лицевое, лобное или подбородочное предлежание плода, требующее предоставления медицинской помощи матери	28
Патологическое прикрепление плаценты (предлежание и вращение плаценты)	35
Разрывы промежности при родоразрешении и другие акушерские травмы (акушерский травматизм)	45
Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери	59
Оперативные влагалищные роды (роды одноплодные, родоразрешение с наложением щипцов или применением вакуум-экстрактора)	70
Инфекции амниотической полости и плодных оболочек (хориоамнионит)	78
Выкидыш (самопроизвольный аборт)	83
Послеродовые инфекционные осложнения	95
Истмико-цервикальная недостаточность	110
Многоплодная беременность	118
Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения	144
Нормальные роды (роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании)	157
Подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение	165
Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода	177
Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде	189

Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и в послеродовом периоде	208
Затрудненные роды [дистоция] вследствие предлежания плечика . . .	219
Тазовое предлежание плода	226
Преждевременные роды	236
Внутрипеченочный холестаз при беременности.	249
Нормальный послеродовый период (послеродовая помощь и обследование)	256
Преждевременная отслойка плаценты	268
Чрезмерная рвота беременных	279
Аномалии объема амниотической жидкости (многоводие, маловодие)	290
Аномалии родовой деятельности	298
Медицинская помощь матери при установленных или предполагаемых аномалиях и повреждениях плода и антенатальной гибели плода.	304
Гестационный сахарный диабет	324
Инфекция мочевых путей при беременности	341
Эмболия амниотической жидкостью.	351
Привычный выкидыш	365
Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери (задержка роста плода)	372
Венозные осложнения во время беременности и послеродовом периоде. Акушерская тромбоэмболия	379
Послеродовое кровотечение	403

ВВЕДЕНИЕ

Первые клинические рекомендации появились еще в 1930-е годы, однако существенно их количество возросло в конце XX века, 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 Agency for Healthcare Research and Quality, а также определение Институтом медицины США (Institute of Medicine) принципов разработки клинических рекомендаций в 1989–1990-х годах. 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 (Англия, Франция, Голландия и других) в то 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 Российской Федерации широкое внедрение клинических рекомендаций по оказанию медицинской помощи для практикующих врачей началось более 20 лет назад, и в настоящее время Минздравом России

проводится активная работа по законодательной регламентации разработки и применения клинических рекомендаций. До 2019 г. Российская Федерация относилась к странам, в которых профессиональные организации разрабатывали клинические рекомендации без единого механизма координации.

Однако с вступлением в силу поправок к Федеральному закону № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в стране появится единый центральный регулирующий орган — научно-практический совет Минздрава России. Внесенные изменения позволяют 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 Российской Федерации 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 Российской Федерации. Клинические рекомендации пересматриваются не реже 1 раза в 3 года и не чаще 1 раза в 6 мес.

Данное издание, в котором представлены краткие версии, актуальные на момент сдачи издания в печать и составленные на основе 34 утвержденных клинических рекомендаций по акушерству, одобренных Научно-практическим советом Министерства здравоохранения Российской Федерации, по основным вопросам перинатального акушерства, создавалось коллективом авторов, увлеченных единой идеей — создать для практикующего врача надежного помощника и советчика в его повседневной практической работе, что поможет добиться снижения 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 беременность¹



Коды по МКБ-10²

Z32, Z33, Z34, Z35, Z36

1. Определение.

Нормальная беременность — одноплодная беременность плодом без генетической патологии или пороков развития, продолжающаяся 37⁰–41⁶ 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 органов малого таза и плода.

3. Определение срока беременности и родов: по дате последней менструации и данным ультразвукового исследования (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.

4. 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 нед беременности и не ухудшают ее исход;
- масталгия (наблюдается у большинства женщин в I триместре беременности и связана с отечностью и нагрубением 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–Хиггса после 20-й недели беременности (тянущие боли внизу живота, сопровождающиеся тонусом матки, длящиеся до минуты, не имеющие регулярного характера);

¹ На основе клинических рекомендаций ID 288_2 «Нормальная беременность», год утверждения — 2023, пересмотр — 2025, дата размещения в рубрикаторе Минздрава России — 15.02.2024.

² МКБ-10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра.

- изжога (чаще развивается в III триместре беременности);
- запоры (связаны с нарушением пассажа по толстой кишке и характеризуются частотой стула менее 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, изменения 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 неделях беременности. Самой частой причиной возникновения боли в спине является увеличение нагрузки на спину в связи с увеличением живота и смещением центра тяжести и снижение 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

1. 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 (ШМ) 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 системы Резус (резус-фактор);
- направить пациентку однократно на общий (клинический) анализ крови (ОАК);
- направить пациентку на определение уровня глюкозы крови;
- направить пациентку на исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови и определение содержания антител к тиреопероксидазе (АТ-ТПО) в крови;
- направить пациентку однократно на общий (клинический) анализ мочи (ОАМ);
- направить пациентку на цитологическое исследование микропрепарата ШМ (мазка с поверхности ШМ 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 врача-стоматолога 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/день;
- назначить пациентке за 2–3 мес до наступления беременности пероральный прием препаратов йода (калия йодида) в дозе 200 мкг в день.

2. 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 1-м визите, проводить контроль динамики прибавки массы тела при всех последующих визитах беременной пациентки;
- оценить риск венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) при 1-м визите;
- измерять АД и пульс при каждом визите;
- пропальпировать молочные железы при 1-м визите беременной пациентки (скрининг на рак молочной железы);
- провести гинекологический осмотр при 1-м визите беременной пациентки, при последующих визитах осмотра при наличии показаний;
- определить срок беременности и родов по дате последней менструации и данным УЗИ у беременной пациентки при 1-м визите;
- после 16–20-й недели: опрос по поводу наличия шевелений плода при каждом визите;
- после 20-й недели: измерять окружность живота (ОЖ), высоту дна матки (ВДМ) и вести гравидограмму при каждом визите (если ВДМ согласно гравидограмме <10-й или >90-й перцентили, направить на УЗИ);
- с 22-й недели: определять частоту сердечных сокращений (ЧСС) плода при каждом визите;
- с 22-й недели при каждом визите определять уровень белка в моче при помощи тест-полосок;
- с 34–36-й недели определять положение и предлежание плода при каждом визите;
- пельвиометрия в III триместре.

Лабораторные исследования:

- направить беременную при явке в I триместре беременности на исследование уровня хорионического гонадотропина (ХГ) (свободная β -субъединица) в сыворотке крови или исследование мочи на ХГ (при невозможности исследования крови) при невозможности УЗИ с целью диагностики беременности;
- направить беременную дважды: при 1-м визите (в I или II триместре беременности) и в III триместре беременности:
 - на исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к ВИЧ 1/2 и антигена p24;

- определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В в крови;
- определение суммарных антител классов М и G к вирусу гепатита С;
- определение антител к бледной трепонеме в крови;
- 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 1-м визите (при 1-м визите в I или II триместре беременности) на определение антител класса G и класса М к вирусу краснухи в крови;
- направить беременную однократно при 1-м визите (при отсутствии исследования на прегравидарном этапе) на определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор);
- направить резус-отрицательную беременную пациентку на определение антител к антигенам системы Резус при 1-м визите (при 1-м визите в 1-й половине беременности), затем при отсутствии антител — в 18–20 нед беременности, затем при отсутствии антител — в 28 нед беременности;
- направить беременную трижды: при 1-м визите (в I триместре беременности), в II и в III триместре беременности — на ОАК;
- направить беременную пациентку при 1-м визите на анализ крови биохимический общетерапевтический [общий белок, мочевины, креатинин, общий билирубин, прямой билирубин, аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), глюкоза];
- направить беременную пациентку на дополнительное исследование уровня глюкозы в крови при выявлении уровня глюкозы венозной крови натощак $\geq 7,0$ ммоль/л;
- направить беременную на проведение перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ) с 75 г декстрозы в 24–28 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 1-м визите на исследование уровня ТТГ в крови и определение содержания АТ-ТПО в крови;
- направить беременную трижды: при 1-м визите (в I триместре беременности), в II и в III триместре беременности на ОАМ;

- определять белок в моче у беременной после 22 нед беременности во время каждого визита с целью своевременного выявления протеинурии;
- направить беременную при 1-м визите на цитологическое исследование микропрепарата ШМ (мазка с поверхности ШМ и цервикального канала);
- направить беременную при 1-м визите на микробиологическое (культуральное) исследование мочи на бактериальные патогены с применением автоматизированного посева;
- направить беременную пациентку в 35–37 нед беременности на бактериологическое исследование вагинального отделяемого и ректального отделяемого на стрептококк группы В или определение дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК) стрептококка группы В во влагалищном и ректальном мазке методом полимеразной цепной реакции;
- направить беременную пациентку в 11–13 нед беременности на скрининг I триместра, который включает комбинацию исследования уровня ХГ в сыворотке крови и исследования уровня плазменного протеина А, ассоциированного с беременностью (РАРР-А), ультразвуковое скрининговое исследование по оценке антенатального развития плода.

При подтверждении высокого риска хромосомных аномалий и/или пороков развития плода, ассоциированных с хромосомными аномалиями, по данным неинвазивного пренатального тестирования и/или скрининга I или II триместра направить беременную на проведение инвазивной пренатальной диагностики (биопсия хориона, плаценты, амниоцентез, кордоцентез) с исследованием полученного материала цитогенетическими [цитогенетическое исследование (кариотип)] или молекулярно-генетическими методами.

Инструментальные методы исследования:

- направить пациентку при 1-м визите в I триместре и сроке задержки менструации ≥ 7 дней на УЗИ матки и придатков (до 9⁶ нед беременности) или УЗИ плода (после 10⁰ нед беременности) с целью диагностики беременности, ее локализации, определения соответствия плодного яйца/эмбриона/плода сроку беременности, наличия сердцебиения эмбриона/плода;
- направить пациентку в 18⁰–20⁶ нед беременности на ультразвуковое скрининговое исследование по оценке антенатального развития плода с целью выявления хромосомных аномалий, пороков развития,