

**МИНИСТЕРСТВО**

**ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

**Нормальная беременность**

Кодирование по Международной статистической

классификации болезней и проблем, связанных со здopoвьeм:Z32.1, Z33, Z34.0, Z34.8, Z35.0- Z35.9, Z36.0, Z36.3

Год утверждения (частота пересмотра):2020 В озрастная категория: Взрослые,Дети Пересмотр не позднее:2022 ГО:288

Разработчик клинической рекомендации **• Российское общество акушеров-гинекологов**

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Оглавление

Список сокращений Термины и определения

1. Краткая информация по заболеванию или еоетоянию (группы заболеваний или еоетояний)
	1. Определение заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний)
	2. Этиология и патогенез заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний)
	3. Эпидемиология заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний)
	4. Оеобенноети кодирования заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний) по Международной етатичеекой клаеификации болезней и проблем, евязанных ео здоровьем
	5. Клаееификация заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний)
	6. Клиничеекая картина заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний)
2. Диагноетика заболевания или еоетояния (группы заболеваний или еоетояний) медицинекие показания и противопоказания к применению методов диагноетики
	1. Жалобы и анамнез
	2. Физикальное обеледование
	3. Лабораторные диагноетичеекие иееледования
	4. Инетрументальные диагноетичеекие иееледования
	5. Иные диагноетичеекие иееледования
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинекие показания и противопоказания к применению методов лечения
4. Медицинекая реабилитация и еанаторно-курортное лечение, медицинекие показания и противопоказания к применению методов медицинекой реабилитации, в том чиеле оенованных на иепользовании природных лечебных факторов
5. Профилактика и диепанеерное наблюдение, медицинекие показания и противопоказания к применению методов профилактики
6. Организация оказания медицинекой помощи
7. Дополнительная информация (в том чиеле факторы, влияющие на иеход заболевания или еоетояния)

Критерии оценки качеетва медицинекой помощи Спиеок литературы

Приложение А1. Соетав рабочей группы по разработке и переемотру клиничееких рекомендаций

Приложение А2. Методология разработки клиничееких рекомендаций

Приложение АЗ. Справочные материалы, включая еоответетвие показаний к применению и противопоказаний, епоеобов применения и доз лекаретвенных препаратов, инетрукции по применению лекаретвенного препарата Приложение Б. Алгоритмы дейетвий врача Приложение В. Информация для пациента

Приложение Fl-FN. Шкалы оценки, вопроеники и другие оценочные инетрументы еоетояния пациента, приведенные в клиничееких рекомендациях

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 |
| ГСД | 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 |
| HCV | вирус гепатита С |
| РАРР-А | плазменный протеин А, ассоциированный с беременностью |

Термины и определения

См. раздел 1.1.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)

Нормальная беременность - одногшодная беременность плодом без генетической патологии или пороков развития, длящаяся 37-41^ недель, протекающая без акушерских и перинатальных осложнений. [1]

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

По данным Росстата в 2017 г. в России насчитывалось 1 580 100 беременных женщин, в том чиеле родившими в ерок - 1 450 400 женщин (—4,5% от чиела женщин репродуктивного возраета 15-49 лет). [2]

Точная доля женщин е нормальным течением беременно ети не извеетна. По данным формы федерального етатиетичеекого наблюдения № 32 еуммарная заболеваемоеть беременньгх женщин в 2017 г. еоетавила 148% (от 2% - заболеваемоеть резуе-иммунизацией до 34% - заболеваемоеть анемией беременных).

* 1. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статической класификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

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 абортивными 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

735.1 - 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 - Антенатальный скрининг для выявления хромосомных аномалий

Z36.3 - Антенатальный скрининг с помощью ультразвука или других физических методов для выявления аномалий развития

* 1. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или еоетояний)

Классификация отсутствует.

См. раздел 2.

[JL] Акушерство: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018 г.

[2] <http://www>.gks.m/wps/wcm/connect/rosstat\_main/rosstat/m/statistics/population/healthcare

1. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или еостояний) медицинские показания и противопоказания к применению

методов диагностики

**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.

1. 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 абортов, весоростовые показатели и состояние здоровья рожденных детей, способ достижения беременности - самопроизвольная беременность или беременность в результате ВРТ),
* перенесенные и имеюш,иеся гинекологические заболевания, оперативные вмешательства на органах малого таза,
* перенесенные и имеюш,иеся соматические заболевания (в частности, детские инфекции, заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания почек, эндокринные заболевания, аллергические заболевания, ТЭО и др.),

С целью индивидуальной стратификации риска и выбора метода профилактики в данной беременности, родах и в послеродовом периоде может быть использована шкала оценки риска ТЭО (приложение Г1)[1],

* 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 чаш,е 2-3-х раз в сутки, чаш,е натош,ак, и не нарушает обш,его состояния пациентки. [2] В большинстве случаев тошнота и рвота купируются самостоятельно к 16-20 неделям беременности и не ухудшают ее исход (1,2).

Масталгия является нормальным симптомом во время беременности, наблюдается у большинства женш,ин 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 (3-5). 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. [3]

Запоры - наиболее распространенная патология кишечника при беременности, возникает в 30- 40% наблюдений (6). 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. [4] 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 (7). 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. [5J 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 (8-10). 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 (11).

Синдром запястного канала (карпальный туннельный синдром) во время беременности возникает в 21-62% случаев (12,13) в результате сдавления срединного нерва в запястном канале, и характеризуется огцугцением покалывания, жгучей болью, онемением руки, а также снижением чувствительности и моторной функции кисти.

1. Физикальное обследование
* Рекомендовано определить ерок беременноети и родов по дате поеледней менетруации и данным УЗИ органов малого таза и плода при 1-м визите беременной пациентки (14-16).

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).**

Комментарии: УЗИ является более точным методом определения срока беременности и родов (14-16). 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).

* Рекомендовано использовать показатель копчико-теменного размера (КТР) плода для определения срока беременности и родов по данным УЗИ в 1-м триместре беременности. Рекомендовано использовать показатель окружности головки плода для определения срока беременности и родов по данным УЗИ на более поздних сроках беременности (при КТР>84 мм) (17).

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).**

Комментарии: 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.

* Рекомендовано измерить массу тела, рост и рассчитать ИМТ (масса тела в кг / рост в м ) при 1-м визите, проводить контроль динамики прибавки массы тела при всех последуюгцих визитах беременной пациентки (18).

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

Комментарий: Основное влияние на акушерские и перинатальные исходы оказывает прибавка массы тела во время беременности, а не ИМТ до беременности (19). Рекомендуемая еженедельная прибавка массы тела в 1-м триместре составляет не более 0,5 - 2 кг/неделю (20). Прибавка масса тела происходит в том числе в связи с накоплением жидкости (отеками), характерными для периода гестации (Таблица 1).

Рекомендуемая еженедельная и обгцая прибавка веса в зависимости от ИМТ[4]

Таблица 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Категория | ИМТ (кг/м2) | Рекомендуемая прибавка массы тела |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | за всю беременность (кг) | еженедельная (кг/неделю) (во 2-м и 3-м триместре) |
| Недостаток массы тела | < 18,5 | 12,5 - 18 | 0,44 - 0,58 |
| Нормальная масса тела | 18,5 - 24,9 | 11,5 - 16 | 0,35 - 0,50 |
| Избыток массы тела | 25,0 - 29,9 | 7-11 | 0,23 - 0,33 |
| Ожирение | >30,0 | 5-9 | 0,17 - 0,27 |

* Рекомендовано измерить артериальное давление (АД) и пулье при каждом визите беременной пациентки (20-22).

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

Комментарий: Регулярное измерение АД проводитея е целью ранней диагноетики

гипертензивных оеложнений беременноети.

* Беременной пациентке группы выеокого риека преэклампеии (ПЭ) рекомендовано назначить ежедневный мониторинг АД на протяжении веей беременноети (23-25).

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).**

Комментарий: К группе выеокого риека развития ПЭ отноеятея пациентки е указанием на раннюю и/или тяжелую ПЭ в анамнезе.

* Рекомендовано провеети пальпацию молочных желез при 1-м визите беременной пациентки. При обнаружении узловых образований молочных желез рекомендовано направить пациентку на конеультацию к врачу-онкологу (26).

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).**

Комментарий: Пальпация молочных желез проводитея е целью екрининга рака молочной железы.

* Не рекомендовано регулярно пальпировать молочные железы во время беременноети (18). Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).
* Рекомендовано провеети гинекологичеекий оемотр при 1-м визите беременной пациентки (27).

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).**

Комментарий: Гинекологичеекий оемотр во время беременноети включает визуальный оемотр наружных половых органов, оемотр влагалища и шейки матки в зеркалах, бимануальное влагалищное иееледование е определением размеров, конеиетенции, подвижноети и болезненноети матки, и придатков матки.

* Не рекомендовано без показаний проводить повторные гинекологичеекие оемотры беременной пациентке (27).

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).**

Комментарии: Повторные гинекологичеекие оемотры проводятея по показаниям: при наличии жалоб, при признаках иетмико-цервикальной недоетаточноети (ИЦН) и ПР, для выявления ИЦН, определения еоотношения головки плода и размеров таза.

* Рекомендовано измерять окружноеть живота (ОЖ), выеоту дна матки (ВДМ) и ведение гравидограммы при каждом визите беременной пациентки поеле 20 недель беременноети [18, 33],(29).[7]

**Уровень убелите.льности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 21.**

Комментарии: Соответетвие ВДМ ероку беременноети предетавлено в таблице 2. Образец гравидограммы предетавлен в приложении Г2. Еели ВДМ еоглаено гравидограмме ниже 10-й или выше 90-й перцентили раепределения ВДМ, то необходимо проведение УЗИ для оценки развития плода и определения количеетва околоплодных вод.

Соответствие ВДМ сроку беременности[8]

Таблица 2

|  |  |
| --- | --- |
| Срок беременности | 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 |

• Рекомендовано определить положение и предлежание плода при каждом визите беременной пациентки после 34-36 недель беременности (18,30-33).[9]

**Уровень убелите.льности рекоменланий В (уровень достоверности доказательств - 21.**

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

* Рекомендовано направить беременную пациентку на УЗИ плода при подозрении на неправильное положение и/или предлежание плода для его уточнения (18,33).

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

* Рекомендовано определить частоту сертнебиения итога 1ЧСС1 при каждом визите

беременной папиентки после 20 недель беременности при помоттти акушерского стетоскопа или после 12 недель беременности при помощи фетального допплера для подтверждения жизнедеятельности плода 118.34.35\[10]

**Уровень убетительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 41.**

Комментарий: При отсутствии или нарушении ЧСС плода (тахикардия, брадикардия, аритмия) рекомендовано направить беременную пациентку на УЗИ.

* Рекомендовано проводить опрос беременной пациентки по поводу характера шевелений плода при каждом визите после 16-20 недель беременности (после начала ошуш,ения шевелений плода) (36,37).

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

Комментарии: Нет доказательных данных по эффективности профилактики неблагоприятных перинатальных исходов на основании подсчета числа движений плода. Пациентке 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.

1. Лабораторные диагностические исследования
* Рекомендовано направлять беременную пациентку на иееледование уровня антител клаееов М, G (IgM, IgG) к вируеу 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 тримеетре беременноети 1381.[11].[12]

**Уровень убелительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 11.**

Комментарии: Раннее обследование и выявление инфекнии способствует своевременной терапии и предотвращению инфинирования плода. Согласно пункту 4.3. санитарно- эпидемиологических правил СП 3,1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ инфекнии». стандартным методом лабораторной диагностики ВИЧ-инфекнии служит одновременное определение антител к ВИЧ 1.2 и антигена р24/25 ВИЧ с помощью диагностических тестов ИФА и ИХЛА. [13] Повторное обследование в 3-м триместре лучше проводить до 36 недель беременности. [14] При выявлении инфекции беременная женш,ина должна быть направлена в Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями для подтверждения/ исключения диагноза.

* Рекомендовано направлять беременную пациентку на определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В {Hepatitis В virus) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В {Hepatitis В virus) в крови при 1-м визите и в 3-м триместре беременности 139.401.13

**Уровень убелите.льности рекомендаций В Гуровень достоверности доказательств - 11.**

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

* Рекомендовано направлять беременную папиентку на определение суммарных антител классов М и G lanti-HCV IgG и anti-HCV IgMl к вирусу гепатита С (Hepatitis С virus) в крови при 1-м визите и в 3-м триместре беременности 1411. [15]

**Уровень убелите.льности рекомендаций С 1уровень достоверности доказательств - 41.**

Комментарий: При выявлении инфекции беременная женш,ина должна быть направлена на консультацию к врачу-инфекционисту для подтверждения/исключения диагноза.

* Рекомендовано направлять беременную папиентку на определение антител к бледной трепонеме 1 Treponema pallidum/ в крови при 1-м визите и в 3-м триместре беременности .(42,43)^[16]

Комментарии: Обследование и евоевременно проведенное лечение еифилиеа епоеобетвует лучшим иеходам беременноети. При выявлении инфекции беременная женш,ина должна быть направлена на конеультацию к врачу-дерматовенерологу для подтверждения/иеключения диагноза.

* Рекомендовано направлять беременную пациентку на определение антител клаееа G (IgG) и клаееа М (IgM) к вируеу краенухи {Rubella virus) в крови однократно при 1-м визите в 1-м или 2-м тримеетрах беременноети (44).

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

Комментарии: 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.

* Не рекомендовано рутинно направлять беременную папиентку на определение антител класса G HgGl и класса М HgMl к токсоплазме (Toxoplasma gondii) в крови во время беременности 145.461.[17] [18]

**Уровень убелите.льности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 51.**

Комментарии: 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 женш,ина должна быть информирована о методах профилактики токсоплазмоза: гигиенической обработке рук перед едой, мытье свежих фруктов и овош,ей, термической обработке мяса, использовании перчаток при контакте с землей и мытье рук после контакта с землей, исключении контакта с котами.

* Не рекомендовано рутинно направлять беременную папиентку на определение антител

классов М. G HgM. IgGl к питомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови во время

беременности 147.481. [19]

**Уровень убелите.льности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 51.**

Комментарий: 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.

* Не рекомендовано рутинно направлять беременную папиентку на определение антител к вирусу простого герпеса (Herpes simplex virus) в крови во время беременности вне

зависимости от наличия или отсутствия симптомов рецидивирующей ВПГ-инфекттии в анамнезе. [20]

**Уровень убетительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5\**

Комментарий: Данное исследование имеет низкую специфичность, большую долю

ложноположительных результатов и, как следствие, приводит к необоснованной терапии ВПГ- инфекции.

* Рекомендовано направлять беременную пациентку на определение антигена стрептококка группы В {S. agalactiae) в отделяемом цервикального канала в 35-37 недель беременности (49,50),(51).

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 1)**

Комментарии: Обследование на носительство стрептококка группы В и последующая терапия во время беременности приводит к уменьшению колонизаыии стрептококком родовых путей женщин и рождению детей с признаками внутриутробной инфекттнн. При положительном результате исследования паыиенткам назначается антибиотикопрофилактика в родах. [21]

* Рекомендовано направлять беременную пациентку на микроскопическое исследование влагалищных мазков при 1-м визите и в 3-м триместре беременности, 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 (52-54)[22],.[23J

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 31.**

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

* Не рекомендовано рутинно направлять беременную пациентку на определение ДНК Gardnerella vaginalis, Atopobium vaginae, Lactobacillus spp. и общего количества бактерий во влагалищном отделяемом методом ПЦР и молекулярно-биологическое исследование отделяемого женских половых органов на условно-патогенные генитальные микоплазмы {Ureaplasmaparvum, Ureaplasma urealyticum. Mycoplasma hominis) (55).
* Рекомендовано направлять беременную пациентку на микробиологичеекое (культуральное) иееледование ередней порции мочи на бактериальные патогены однократно на выявление беееимптомной бактериурии при 1-м визите (56).

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).**

Комментарий: Беееимптомная бактериурия - это наличие колоний бактерий> 10^ в 1 мл ередней порции мочи при отеутетвии клиничееких еимптомов. Раннее выявление бактериурии и проведение терапии енижает риек развития пиелонефрита, преждевременных родов (ПР) и задержки роета плода (ЗРП).

* Рекомендовано направлять беременную пациентку на определение оеновных групп по еиетеме АВО и антигена D еиетемы Резуе (резуе-фактор) однократно при 1-м визите (57-60).

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 1).**

* Рекомендовано направлять резуе-отрипательную беременную папиентку на определение антирезуеных антител при 1-м визите, затем при отеутетвии антител в 18-20 недель беременноети и в 28 недель беременноети[24] 158.601.

**Уровень убелите.льности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 11.**

Комментарии: При выявлении антирезуеных антител беременная женщина должна быть направлена на конеультацию в медицинекую организацию 3-й группы для дальнейшего наблюдения. У резуе-отрицательных женщин еледует определить резуе-фактор мужа/партнера. При резуе-отрицательной принадлежноети крови мужа/партнера определение антирезуеных антител не проводитея. При неизвеетной или резуе-положительной принадлежноети крови мужа/партнера беременной женщине можно предложить неинвазивное определение резуе- фактора плода по циркулирующим в крови матери внеклеточным фрагментам плодовой ДНК. При определении резуе-отрицательной принадлежноети крови у плода определение антирезуеных антител в крови матери не проводитея.

* Не рекомендовано рутинно направлять беременную пациентку на определение антител к группе крови 1(0) (61,62).

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).**

Комментарий: Доказательная база предикции гемолитичеекой болезни плода по еиетеме АВО отеутетвует.

* Рекомендовано направлять беременную пациентку на проведение общего (клиничеекого) анализа крови при 1-м визите, во 2-м и в 3-м тримеетре беременноети (63-66).

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).**

Комментарии: Раннее обеледование и выявление анемии епоеобетвует евоевременной терапии и енижению риека негативных перинатальных иеходов. 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 (67).

* Рекомендовано направлять беременную пациентку на проведение биохимического обшетерапевтического анализа крови при 1-м визите и в 3-м триместре беременности 1681. [25]

**Уровень убелите.льности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 31.**

Комментарии: 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 (ACT) и глюкозы.

* Рекомендовано направлять беременную пациентку на определение нарушения углеводного обмена при 1-м визите и в 24-26 недель беременности 169-711. [26]

**Уровень убелите.льности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 41.**

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

* Рекомендовано направлять беременную пациентку на проведение перорального глюкозотолерантного теста ШГТТ1 с 75 г глюкозы в 24-28 недель беременности в случае. если у нее не бьшо выявлено нарушение углеводного обмена 170-721. [27]

**Уровень убелите.льности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 41.**

* Рекомендовано направлять беременную пациентку группы высокого риска гестационного сахарного диабета (ГСД) на проведение ПГТТ с 75 г глюкозы при 1-м визите в случае, если у нее не было выявлено нарушение углеводного обмена (73).

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

Комментарий: К группе высокого риска развития ГСД относятся пациентки с ИМТ>30 кг/м , указанием в анамнезе на роды плодом с массой тела >4,5 кг или ГСД, отягощенным по сахарному диабету семейным анамнезом.

* Рекомендовано направлять беременную пациентку на проведение коагулограммы /ориентировочного исследования системы гемостаза! при 1-м визите и перед родами /принято в отечественной практике, не имеет доказательной базы! /741[28]

Комментарий: Надежная доказательная база необходимоети данного иееледования отеутетвует, но оно принято в отечеетвенной практике. Иееледование коагулограммы включает: активированное чаетичное тромбоплаетиновое время (АЧТВ), фибриноген, протромбиновое (тромбоплаетиновое) время (ПВ) и количеетво тромбоцитов.

* Рекомендовано направлять беременную папиентку на исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови однократно при 1-м визите (75.76). [29] [30]

**Уровень убелите.льности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2\**

Комментарии: 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.

* Рекомендовано направлять беременную пациентку на проведение общего (клинического) анализа мочи при 1-м визите, во 2-м и в 3-м триместре беременности (77-79).

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 1).**

* Рекомендовано после 22 недель беременности во время каждого визита беременной папиентки определять белок в моче с помощью спепиальных индикаторных полосок 1771. [31]

**Уровень убелите.льности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 41.**

Комментарий: Данные высокой степени доказательности об улучшении прогноза развития ПЭ при проведении повторных исследований на протеинурию отсутствуют 1801. [32]

* Рекомендовано направлять беременную пациентку на проведение цитологического исследования микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала) при 1-м визите во время беременности (81).[33]

**Уровень убелите.льности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 21.**

Комментарий: Данное исследование проводится 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 (N1EM), 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, ES1E, HS1E) вне зависимости от проведения терапии в анамнезе.

1. Инструментальные диагностичеекие

исследования

* Рекомендовано провеети беременной пациентке измерение размеров таза (пельвиометрию) в 3-м тримеетре (82).

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

Комментарий: Измерение размеров таза проводитея для определения акушерекой тактики при родоразрешении.

* Рекомендовано направлять беременную пациентку на проведение УЗИ плода при ероке беременноети 11-13^ недель в медицинекую организацию, оеущеетвляющую экепертный уровень пренатальной диагностики. [34] для определения срока беременности Г14-16У проведения скрининга l-ro триместра (83). диагностики многоплодной беременности (844

**Уровень убелите.льности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - IX**

Комментарий: 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 l-ro триместра также рекомендовано измерить пульсационный индекс в маточных артериях для предикции ранней преэклампсии.

* Рекомендовано направлять беременную папиентку в 18-20- неделю беременности на проведение УЗИ плода 1УЗ скрининга 2-го триместра! для опенки роста плода, диагностики ранних форм ЗРИ, исключения врожденных аномалий развития, опенки экстра

эмбриональных структур Глокализапии. толщины, структуры плапенты. количества

околоплодных вод1 и УЗИ шейки матки 1УЗ-первикометрию1 в медининскую организаттию. осуществляющую пренатальную диагностику 183.85-871[35].

**Уровень убелите.льности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 11.**

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

* Рекомендовано направлять беременную пациентку группы высокого риска акущерских и перинатальных осложнений (ПЭ, ИР, ЗРИ, предлежание плаценты) и в случае несоответствия ВДМ сроку беременности согласно гравидограмме на проведение УЗИ плода при сроке беременности 30-34 недели для диагностики поздно манифестирующ,их пороков развития плода, крупного или маловесного плода (88,89).

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).**

Комментарии: Дополнительные УЗИ в 3-м триместре беременности (после 34-36 недель) могут быть назначены для уточнения при подозрении на неправильное положение или предлежание плода (18,33), при отеутетвии или нарушении ЧСС плода (тахикардия, брадикардия, аритмия) во время ауекультации ЧСС плода, при нееоответетвии размеров матки и ерока беременноети.

* Рекомендовано направлять беременную папиентву группы высокого риска позднего выкидыша и ПР на проведение УЗИ шейки матки 1УЗ-первикометрии1 с 15-16 до 24 недель беременности с кратностью 1 раз в 1-2 недели 187.901. [36]

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 51.**

Комментарий: К группе высокого риска развития позднего выкидыша и ПР относятся пациентки с указанием на наличие поздних выкидышей/ПР в анамнезе.

* Рекомендовано направлять беременную папиентку группы высокого риска акушерских и перинатальных осложнений ШЭ. ПР ЗРП1 на проведение ультразвуковой допплерографии маточно-плапентарного кровотока во время 2-го УЗИ 1при сроке беременности 18-20- недель). [37] и в 3-м триместре беременности (при сроке беременности 30-34 недели! 191-

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 11.**

Комментарий: В данной группе проведение данного исследования способствует снижению перинатальной смертности, индукции родов, родоразрешения посредством операции кесарева сечения (94).

* Не рекомендовано направлять беременную пациентку группы низкого риска акушерских и перинатальных осложнений (ПЭ, ПР, ЗРП) на проведение ультразвуковой допплерографии маточно-плацентарного кровотока (95).

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).**

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

* Рекомендовано направлять беременную пациентку на проведение кардиотокографии (КТГ) плода с 33 недель беременности с кратностью 1 раз в 2 недели (96).

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).**

1. Иные диагностические исследования

Рекомендовано направлять беременную пациентку на конеультацию к врачу-терапевту и врачу-етоматологу (97) при 1-м визите и в 3-м тримеетре беременноети, к врачу- офтальмологу (98) при 1-м визите). [3^]

**Уровень убелительности рекоменлапий С (уровень достоверности доказательств - 41.**

Комментарий: Надежная доказательная база необходимоети данных рекомендаций

отеутетвует, но они приняты в отечеетвенной практике. Конеультации епециалиетов проводятея для евоевременной диагноетики экетрагенитальной патологии и назначения терапии (принято в отечеетвенной практике, не имеет доказательной базы).

* Рекомендовано направлять беременную папиентьу на медико-генетическое консультирование при выявлении у жентттины и/или ее мужа/партнера факторов риска рождения ребенка с хромосомной или генной патологией 1991. [39]

**Уровень убелите.льности рекомендаций С (уровень достоверности доказате.дьств - 51.**

Комментарий: 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.

* Рекомендовано направлять беременную пациентку в 11-13^ 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 (83).

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).**

Комментарии: Для исключения анеуплоидии плода пациентке может быть дополнительно предложено проведение НИПС после 10 недель беременности (100,101). [[1]](#footnote-1)

Комментарий: Биохимический скрининг 2-го триместра может быть назначен при отсутствии результатов скрининга 1-го триместра. [40]

• Рекомендовано направлять беременную пациентку с высоким риском анеуплоидии плода по данным скрининга 1-го триместра или НИПС, и/или выявленными пороками развития плода по данным УЗИ l-ro триместра, и/или высоким риском хромосомной или генной патологии, или выявленных пороков развития плода по данным УЗИ 2-го триместра, на проведение медико-генетического консультирования, в ходе которого врач-генетик рекомендует или не рекомендует пациентке проведение инвазивной пренатальной диагностики (биопсия ворсин хориона, амниоцентез) с исследованием полученного материала методами цитогенетического или молекулярного кариотипирования (20,102-104).

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).**

Комментарии: 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 l-ro триместра составляет >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 (20).

[JL] Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений в акушерстве и гинекологии. Клинические рекомендации Минздрава РФ, 2014 г.

[2] Акушерство: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018 г.

[3J Акушерство: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018 г.

[4] Акушерство: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018 г.

[5J Акушерство: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018 г.

1. Guidelines for Perinatal Care. 8\* Edition. ACOG&AAP, 2017
2. Antenatal care for uncomplicated pregnancies. RCOG 2008, updated February 2019.
3. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018 г.
4. Antenatal саге for uncomplicated pregnancies. RCOG 2008, updated February 2019.
5. Antenatal care for uncomplicated pregnancies. RCOG 2008, updated February 2019.
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».
7. CDC. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. Morbidity and Mortality Weekly Report 2002;51:1-80.
8. Санитарно-эпидемиологические правила «Профилактика ВИЧ-инфекции» (постановление Главного государственного врача РФ от 11 января 2011 г. №1, ред. от 21.07.2016 г.)
9. Guidelines for Perinatal Care. 8\* Edition. ACOG&AAP, 2017
10. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».
11. Guidelines for Perinatal Care. 8\* Edition. ACOG&AAP, 2017
12. Guidelines for Perinatal Care. 8\* Edition. ACOG&AAP, 2017
13. Antenatal Care. Routine care for the Healthy Pregnant Woman. NICE&NCCWCH, RCOG Press 2008
14. CDC. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. Morbidity and Mortality Weekly Report 2002; 51:1-80.
15. Guidelines for Perinatal Care. 8\* Edition. ACOG&AAP, 2017
16. Antenatal Care. Routine care for the Healthy Pregnant Woman. NICE&NCCWCH, RCOG Press 2008
17. Antenatal Care. Routine care for the Healthy Pregnant Woman. NICE&NCCWCH, RCOG Press 2008
18. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».
19. ACOG Practice Bulletin No. 192: Management of Alloimmunization during Pregnancy. March 2018.
20. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».
21. Committee on Practice Bulletins Obstetrics. Practice Bulletin No. 180: Gestational Diabetes Mellitus. 2017
22. Гестационный сахарный диабет. Клинические рекомендации Минздрава РФ, 2016 г.
23. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».
24. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum. An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. 2012.
25. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease during Pregnancy and the Postpartum of American Thyroid Association.
26. Antenatal Care. Routine care for the Healthy Pregnant Woman. NICE&NCCWCH, RCOG Press 2008.
27. Clinical Practice guidelines. Pregnancy care. Australian Government Department of Health, 2019.
28. Доброкачественные и предраковые заболевания шейки матки с позиции профилактики рака. Клинические рекомендации Минздрава РФ, 2017 г.
29. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».
30. Истмико-цервикальная недостаточность. Клинические рекомендации Минздрава РФ. 2018.
31. Истмико-цервикальная недостаточность. Клинические рекомендации Минздрава РФ. 2018.
32. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».
33. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».
34. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».
35. Акушерство: национальное руководство / под ред. ЕМ. Савельевой, Е.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд. - М.: ЕЭОТАР-Медиа, 2018 г.
36. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения
37. **Немедикаментозные методы коррекции жалоб, возникающих во**

**время нормальной беременности**

* Беременной пациентке е жалобами на тошноту и рвоту должны быть даны рекомендации по еоблюдению диеты (2,105-107).

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).**

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

* Беременной пациентке е жалобами на изжогу должны быть даны рекомендации по избеганию положений тела, епоеобетвуюш,их возникновению изжоги; еоблюдению диеты; ношению евободной одежды, не давяш,ей на облаеть желудка. [JL]

**Уровень убелите.льности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 51.**

Комментарии: Доказательная база необходимоети данных рекомендаций отеутетвует. Диета включает: дробное питание, малыми порциями, иеключение из рациона жирных, жареных блюд, шоколада, оетрых блюд, газированных напитков, кофе, крепкого чая.

* Беременной пациентке е жалобами на запоры и геморрой во время беременноети должны быть даны рекомендации по увеличению двигательной активноети и модификация рациона питания (108).

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств —2).**

Комментарии: Модификация рациона питания включает путем добавление к пище пищевых волокон. [[2]](#footnote-2)

конечностей. Помимо компрессионного трикотажа беременной пациентке могут быть назначены сеансы лечебной физкультуры и контрастный душ в сочетании с правильным режимом труда и отдыха.

* Беременной пациентке с жалобами на боль в спине должны быть даны рекомендации по соблюдению режима физической активности (110,111).

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств — 1).**

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

* Беременной пациентке с жалобами на боль в лобке вследствие развития симфизита должны быть даны рекомендации по ношению бандажа и использованию локтевых костьшей при движении (112).

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5).**

1. **Медикаментозные методы коррекции жалоб, возникающих во время**

**нормальной беременности**

* Беременной пациентке с жалобами на изжогу при отсутствии эффекта от соблюдения диеты и образа жизни рекомендовано назначить препараты с антацидным действием (АТХ антациды) (113,114).

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).**

Комментарий: Беременной пациентке с жалобами на изжогу при отсутствии эффекта от соблюдения диеты и образа жизни могут быть также назначены обволакиваюш,ие и вяжуш,ие препараты растительного происхождения, но доказательная база эффективности их назначения при изжоге отсутствует.

* Беременной пациентке с жалобами на геморрой при отсутствии эффекта от соблюдения режима профилактики запоров рекомендовано назначить антигеморроидальные средства в виде ректальных свечей или кремов, разрешенных к применению во время беременности, а также пероральный прием лекарственных препаратов, содержаш,их биофлавоноиды (гесперидин+диосмин) (115,116).

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств — 2).**

Комментарии: Назначение препаратов, содержаш,их биофлавоноиды (диосмин, гесперидин) улучшает клиническую симптоматику при геморрое во время беременности в 7 раз. [[3]](#footnote-3)

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств — 1).**

Комментарий: Бессимптомная бактериурия - это наличие колоний бактерий> 10^ в 1 мл средней порции мочи при отсутствии клинических симптомов.

1. **Назначение витаминов и пищевых добавок**
* Беременной пациентке рекомендовано назначить пероральный прием фолиевой кислоты[[4]](#footnote-4) [[5]](#footnote-5) на протяжении первых 12 недель беременности в дозе 400 мкг в день (118,119).[2]’[3J,[4]

**Уровень убе/тительности рекомен/таний А (уровень достоверности доказательств - 11.**

Комментарии: Назначение фолиевой кислоты\*\* на протяжении первых 12 недель

беременности снижает риск рождения ребенка с дефектом нервной трубки (например, анэнцефалией или расщеплением позвоночника).

* Беременной пациентке рекомендовано назначить пероральный прием препаратов йода (калия йодида)\*\* на протяжении всей беременности в дозе 200 мкг в день (120-122).

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

* Беременной пациентке группы высокого риска ПЭ при низком потреблении кальция (менее 600 мг/день) рекомендовано назначить пероральный прием препаратов кальция на протяжении всей беременности в дозе 1 г/день (123-125).

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 1).**

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

* Беременной пациентке группы высокого риска гиповитаминоза витамина D рекомендовано назначить пероральный прием витамина D) (АТХ Комбинация производных витаминов D) на протяжении всей беременности в дозе 10 мкг (400 ME) в день (126,127).

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 1).**

Комментарии: 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/м^ (128,129).

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

* Беременной пациентке группы низкого риска авитаминоза не рекомендовано рутинно назначать прием поливитаминов (132).

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 1).**

Комментарий: В группе низкого риска авитаминоза назначение поливитаминов не снижает риск перинатальных осложнений. Беременной пациентке группы высокого риска авитаминоза может быть рекомендован пероральный прием поливитаминов на протяжении всей беременности, так как в группе высокого риска авитаминоза их назначение снижает риск перинатальных осложнений (132). К группе высокого риска авитаминоза относятся женш,ины низкого социально-экономического класса, с неправильным образом жизни, недостатком питания, с особенностью диеты (вегетарианки).

* Беременной папиентке не рекомендовано рутинно назначать прием Омега-3 полиненасытненных жирных кислот 1АТХ Омега-3 триглицериды, включая другие эфиры и кислоты! 11331.

**Уровень убелите.льности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 11.**

Комментарий: Назначение Омега-3 полиненасыш,енных жирных кислот не снижает риск таких акушерских и перинатальных осложнений, как ПЭ, ПР, ЗРП, ГСД, послеродовая депрессия, и нарушение нейрокогнитивного развития детей. Куряш,ей беременной пациентке может быть рекомендован прием Омега-3 полиненасыш,енных жирных кислот, так как это снижает риск спонтанных ПР и рождения маловесных детей (134). [[6]](#footnote-6)

Комментарии: Прием витамина Е не енижает риек таких акушереких и перинатальных оеложнений, как ПЭ, ПР, ЗРП, антенатальная гибель плода и неонатальная емерть.

• Беременной пациентке не рекомендовано рутинно назначать прием аекорбиновой киелоты (139).

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).**

Комментарии: Рутинный прием витамина С не енижает риек таких акушереких и перинатальных оеложнений, как ПЭ, ПР, ЗРП, антенатальная гибель плода и неонатальная емерть.

[JL] Акушеретво: национальное руководетво / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинекого. - 2-е изд. - М.: ЕЭОТАР-Медиа, 2018 г.

[2] Antenatal Саге. Routine еаге for the Healthy Pregnant Woman. NICE&NCCWCH, RCOG Press 2008 [3J Maternal and ehild nutrition. NICE, Mareh 2008

[4] WHO. Guideline: Daily iron and folie aeid supplementation in pregnant women. Geneva, WHO, 2012.

1. **Медицинская реабилитация и санаторно- курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных**

**лечебных факторов**

Не применимо

1. **Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики**

**5.1 Рекомендации по исключению факторов риска для профилактики**

**осложнений беременности**

* Беременной пациентке должны быть даны рекомендации по прибавке маееы тела в завиеимоети от иеходного ИМТ (20,140-143).

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).**

Комментарии: Как избыточная, так и недостаточная прибавка массы тела во время беременности ассоциирована с акушерскими и перинатальными осложнениями. Беременные пациентки с ожирением (ИМТ>30 кг/м ) составляют группу высокого риска перинатальных осложнений: самопроизвольного выкидыша, ГСД, гипертензивных расстройств, ПР,

оперативного родоразрешения, антенатальной и интранатальной гибели плода, ТЭО (20,144). Беременные с ИМТ<20 кг/м составляют группу высокого риска ЗРП (143).

* Беременной пациентке должны быть даны рекомендации по отказу от работы, связанной с длительным стоянием или с излишней физической нагрузкой, работы в ночное время и работы, вызываюгцей усталость (145-147).

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).**

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

* Беременной пациентке должны быть даны рекомендации по отказу от работы, связанной с воздействием рентгеновского излучения (148,149).

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).**

* Беременной пациентке с нормальным течением беременности должна быть рекомендована умеренная физическая нагрузка (20-30 минут в день) (150).

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

Комментарий: Физические упражнения, не сопряженные с избыточной физической нагрузкой или возможной травматизацией женгцины, не увеличивают риск ПР и нарушение развития детей (151,152). [[7]](#footnote-7)

контактные виды спорта, такие как борьба, виды спорта с ракеткой и мячом, подводные погружения) (153).

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

* При нормальном течении беременности пациентке не должны даваться рекомендации по отказу от половой жизни, так как половые контакты при нормальном течении беременности не увеличивают риск ПР и перинатальной смертности (154-156).

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).**

* Беременной пациентке с нарушением микрофлоры влагалиш,а должны быть даны рекомендации по воздержанию от половой жизни до восстановления микробиоты влагалиш,а (154).

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).**

Комментарий: Половые контакты у беременной пациентки с нарушением микрофлоры влагалиш,а увеличивают риск ПР.

* Беременной пациентке, совершаюш,ей длительные авиаперелеты, должны быть даны рекомендации по профилактике ТЭО, такие как ходьба по салону самолета, обильное питье, исключение алкоголя и кофеина (157,158), и ношение компрессионного трикотажа на время полета (159,160).

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 1).**

Комментарии: 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 еш,е выше (примерно в 10 раз) (157).

* Беременной пациентке 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 (161,162).

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).**

Комментарий: Правильное использование ремня безопасности у беременной женш,ины заключается в использовании трехточечного ремня, где первый ремень протягивается под животом по бедрам, второй ремень - через плечи, третий ремень - над животом между молочными железами (163).

* Беременной пациентке должны быть даны рекомендации по образу жизни, направленному на снижение воздействия на организм вредных факторов окружаюш,ей среды (поллютантов) (164-168).

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).**

Комментарий: Выявлен повышенный риек невынашивания беременноети, ПР, геетационной артериальной гипертензии и других оеложнений беременноети веледетвие воздейетвия поллютантов, еодержаш,ихея в атмоеферном воздухе, воде и продуктах питания (например, тяжелых металлов - мышьяка, евинца, и др. органичееких еоединений - биефенола А, и др.).

* Беременной пациентке должны быть даны рекомендации по отказу от курения (169-171).

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).**

Комментарии: Курение во время беременноети аееоциировано е такими оеложнениями как ЗРП, ПР, предлежание плаценты, преждевременная отелойка нормально раеположенной плаценты (ПОНРП), гипотиреоз у матери (169,170), преждевременное излитие околоплодных вод (171), низкая маееа тела при рождении, перинатальная емертноеть (169) и эктопичеекая беременноеть (169). Примерно 5-8% ПР, 13-19% родов в ерок ребенком е низкой маееой тела, 23-34% елучаев внезапной детекой емерти и 5-7% емертей в детеком возраете по причинам, евязанным е патологичееким течением пренатального периода, могут быть аееоциированы е курением матери во время беременноети (172). Дети, рожденные от курящих матерей, имеют повышенный риек заболеваемоети бронхиальной аетмой, кишечными коликами и ожирением (173-175).

* Беременной пациентке должны быть даны рекомендации по отказу от приема алкоголя во время беременноети, оеобенно в 1-м тримеетре (176,177).

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

Комментарий: Несмотря на отеутетвие 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 (176,178-180), например алкогольный синдром плода и задержка психомоторного развития (177).

* Беременной пациентке должны быть даны рекомендации по правильному питанию, такие как отказ от вегетарианства (181) и снижение потребления кофеина (182-185).

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).**

Комментарии: Вегетарианство во время беременности увеличивает риск ЗРП (181). Большое количество кофеина (более 300 мг/сут) увеличивает риск прерывания беременности и рождения маловесных детей (182-185). [[8]](#footnote-8)

Комментарии: Большое потребление рыбы, богатой метилртутью (например, тунец, акула, рыба-меч, макрель) может вызвать нарушение развития плода (186,187). Здоровое питание во время беременноети характеризуетея доетаточной калорийноетью и еодержанием белка, витаминов и минеральных веш,еетв, получаемых в результате употребления в пишу разнообразных продуктов, включая зеленые и оранжевые овош,и, мяео, рыбу, бобовые, орехи, фрукты и продукты из цельного зерна (189).

• Беременной пациентке должны быть даны рекомендации избегать потребления непаетеризованного молока, еозревших мягких еыров, паштета и плохо термичееки обработанных мяеа и яиц, так как эти продукты являютея иеточниками лиетериоза и еальмонеллеза (190,191).

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

Комментарии: Самыми частыми инфекциями, передаюш,имися с нишей, являются листериоз и сальмонеллез. Заболеваемость листериозом беременных женщин выше (12/100 000), чем в целом по популяции (0,7/100 000) (190).

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

**беременности**

* Беременной пациентке группы высокого риска ПЭ рекомендовано назначить пероральный прием #ацетилсалициловой кислоты[[9]](#footnote-9) [[10]](#footnote-10) с 12 недель беременности до 36 недель беременности по 150 мг/день (123,124).[JL]

**Уровень убелите.льности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 11.**

Комментарий: К группе высокого риска развития ПЭ относятся пациентки с указанием на

раннюю и/или тяжелую ПЭ в анамнезе.

* Беременной пациентке с беременностью, наступившей в результате ВРТ, рекомендовано назначение гестагенов (АТХ Половые гормоны и модуляторы половой системы) с момента трансвагинальной пункции яичников или в первые трое суток после нее (192-194).

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1)**

Комментарий: Пазначение гестагенов папиенткам с беременностью, наступившей в результате

ВРТ. производится по заключению врача акушера-гинеколога Центра ВРТ[2].

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

* Беременной пациентке группы высокого риска ПР рекомендовано назначить прием препаратов прогестерона с 22 до 34 недель беременности (197,198) [3J,[4]^

**Уровень убелительности рекоменланий А (уровень достоверности доказательств - 11.**

Комментарий: К группе высокого риска развития позднего выкидыша и ПР относятся пациентки с указанием на наличие поздних выкидышей/ПР в анамнезе.

* Беременной резус-отрипательной папиентке с отрипательным уровнем антирезусных антител, не выявленными в 28 недель, рекомендовано назначить введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] в 28-30 недель беременности в дозе, согласно инструкнии к препарату, внутримышечно 158.1991.[5]

**Уровень убелите.льности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 11.**

Комментарии: 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 циркулируюш,им в крови матери внеклеточным фрагментам плодовой ДНК, введение антирезусного иммуноглобулина Rho(D) в 28-30 недель не проводится.

* Беременной резус-отрицательной пациентке с отрицательным уровнем антирезусных антител при проведении амниоцентеза или биопсии ворсин хориона рекомендовано назначить введение антирезусного иммуноглобулина Rho(D) в дозе, согласно инструкции к препарату, внутримышечно (20,200).

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).**

Комментарий: Амниоцентез и биопсия ворсин хориона могут приводить к сенсибилизации матери по системе резус в случае, если кровь матери резус-отрицательная, а кровь плода - резус-положительная (201-204).

**5.3. Вакцинация во время беременности**

• При путешествии в тропические страны, а также в случае эпидемий, беременной пациентке рекомендовано проведение вакцинации с применением инактивированных и генно- инженерных вакцин, анатоксинов, оральной полиовакцины (205).

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).**

Комментарий: Беременной пациентке противопоказано назначение живых вакцин (205) (Таблица 3). Беременная пациентка подпиеывает информированное добровольное еоглаеие на проведение вакцинации.

• Трёхвалентные инактивированные вакцины рекомендуютея женщинам, у которых беременноеть еовпадает е еезоном гриппа.[6],[7]

**Уровень убелительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5Т**

Комментарий: Данные оенованы на значительном уменьшении раепроетранённоети, тяжеети течения и поеледетвий гриппа у беременных женщин е потенциальной пользой для рождённых ими младенцев.

Таблица 3

Вакцинация во время беременноети (205)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вакцина | Применение во время беременности | Комментарий |
| БЦЖа | Нет |  |
| Холера | Нет(206) | Безопасность не доказана |
| Гепатит А | Да в случае необходимости | Безопасность не доказана |
| Гепатит В | Да в случае необходимости |  |
| Г рипп | Да в случае необходимости |  |
| Японский энцефалит | Нет | Безопасность не доказана |
| Корь® | Нет® |  |
| Менингококковая инфекция | Да в случае необходимости | Только в случае высокого риска инфицирования (206) |
| 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 Ту21а® | Нет | Безопасность не доказана |
| Оспа | Нет |  |
| Ветряная оспа® | Нет |  |
| Желтая лихорадка® | Только в случае высокого риска инфицирования |  |
| Г рипп | В сезон гриппа |  |

а - живая вакцина, противопоказана во время беременноети

в - беременность должна планироваться не ранее, чем через 3 месяца после вакцинации

1. **Организация оказания медицинской помощи**

Показания для госпитализации в акушерско-гинекологический стационар:

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, олиго\анурия, нарушения сознания, судороги в анамнезе, гиперрефлексия).
12. Признаки хориоамнионита.
13. ЗРП 2-3 степени.
14. Нарушение функционального состояния плода по данным допплерометрии и КТГ.
15. Внутриутробная гибель плода.
16. Острый живот.
17. Острые инфекционные и воспалительные заболевания.

Показания к выписке пациента из медининской организации:

1. После родов (см. клинические рекомендации «Послеродовая помощь и обследование»).
2. После купирования симптомов угрожающего выкидыша, угрожающих ПР, ИЦН с прогрессирующей беременностью (см. клинические рекомендации «Выкидыш в ранние сроки беременности», «Преждевременные роды и родоразрешение», «Истмико- цервикальная недостаточность»).
3. После купирования симптомов рвоты беременных с пролонгирующейся беременностью (см. клинические рекомендации «Рвота беременных»).
4. После купирования причины острого живота с пролонгирующейся беременностью.
5. После излечения острых инфекционных и воспалительных заболеваний с пролонгирующейся беременностью.

Показания для госпитализации в акушерско-гинекологический стационар 3-й группы:

Наличие рубца на матке после операции кесарева сечения и расположение плаценты по

передней стенке матки согласно данным УЗИ (группа высокого риска по врастанию плаценты).

Кратность посещения врача акушера-гинеколога во время нормальной беременности:

Оптимальная кратность посещения врача акушера-гинеколога беременной женщиной е нормально протекающей беременноетью еоетавляет от 4 до 7 раз. Оптимальным временем первого визита к врачу являетея 1-й тримеетр беременноети (до 10 недель). [8J

[JL] Гипертензивные раеетройетва во время беременноети, в родах и в поелеродовом периоде. Преэклампеия. Эклампеия. Клиничеекие рекомендации Минздрава Роееии, 2016.

[2] Вепомогательные репродуктивные технологии и иекуеетвенная инееминация. Клиничеекие рекомендации Минздрава Роееии. 2018.

[3J Иетмико-цервикальная недоетаточноеть. Клиничеекие рекомендации Минздрава РФ. 2018.

[4] Преждевременные роды. Клиничеекие рекомендации Минздрава Роееии, 2013.

[5J Antenatal Саге. Routine еаге for the Healthy Pregnant Woman. NICE&NCCWCH, RCOG Press 2008

1. ECDC seientifie adviee on seasonal influenza vaeeination of ehildren and pregnant women: ECDC Teehnieal report/ European Centre for Disease Prevention and Control. Stockholm: ECDC. 2012:68.
2. Вакцинация беременных против гриппа. Федеральные клиничеекие рекомендации. 2014 г.
3. Antenatal Саге. Routine еаге for the Healthy Pregnant Woman. NICE&NCCWCH, RCOG Press 2008.
4. **Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или**

**состояния)**

Не применимо

**Критерии оценки качества медицинской помощи**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Критерии качества | Уровеньубедительностирекомендаций | Уровень достоверности доказател ьств |
| 1. | Проведено определение срока беременности и родов при 1-м визите беременной пациентки | А | 2 |
| 2. | Проведено измерение артериального давления при каждом визите беременной пациентки | С | 5 |
| 3. | Проведено измерение высоты дна матки при каждом визите беременной пациентки и ведение гравидограммы после 20 недель беременности | В | 2 |
| 4. | Проведено определение частоты сердцебиения плода при помощи акушерского стетоскопа после 20 недель беременности или при помощи фетального допплера после 12 недель беременности при каждом визите беременной пациентки | С | 4 |
| 5. | Выполнено направление беременной пациентки 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 | А | 1 |
| 6. | Выполнено направление беременной пациентки на определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis В virus) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis В virus) в крови при 1-м визите и в 3-м триместре беременности | В | 1 |
| 7. | Выполнено направление беременной пациентки на определение антител к бледной трепонеме (Treponema paiiidum) в крови при 1- м визите и в 3-м триместре беременности | В | 2 |
| 8. | Выполнено направление беременной пациентки на определение антигена стрептококка группы В (S. agaiactiae) в отделяемом цервикального канала в 35-37 недель беременности | В | 1 |
| 9. | Выполнено направление беременной пациентки на микроскопическое исследование влагалищных мазков при 1-м визите и в 3-м триместре беременности | В | 4 |
| 10. | Выполнено направление беременной пациентки на микробиологическое (культуральное) исследование средней порции мочи на бактериальные патогены однократно на выявление бессимптомной бактериурии при 1-м визите | А | 1 |
| 11. | Выполнено направление беременной пациентки на определение основных групп по системе АВО и антигена D системы Резус (резус-фактор) однократно при 1-м визите | В | 1 |
| 12. | Выполнено направление беременной резус-отрицательной пациентки на определение антирезусных антител при 1-м визите и затем при отсутствии антител в 18-20 недель и в 28 недель беременности | В | 1 |
| 13. | Выполнено направление беременной пациентки на проведение общего (клинического) анализа крови при 1-м визите, во 2-м и в 3-м триместре беременности | В | 1 |
| 14. | Выполнено направление беременной пациентки 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 | С | 4 |
| 15. | Выполнено направление беременной пациентки исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови однократно при 1-м визите | А | 1 |
| 16. | Выполнено направление беременной пациентки на проведение общего (клинического) анализа мочи при 1-м визите, во 2-м и в 3- м триместре беременности для выявления протеинурии | В | 2 |
| 17. | Выполнено направление беременной пациентки на проведение скринингового ультразвукового исследования плода и биохимического скрининга при сроке беременности 11-13® недель | А | 1 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Критерии качества | Уровеньубедительностирекомендаций | Уровень достоверности доказател ьств |
| 18. | Выполнено направление беременной пациентки на проведение скринингового ультразвукового исследования плода и ультразвукового исследования шейки матки (УЗ-цервикометрию) при сроке беременности 18-20® недель | А | 1 |
| 19. | Проведено назначение перорального приема фолиевой кислоты\*\* беременной пациентке на протяжении первых 12 недель беременности в дозе 400 мкг в день | А | 1 |
| 20. | Проведено назначение введения иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] в дозе, согласно инструкции к препарату, внутримышечно в 28-30 недель беременности беременной резус- отрицательной пациентке при отсутствии антирезусных антител | А | 1 |

**Список литературы**

1. Whitehead SA, Andrews PLR, Chamberlain GVP. Charaeterisation of nausea and vomiting in early pregnaney: a survey of 1000 women. J Obstet Gynaeeol (Lahore). 1992 Jan 2;12(6):364-9.
2. Gadsby R, Bamie-Adshead AM, Jagger C. A prospeetive study of nausea and vomiting during pregnaney. Br J GenPraet. 1993 Jun;43(371):245-8.
3. Marrero JM, Goggin PM, de Caesteeker JS, Pearee JM, Maxwell JD. Determinants of pregnaney heartburn. Br J Obstet Gynaeeol. 1992 Sep;99(9):731-4.
4. Knudsen A, Lebeeh M, Hansen M. Upper gastrointestinal symptoms in the third trimester of the normal pregnaney. Eur J Obstet Gyneeol Reprod Biol. 1995 May;60(l):29-33.
5. Bainbridge ET, Temple JG, Nieholas SP, Newton JR, Boriah V. Symptomatie gastro-oesophageal reflux in pregnaney. A eomparative study of white Europeans and Asians in Birmingham. Br J Clin Praet. 1983 Feb;37(2):53-7.
6. Meyer EC, Peaeoek JE, Bland JM, Anderson HR. Symptoms and health problems in pregnaney: their assoeiation with soeial faetors, smoking, aleohol, eafifeine and attitude to pregnaney. Paediatr Perinat Epidemiol. 1994 Apr;8(2): 145-55.
7. Abramowitz E, Sobhani 1, Benifla JE, Vuagnat A, Darai E, Mignon M, et al. Anal Assure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery. Dis Colon Reetum. 2002 May;45(5):650- 5.
8. Greenwood CJ, Stainton MC. Baek pain/diseomfort in pregnaney: invisible and forgotten. J Perinat Edue. 2001;10(1):1-12.
9. Kristiansson P, Svardsudd K, von Sehoultz B. Baek pain during pregnaney: a prospeetive study. Spine (PhilaPa 1976). 1996 Mar;21(6):702-9.
10. Stapleton DB, MaeEennan AH, Kristiansson P. The prevalenee of reealled low baek pain during and after pregnaney: a South Australian population survey. Aust N Z J Obstet Gynaeeol. 2002 Nov;42(5):482-5.
11. Owens K, Pearson A, Mason G. Symphysis pubis dysftmetion—a eause of signifleant obstetrie morbidity. Eur J Obstet Gyneeol Reprod Biol. 2002 Nov; 105(2): 143-6.
12. Voitk AJ, Mueller JC, Farlinger DE, Johnston RU. Carpal tunnel syndrome in pregnaney. Can MedAssoe J. 1983 Feb;128(3):277-81.
13. Padua E, Aprile 1, Caliandro P, Carboni T, Melon! A, Mass! S, et al. Symptoms and neurophysiologieal pieture of earpal tunnel syndrome in pregnaney. Clin Neurophysiol. 2001 Oet;112(10):1946-51.
14. Savitz DA, Terry JW, Dole N, Thorp JM, Siega-Riz AM, Herring AH. Comparison of pregnaney dating by last menstrual period, ultrasound seanning, and their eombination. Am J Obstet Gyneeol. 2002 Dee; 187(6): 1660-6.
15. Olesen AW, Thomsen SG. Predietion of delivery date by sonography in the first and seeond trimesters. Ultrasound Obstet Gyneeol. 2006 Sep;28(3):292-7.
16. 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.
17. Johnsen SL, Rasmussen S, Sollien R, Kisemd T. Aeeuraey of seeond trimester fetal head eireumferenee and biparietal diameter for predieting the time of spontaneous birth. J Perinat Med. 2006;34(5):367-70.
18. National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health. Antenatal eare. Routine eare for the healthy pregnant woman. 2nd ed. London NWl 4RG: RCOG Press; 2008. 428 p.
19. Rong K, Yu K, Han X, Szeto IMY, Qin X, Wang J, et al. Pre-pregnaney BMl, gestational weight gain and postpartum weight retention: a meta-analysis of observational studies. Publie Health Nutr. 2015 Aug;18(12):2172-82.
20. Ameriean Aeademy of Pediatries and the Ameriean College of Obstetrieians and Gyneeologists. Guidelines for perinatal eare. 8th ed. Elk Grove Village, IL; Washington, DC; 2017.
21. Nissaisorakam P, Sharif S, Jim B. Hypertension in Pregnaney: Defining Blood Pressure Goals and the Value of Biomarkers for Preeelampsia. Curr Cardiol Rep. 2016; 18(12): 131.
22. Metoki H, Iwama N, Ishikuro M, Satoh M, Murakami T, Nishigori H. Monitoring and evaluation of out-of-ofiRee blood pressure during pregnaney. Hypertens Res. 2017 Feb;40(2): 107-9.
23. Stamilio DM, Sehdev HM, Morgan MA, Propert K, Maeones GA. Can antenatal elinieal and bioehemieal markers prediet the development of severe preeelampsia? Am J Obstet Gyneeol. 2000 Mar;182(3):589-94.
24. Skjaerven R, Wileox AJ, Lie RT. The interval between pregnaneies and the risk of preeelampsia. N Engl J Med. 2002 Jan;346(l):33-8.
25. Odegard RA, Vatten LJ, Nilsen ST, Salvesen KA, Austgulen R. Risk faetors and elinieal manifestations ofpre-eelampsia. BJOG. 2000 Nov;107(ll): 1410-6.
26. Odedina SO, Ajayi 10, Adeniji-Sofoluwe A, Morhason-Bello 10, Huo D, Olopade 01, et al. A longitudinal study of the prevalenee and eharaeteristies of breast disorders deteeted by elinieal breast examination during pregnaney and six months postpartum in Ibadan, Southwestern Nigeria. BMC Womens Health. 2018;18(1):152.
27. Lenihan JP. Relationship of antepartum pelvie examinations to premature rupture of the membranes. Obstet Gyneeol. 1984 Jan;63(l):33-7.
28. Robert Peter J, Ho JJ, Valliapan J, Sivasangari S. Symphysial fundal height (SFH) measurement in pregnaney for deteeting abnormal fetal growth. Coehrane database Syst Rev. 2015 Sep 8; (9):CD008136.
29. Pillay P, Janaki S MC. A Comparative Study of Gravidogram and Ultrasound in Deteetion of lUGR. J Obs Gynaeeol India. 2012;62(4):409-12.
30. Шмаков РГ, Баев OP, Kan HE, Пекарев ОГ, Полушкина ЕС, Клименченко НИ, et al. Ведение физиологичеекой беременноети: клиничеекие рекомендации. Акушеретво и гинекология. 2016; (12. Протоколы.):20-39.
31. Thorp JM, Jenkins Т, Watson W. Utility of Eeopold maneuvers in sereening for malpresentation. Obstet Gyneeol. 1991 Sep;78(3 Pt l):394-6.
32. Eydon-Roehelle M, Albers E, Gorwoda J, Craig E, Qualls C. Aeeuraey of Eeopold maneuvers in sereening for malpresentation: aprospeetive study. Birth. 1993 Sep;20(3): 132-5.
33. Webb SS, Plana MN, Zamora J, Ahmad A, Earley B, Maearthur C, et al. Abdominal palpation to determine fetal position at labor onset: a test aeeuraey study. Aeta Obstet Gyneeol Seand. 2011 Nov;90(ll): 1259-66.
34. Divanovie E, Buehmann EJ. Routine heart and lung auseultation in prenatal eare. Int J Gynaeeol Obstet. 1999Mar;64(3):247-51.
35. Sharif K, Whittle M. Routine antenatal fetal heart rate auseultation: is it neeessary? J Obstet Gynaeeol (Eahore). 1993;13:111-3.
36. Mangesi E, Hofineyr GJ, Smith V, Smyth RMD. Fetal movement eounting for assessment of fetal wellbeing. Coehrane database Syst Rev. 2015 Oet 15;(10):CD004909.
37. Maeones G, Depp R. Fetal monitoring. In: Wildsehut H, Weiner C, Peters T, editors. When to sereen in obstetries and gynaeeology. Eondon: WB Saunders; 1996. p. 202-18.
38. Volmink J, Siegfried NE, van der Merwe E, Broeklehurst P. Antiretrovirals for redueing the risk of mother-to-ehild transmission of HIV infeetion. Coehrane database Syst Rev. 2007 Jan; (1):CD003510.
39. Wong VC, Ip HM, Reesink HW, Eelie PN, Reerink-Brongers EE, Yeung CY, et al. Prevention of the HBsAg earner state in newborn infants of mothers who are ehronie earriers of HBsAg and HBeAg by administration of hepatitis-B vaeeine and hepatitis-B immunoglobulin. Double-blind randomised plaeebo-eontrolled study. Eaneet (Eondon, England). 1984 Apr;l(8383):921-6.
40. Xu ZY, Eiu CB, Franeis DP, Pureell RH, Gun ZE, Duan SC, et al. Prevention of perinatal aequisition of hepatitis В vims earriage using vaeeine: preliminary report of a randomized, double­blind plaeebo-eontrolled and eomparative trial. Pediatries. 1985 Nov;76(5):713-8.
41. Шапошникова ЕВ, Сапрутько 00. Хронические вирусные гепатиты В и С и беременность: особенности течения и перинатальные исходы. Медицинский альманах. 2014;4(34):4С.
42. Walker GJ. Antibiotics for syphilis diagnosed during pregnancy. Cochrane database Syst Rev. 2001;(3):CD001143.
43. Watson-Jones D, Gumodoka B, Weiss H, Changalucha J, Todd J, Mugeye K, et al. Syphilis in pregnancy in Tanzania. 11. The effectiveness of antenatal syphilis screening and single-dose benzathine penicillin treatment for the prevention of adverse pregnancy outcomes. J Infect Dis. 2002 Oct;186(7):948-57.
44. Control and prevention of rubella: evaluation and management of suspected outbreaks, rubella in pregnant women, and surveillance for congenital rubella syndrome. MMWR Recomm reports Morb Mortal Wkly report Recomm reports. 2001 Jul 13;50(RR-12):l-23.
45. Gilbert RE, Peckham CS. Congenital toxoplasmosis in the United Kingdom: to screen or not to screen? J Med Screen. 2002;9(3): 135-41.
46. Wallon M, Eiou C, Gamer P, Peyron F. Congenital toxoplasmosis: systematic review of evidence of efficacy of treatment in pregnancy. BMJ. 1999 Jun;318(7197):1511-4.
47. Bolyard E, Tablan O, Williams W, Pearson M, Shapiro C, Deitchmann S. Guideline for infection control in health care personnel. Centers for Disease Control and Prevention. Infection Control and. Hosp Epidemiol. 1998;19:408-63.
48. Stagno S, Whitley R. Herpesvims infections of pregnancy. Part 1: Cytomegalovims and Epstein- Barr vims infections. N Engl J Med. 1985;313:1270-4.
49. Smaill FM. Intrapartum antibiotics for Group В streptococcal colonisation. In: Smaill FM, editor. The Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Etd; 1996.
50. Benitz WE, Gould JB, Dmzin ME. Antimicrobial prevention of early-onset group В streptococcal sepsis: estimates of risk reduction based on a critical literature review. Pediatrics. 1999 Jun;103(6):e78.
51. Ohlsson A, Shah VS. Intrapartum antibiotics for known maternal Group В streptococcal colonization. Cochrane database Syst Rev. 2014 Jun;(6):CD007467.
52. 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.
53. 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.
54. Heumann CE, Quilter EAS, 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.

1. McDonald H, Brocklehurst P, Parsons J, Vigneswaran R. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnaney. Coehrane database Syst Rev. 2003;(2):CD000262.
2. Smaill F. Antibiotie treatment for symptomatie baeteriuria: antibiotie vs. no treatment for asymptomatie baeteriuria in pregnaney. Coehrane Database Syst R. 2002;(3):l-5.
3. Judd WJ, Luban NL, Ness PM, Silberstein LE, Stroup M, Widmann FK. Prenatal and perinatal immunohematology: reeommendations for serologie management of the fetus, newborn infant, and obstetrie patient. Transfusion. 1990 Feb;30(2): 175-83.
4. MeBain RD, Crowther CA, Middleton P. Anti-D administration in pregnaney for preventing Rhesus alloimmunisation. Coehrane database Syst Rev. 2015 Sep;(9):CD000020.
5. Crowther CA, Middleton P, MeBain RD. Anti-D administration in pregnaney for preventing Rhesus alloimmunisation. Coehrane database Syst Rev. 2013 Feb;(2):CD000020.
6. White J, Qureshi H, Massey E, Needs M, Byme G, Daniels G, et al. Guideline for blood grouping and red eell antibody testing in pregnaney. Transfiis Med. 2016 Aug;26(4):246-63.
7. Mollison P, Engelfiriet C, Contreras M. Haemolytie disease of the fetus and newborn. Blood transfusion in elinieal medieine. Oxford: Blaekwell Seienee; 1997. 390-424 p.
8. Brouwers HA, Overbeeke MA, van Ertbmggen 1, Sehaasberg W, Alsbaeh GP, van der Heiden C, et al. What is the best predietor of the severity of ABO-haemolytie disease of the newborn? Eaneet (Eondon, England). 1988 Sep;2(8612):641-4.
9. Steer P, Alam MA, Wadsworth J, Weleh A. Relation between maternal haemoglobin eoneentration and birth weight in different ethnic groups. BMJ. 1995 Feb;310(6978):489-91.
10. Zhou EM, Yang WW, Hua JZ, Deng CQ, Tao X, Stoltzfus RJ. Relation of hemoglobin measured at different times in pregnaney to preterm birth and low birth weight in Shanghai, China. Am J Epidemiol. 1998 Nov;148(10):998-1006.
11. Nair M, Churehill D, Robinson S, Nelson-Pierey C, Stanworth SJ, Knight M. Assoeiation between maternal haemoglobin and stillbirth: a eohort study among a multi-ethnie population in England. Br J Haematol. 2017;179(5):829-37.
12. Young MF, Oaks BM, Tandon S, Martorell R, Dewey KG, Wendt AS. Maternal hemoglobin eoneentrations aeross pregnaney and maternal and ehild health: a systematie review and meta-analysis. Ann N Y Aead Sei. 2019 Aug;1450(l):47-68.
13. Breymann C. Iron supplementation during pregnaney. Fetal Matem Med Rev. 2002 Feb 21;13(l):l-29.
14. Рослый ИМ, Абрамов СВ. Биохимические показатели крови при физиологичеекой беременноети. Вопроеы гинекологии, акушеретва и перинатологии. 2005;4(2):71-13.
15. Weinert LS. International Assoeiation of Diabetes and Pregnaney Study Groups reeommendations on the diagnosis and elassifieation of hyperglyeemia in pregnaney: eomment to the International Assoeiation of Diabetes and Pregnaney Study Groups Consensus Panel. Diabetes Care. 2010 Jul;33(7):e97; author reply e98.
16. Walker JD. NICE guidanee on diabetes in pregnaney: management of diabetes and its eomplieations from preeoneeption to the postnatal period. NICE elinieal guideline 63. Eondon, Mareh 2008. Diabet Med. 2008 Sep;25(9): 1025-7.
17. HAPO Study Cooperative Researeh Group, Metzger BE, Eowe EP, Dyer AR, Trimble ER, Chaovarindr U, et al. Hyperglyeemia and adverse pregnaney outeomes. N Engl J Med. 2008 May;358(19): 1991-2002.
18. Women"s, N.C.C.f and C.s. Health, Diabetes in pregnaney: management of diabetes and its eomplieations frompreeoneeption to the postnatal period. 2008: RCOG Press.
19. Committee on Praetiee Bulletins—Obstetries. Praetiee Bulletin No. 180: Gestational Diabetes Mellitus. Obstet Gyneeol. 2017;130(l):el7-37.
20. Муратова АЮ. Изменение показателей тромбоэлаетометрии и плазменного гемоетаза у женщин в акушерекой практике. Кубанекий научный медицинекий веетник. 2017;24(5):54-8.
21. Sun X, Hon N, Wang Н, Ма Е, Sun J, Eiu Y. A Meta-Analysis of Pregnaney Outeomes with Eevothyroxine Treatment in Euthyroid Women with Thyroid Autoimmunity. J Clin Endoerinol Metab. 2019 Nov;
22. Consortium on Thyroid and Pregnaney—Study Group on Preterm Birth, Korevaar TIM, Derakhshan A, Taylor PN, Meima M, Chen E, et al. Assoeiation of Thyroid Funetion Test Abnormalities and Thyroid Autoimmunity With Preterm Birth: A Systematie Review and Meta­analysis. JAMA. 2019;322(7):632-41.
23. Stettler RW, Cunningham EG. Natural history of ehronie proteinuria eomplieating pregnaney. Am J Obstet Gyneeol. 1992 Nov;167(5):1219-24.
24. Morris RK, Riley RD, Doug M, Deeks JJ, Kilby MD. Diagnostie aeeuraey of spot urinary protein and albumin to ereatinine ratios for deteetion of signifieant proteinuria or adverse pregnaney outeome in patients with suspeeted pre-eelampsia: systematie review and meta-analysis. BMJ. 2012 Jul;345:e4342.
25. Sanehez-Ramos E, Gillen G, Zamora J, Stenyakina A, Kaunitz AM. The protein-to-ereatinine ratio for the predietion of signifieant proteinuria in patients at risk for preeelampsia: a meta-analysis. Ann Clin Eab Sei. 2013;43(2):211-20.
26. Thangaratinam S, Coomarasamy A, O’Mahony F, Sharp S, Zamora J, Khan KS, et al. Estimation of proteinuria as a predictor of complications of pre-eclampsia: a systematic review. BMC Med. 2009 Mar;7:10.
27. Meggiolaro A, Unim B, Semyonov L, Miccoli S, Mafifongelli E, Ea Torre G. The role of Pap test screening against cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. Clin Ter. 167(4): 124-39.
28. Rozenberg P. [Is there a role for X-ray pelvimetry in the twenty-first century?]. Gynecol Obstet Fertil. 2007 Jan;35(l):6-12.
29. Alldred SK, Takwoingi Y, Guo B, Pennant M, Decks 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.
30. Whitworth M, Bricker E, Mullan C. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. Cochrane database Syst Rev. 2015 Jul 14;(7):CD007058.
31. Edwards E, Hui E. First and second trimester screening for fetal structural anomalies. Semin Fetal Neonatal Med. 2018;23(2): 102-11.
32. Malone FD, Canick JA, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH, Bukowski R, et al. First-trimester or second-trimester screening, or both, for Down’s syndrome. N Engl J Med. 2005 Nov 10;353(19):2001-11.
33. Policy. Perinatal Practice Guideline Cervical Insufficiency and Cerclage. SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice 14 November 2017.
34. Mamotti GM, Saccone G, Martinelli P. Third trimester ultrasound soft-tissue measurements accurately predicts macrosomia. J Matem Fetal Neonatal Med. 2017 Apr;30(8):972-6.
35. 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;
36. Sentilhes E., Senat 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 Ohs Gynecol Reprod Biol. 2017;(210):217-224.
37. Dunn E, 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.
38. Vollgraff Heidweiller-Schreurs CA, De Boer MA, Heymans MW, Schoonmade EJ, 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.
39. Nassr AA, Abdelmagied AM, Shazly SAM. Fetal cerebro-placental ratio and adverse perinatal outeome: systematie review and meta-analysis of the assoeiation and diagnostie performanee. J Perinat Med. 2016 Mar;44(2):249-56.
40. Alfirevie Z, Stampalija T, Dowswell T. Fetal and umbilieal Doppler ultrasound in high-risk pregnaneies. Coehrane database SystRev. 2017;6:CD007529.
41. Alfirevie Z, Stampalija T, Medley N. Fetal and umbilieal Doppler ultrasound in normal pregnaney. Coehrane database SystRev. 2015 Apr 15;(4):CD001450.
42. Grivell RM, Alfirevie Z, Gyte GML, Devane D. Antenatal eardiotoeography for fetal assessment. Coehrane database SystRev. 2015 Sep 12;(9):CD007863.
43. Жангереев AT. Роль еанитарно-проеветительной работы в профилактике кариееа зубов и гигиены полоети рта у беременных. Клиничеекая медицина Казахетана. 2012;2(25).
44. Арабаджян СИ, Д.В. А, Полунина ЕГ, Казарян ЭЭ, 1Цеголева ИВ. Роль офтальмологичеекого обеледования при беременноети. Уральекий медицинекий журнал. 2018; (1):108-11.
45. Кречмар МВ. Оеобенноети пренатального медико-генетичеекого конеультирования. Журнал акушеретва и женеких болезней. 2007;56(1).
46. Gil ММ, Aeeurti V, Santaeruz В, Plana MN, Nieolaides КН. Analysis of eell-free DNA in maternal blood in sereening for aneuploidies: updated meta-analysis. Ultrasound Obstet Gyneeol. 2017 Sep;50(3):302-14.
47. Gareia-Perez L, Linertova R, Alvarez-de-la-Rosa M, Ваубп JC, Imaz-lglesia 1, Ferrer-Rodriguez J, et al. Cost-effeetiveness of eell-free DNA in maternal blood testing for prenatal deteetion of trisomy 21, 18 and 13: a systematie review. Eur J Health Eeon. 2018 Sep;19(7):979-91.
48. Alfirevie Z, Navaratnam K, Mujezinovie F. Amnioeentesis and ehorionie villus sampling for prenatal diagnosis. Coehrane database Syst Rev. 2017;9:CD003252.
49. Beta J, Eesmes-Heredia C, Bedetti C, Akolekar R. Risk of misearriage following amnioeentesis and ehorionie villus sampling: a systematie review of the literature. Minerva Gineeol. 2018 Apr;70(2):215-9.
50. Akolekar R, Beta J, Pieeiarelli G, Ogilvie C, D’Antonio F. Proeedure-related risk of misearriage following amnioeentesis and ehorionie villus sampling: a systematie review and meta-analysis. Ultrasound Obstet Gyneeol. 2015 Jan;45(l): 16-26.
51. Matthews A, Haas DM, O’Mathuna DP, Dowswell T. Interventions for nausea and vomiting in early pregnaney. Coehrane database Syst Rev. 2015 Sep 8;(9):CD007575.
52. Aikins Murphy P. Alternative therapies for nausea and vomiting of pregnaney. Obstet Gyneeol. 1998 Jan;91(l): 149-55.
53. Keating A, Chez RA. Ginger syrup as an antiemetie in early pregnaney. Altem Ther Health Med. 8(5):89-91.
54. Jewell DJ, Young G. Interventions for treating eonstipation in pregnaney. Coehrane database Syst Rev. 2001;(2):CD001142.
55. Thaler E, Hueh R, Hueh A, Zimmermann R. Compression stoekings prophylaxis of emergent varieose veins in pregnaney: a prospeetive randomised eontrolled study. Swiss Med Wkly. 2001 Dee l;131(45-46):659-62.
56. Penniek V, Liddle SD. Interventions for preventing and treating pelvie and baek pain in pregnaney. Coehrane database Syst Rev. 2013 Aug 1;(8):CD001139.
57. Liddle SD, Penniek V. Interventions for preventing and treating low-baek and pelvie pain during pregnaney. Coehrane database Syst Rev. 2015 Sep 30;(9):CD001139.
58. Fry D, Hay-Smith J, Hough J, Melntosh J, Polden M, Shepherd J, et al. National elinieal guidelines for the eare of women with symphysis pubis dysfunetion. Assoeiation of Chartered Physiotherapists in Women’s Health. Midwives. 1997 Jul;110(1314):172-3.
59. Shaw RW. Randomized eontrolled trial of Syn-Ergel and an aetive plaeebo in the treatment of heartburn of pregnaney. J Int Med Res. 1978;6(2): 147-51.
60. Lang GD, Dougall A. Comparative study of Algieon suspension and magnesium trisilieate mixture in the treatment of reflux dyspepsia of pregnaney. Br J Clin Praet Suppl. 1989 Feb;66:48-51; diseussion 61-4.
61. Wijayanegara H, Mose JC, Aehmad L, Sobama R, Permadi W. A elinieal trial of bydroxyethylmtosides in the treatment of haemorrhoids of pregnaney. J Int Med Res. 1992 Feb;20(l):54-60.
62. Buekshee K, Takkar D, Aggarwal N. Mieronized flavonoid therapy in internal hemorrhoids of pregnaney. Int J Gynaeeol Obstet. 1997 May;57(2): 145-51.
63. Villar J, Lydon-Roehelle MT, Gtilmezoglu AM, Roganti A. Duration of treatment for asymptomatie baeteriuria during pregnaney. Coehrane database Syst Rev. 2000;(2):CD000491.
64. Li Z, Gindler J, Wang H, Berry RJ, Li S, Correa A, et al. Folie aeid supplements during early pregnaney and likelihood of multiple births: a population-based eohort study. Laneet (London, England). 2003 Feb l;361(9355):380-4.
65. De-Regil LM, Pena-Rosas JP, Femandez-Gaxiola AC, Rayeo-Solon P. Effeets and safety of perieoneeptional oral folate supplementation for preventing birth defeets. Coehrane database Syst Rev. 2015Dee;(12):CD007950.
66. Publie Health Committee of the Ameriean Thyroid Assoeiation, Beeker D V, Braverman LE, Delange F, Dunn JT, Franklyn JA, et al. Iodine supplementation for pregnaney and laetation-United

States and Canada: recommendations of the American Thyroid Association. Thyroid. 2006 Oct;16(10):949-51.

1. Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, Brown RS, Chen H, Dosiou C, et al. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. Thyroid. 2017;27(3):315-89.
2. Harding KB, Pena-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.
3. Committee Opinion No. 638: First-Trimester Risk Assessment for Early-Onset Preeclampsia. Obstet Gynecol. 2015 Sep;126(3):e25-7.
4. Henderson JT, Whitlock EP, O’Connor E, Senger CA, Thompson JH, Rowland MG. Eow-dose aspirin for prevention of morbidity and mortality from preeclampsia: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2014 May;160(10):695-703.
5. Hofrneyr GJ, Eawrie ТА, Atallah AN, Torloni MR. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. Cochrane database Syst Rev. 2018;10:CD001059.
6. Aghajafari F, Nagulesapillai T, Ronksley PE, Tough SC, O’Beime M, Rabi DM. Association between maternal serum 25-hydroxyvitamin D level and pregnancy and neonatal outcomes: systematic review and meta-analysis of observational studies. BMJ. 2013 Mar 26;346:H169.
7. Wei S-Q, Qi H-P, Euo Z-C, Fraser WD. Maternal vitamin D status and adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. J Matem Fetal Neonatal Med. 2013 Jun;26(9):889- 99.
8. Dunnigan MG, Henderson JB, Hole DJ, Barbara Mawer E, Berry JE. Meat consumption reduces the risk of nutritional rickets and osteomalacia. Br J Nutr. 2005 Dec;94(6): 983-91.
9. Finch PJ, Ang E, Colston KW, Nisbet J, Maxwell JD. Blunted seasonal variation in serum 25- hydroxy vitamin D and increased risk of osteomalacia in vegetarian Eondon Asians. Fur J Clin Nutr. 1992 Jul;46(7):509-15.
10. Roth DE, Morris SK, Zlotkin S, Gemand AD, Ahmed T, Shanta SS, et al. Vitamin D Supplementation in Pregnancy and Eactation and Infant Growth. N Engl J Med. 2018 Aug 9;379(6):535-46.
11. Sammour MB, El-Kabarity H, Fawzy MM, Schindler AE. WHO Recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Vol. 97, WHO Recommendations for Prevention and Treatment of Pre-Eclampsia and Eclampsia. 2011. 439-440 p.
12. Wolf НТ, Hegaard НК, Huusom LD, Pinborg AB. Multivitamin use and adverse birth outeomes in high-ineome eountries: a systematie review and meta-analysis. Am J Obstet Gyneeol. 2017;217(4):404.el-404.e30.
13. Saeeone G, Saeeone 1, Berghella V. Omega-3 long-ehain polyunsaturated fatty aeids and fish oil supplementation during pregnaney: whieh evidenee? J Matem Fetal Neonatal Med. 2016;29(15):2389-97.
14. Kuper SG, Abramoviei AR, Jauk VC, Harper LM, Biggio JR, Tita AT. The effeet of omega-3 supplementation on pregnaney outeomes by smoking status. Am J Obstet Gyneeol. 2017;217(4):476.el-476.e6.
15. Hemminki E, Rimpela U. A randomized eomparison of routine versus seleetive iron supplementation during pregnaney. J Am Coll Nutr. 1991 Feb; 10(1):3-10.
16. British Medieal Assoeiation, Royal Pharmaeeutieal Soeiety of Great Britain. British National Formulary. London; 439-440 p.
17. Dolk HM, Nau H, Hummler H, Barlow SM. Dietary vitamin A and teratogenie risk: European Teratology Soeiety diseussion paper. Eur J Obstet Gyneeol Reprod Biol. 1999 Mar;83(l):31-6.
18. Rumbold A, Ota E, Hori H, Miyazaki C, Crowther CA. Vitamin E supplementation in pregnaney. Coehrane database Syst Rev. 2015 Sep 7;(9):CD004069.
19. Rumbold A, Ota E, Nagata C, Shahrook S, Crowther CA. Vitamin C supplementation in pregnaney. Coehrane database Syst Rev. 2015 Sep 29;(9):CD004072.
20. Siega-Riz AM, Adair LS, Hobel CJ. Institute of Medieine maternal weight gain reeommendations and pregnaney outeome in a predominantly Hispanie population. Obstet Gyneeol. 1994 Oet;84(4):565-73.
21. Abrams B, Altman SL, Piekett KE. Pregnaney weight gain: still eontroversial. Am J Clin Nutr. 2000;71(5 Suppl):1233S-41S.
22. Tian C, Hu C, He X, Zhu M, Qin F, Liu Y, et al. Exeessive weight gain during pregnaney and risk of maerosomia: a meta-analysis. Areh Gyneeol Obstet. 2016 Jan;293(l):29-35.
23. Goldstein RF, Abell SK, Ranasinha S, Misso M, Boyle JA, Blaek MH, et al. Assoeiation of Gestational Weight Gain With Maternal and Infant Outeomes: A Systematie Review and Meta­analysis. JAMA. 2017 Jun 6;317(21):2207-25.
24. Johansson K, Huteheon JA, Bodnar LM, Cnattingius S, Stephansson O. Pregnaney weight gain by gestational age and stillbirth: a population-based eohort study. BJOG. 2018 Jul;125(8):973-81.
25. Mozurkewieh EL, Luke B, Avni M, Wolf FM. Working eonditions and adverse pregnaney outeome: a meta-analysis. Obstet Gyneeol. 2000 Apr;95(4):623-35.
26. Jurewicz J, Hanke W, Makowiec-Dabrowska T, Kalinka J. [Heaviness of the work measured by energy expenditure during pregnaney and its effeet on birth weight], Ginekol Pol. 2006 Jul;77(7):537- 42.
27. Hanke W, Saurel-Cubizolles MJ, Sobala W, Kalinka J. Employment status of pregnant women in eentral Poland and the risk of preterm delivery and small-for-gestational-age infants. Eur J Publie Health. 2001 Mar;ll(l):23-8.
28. Roman E, Doyle P, Ansell P, Bull D, Beral V. Health of ehildren bom to medieal radiographers. Oeeup Environ Med. 1996 Feb;53(2):73-9.
29. Chavarro JE, Rieh-Edwards JW, Gaskins AJ, Farland E V, Terry KE, Zhang C, et al. Contributions of the Nurses’ Health Studies to Reproduetive Health Researeh. Am J Publie Health. 2016 Sep; 106(9): 1669-76.
30. ACOG Committee Opinion No. 650: Physieal Aetivity and Exereise During Pregnaney and the Postpartum Period. Obstet Gyneeol. 2015 Dee;126(6):el35-42.
31. Clapp JF, Simonian S, Eopez B, Appleby-Wineberg S, Harear-Seveik R. The one-year morphometrie and neurodevelopmental outeome of the offspring of women who eontinued to exereise regularly throughout pregnaney. Am J Obstet Gyneeol. 1998 Mar;178(3):594-9.
32. Kramer MS, MeDonald SW. Aerobie exereise for women during pregnaney. Coehrane database Syst Rev. 2006 Jul;(3):CD000180.
33. Camporesi EM. Diving and pregnaney. Semin Perinatol. 1996 Aug;20(4):292-302.
34. Read JS, Klebanoff MA. Sexual intereourse during pregnaney and preterm delivery: effeets of vaginal mieroorganisms. The Vaginal Infeetions and Prematurity Study Group. Am J Obstet Gyneeol. 1993 Feb; 168(2):514-9.
35. Klebanoff MA, Nugent RP, Rhoads GG. Coitus during pregnaney: is it safe? Eaneet (Eondon, England). 1984 Oet;2(8408):914-7.
36. Berghella V, Klebanoff M, MePherson C, Carey JC, Hauth JC, Ernest JM, et al. Sexual intereourse assoeiation with asymptomatie baeterial vaginosis and Triehomonas vaginalis treatment in relationship to preterm birth. Am J Obstet Gyneeol. 2002 Nov; 187(5): 1277-82.
37. Royal College of Obstetrieians and Gynaeeologists. Adviee on preventing deep vein thrombosis for pregnant women travelling by air. Seientifie Advisory Committee Opinion paper No. 1. Eondon: RCOG. 2001;
38. ACOG Committee on Obstetrie Praetiee. ACOG Committee Opinion No. 443: Air travel during pregnaney. Obstet Gyneeol. 2009 Oet;114(4):954-5.
39. Seurr JH, Maehin SJ, Bailey-King S, Maekie H, MeDonald S, Smith PD. Frequeney and prevention of symptomless deep-vein thrombosis in long-haul flights: a randomised trial. Eaneet (London, England). 2001 May;357(9267): 1485-9.
40. Clarke M, Hopewell S, Juszezak E, Eisinga A, Kjeldstrom M. Compression stoekings for preventing deep vein thrombosis in airline passengers. Coehrane database Syst Rev. 2006 Apr; (2):CD004002.
41. Klinieh KD, Sehneider EW, Moore JE, Pearlman MD. Investigations of erashes involving pregnant oeeupants. Annu proeeedings Assoe Adv Automot Med. 2000;44:37-55.
42. Crosby WM, Costiloe JR Safety of lap-belt restraint for pregnant vietims of automobile eollisions. N Engl J Med. 1971 Mar;284(12):632-6.
43. Eewis G, Drife J E. Why mothers die 1997-1999: The fifth report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. RCOG Press; 2001.
44. Arroyo V, Einares C, Diaz J. Premature births in Spain: Measuring the impaet of air pollution using time series analyses. Sei Total Environ. 2019 Apr;660:105-14.
45. Pedersen M, Stayner E, Slama R, Sorensen M, Figueras F, Nieuwenhuijsen MJ, et al. Ambient air pollution and pregnaney-indueed hypertensive disorders: a systematie review and meta-analysis. Hypertens (Dallas, Tex 1979). 2014 Sep;64(3):494-500.
46. Quansah R, Armah FA, Essumang DK, Euginaah 1, Clarke E, Marfoh K, et al. Assoeiation of arsenie with adverse pregnaney outeomes/infant mortality: a systematie review and meta-analysis. Environ Health Perspeet. 2015 May; 123(5):412-21.
47. Pergialiotis V, Kotrogianni P, Christopoulos-Timogiannakis E, Koutaki D, Daskalakis G, Papantoniou N. Bisphenol A and adverse pregnaney outeomes: a systematie review of the literature. J Matem Fetal Neonatal Med. 2018;31(24):3320-7.
48. Committee on Obstetrie Praetiee. Committee opinion No. 533: lead sereening during pregnaney and laetation. Obstet Gyneeol. 2012 Aug; 120(2 Pt 1):416-20.
49. Carmona R, Gerberding J. The Health Consequenees of Smoking: A Report of the Surgeon General (28th Edition), ed. Health and Human Serviees Dept., Publie Health Serviee, Offiee of the Surgeon General. Washington, DC: Ageney, Healtheare Researeh and Quality; 2004. 955 p.
50. Salmasi G, Grady R, Jones J, MeDonald SD, Knowledge Synthesis Group. Environmental tobaeeo smoke exposure and perinatal outeomes: a systematie review and meta-analyses. Aeta Obstet Gyneeol Seand. 2010;89(4):423-41.
51. Castles A, Adams EK, Melvin CE, Kelseh C, Boulton ME. Effeets of smoking during pregnaney. Five meta-analyses. Am J Prev Med. 1999 Apr;16(3):208-15.
52. Dietz PM, England EJ, Shapiro-Mendoza CK, Tong VT, Farr SE, Callaghan WM. Infant morbidity and mortality attributable to prenatal smoking in the U.S. Am J Prev Med. 2010 Jul;39(l):45-52.
53. Li Y-F, Langholz B, Salam MT, Gilliland FD. Maternal and grandmatemal smoking patterns are assoeiated with early ehildhood asthma. Chest. 2005 Apr; 127(4): 1232-41.
54. Sondergaard C, Henriksen ТВ, Obel C, Wisborg K. Smoking during pregnaney and infantile eolie. Pediatries. 2001 Aug;108(2):342-6.
55. von Kries R, Tosehke AM, Koletzko B, Slikker W. Maternal smoking during pregnaney and ehildhood obesity. Am J Epidemiol. 2002 Nov;156(10):954-61.
56. Ameriean College of Obstetrieians and Gyneeologists. Committee on Health Care for Underserved Women. Committee opinion no. 496: At-risk drinking and aleohol dependenee: obstetrie and gyneeologie implieations. Obstet Gyneeol. 2011 Aug;118(2 Pt l):383-8.
57. Williams JF, Smith VC, Committee on substanee abuse. Fetal Aleohol Speetrum Disorders. Pediatries. 2015 Nov;136(5):el395-406.
58. Tobiasz AM, Dunean JR, Bursae Z et al. The Effeet of Prenatal Aleohol Exposure on Fetal Growth and Cardiovaseular Parameters in a Baboon Model of Pregnaney. Reprod Sei. 2018;25(7):1116-23.
59. Seleverstov O, Tobiasz A, Jaekson JS et al. Maternal aleohol exposure during mid-pregnaney dilates fetal eerebral arteries via endoeannabinoid reeeptors. Aleohol. 2017;(61):51-61.
60. Eo JO, Sehabel MC, Roberts VH et al. First trimester aleohol exposure alters plaeental perfusion and fetal oxygen availability affeeting fetal growth and development in a non-human primate model. Am J Ohs Gyneeol. 2017;216(3):302.el-302.e8.
61. Tan C, Zhao Y, Wang S. Is a vegetarian diet safe to follow during pregnaney? A systematie review and meta-analysis of observational studies. Crit Rev Food Sei Nutr. 2018 Apr;l-40.
62. Chen E-W, Wu Y, Neelakantan N, Chong MF-F, Pan A, van Dam RM. Maternal eaffeine intake during pregnaney is assoeiated with risk of low birth weight: a systematie review and dose-response meta-analysis. BMC Med. 2014 Dee;12(l):174.
63. Rhee J, Kim R, Kim Y, Tam M, Eai Y, Keum N, et al. Maternal Caffeine Consumption during Pregnaney and Risk of Eow Birth Weight: A Dose-Response Meta-Analysis of Observational Studies. Zhang B, editor. PEoS One. 2015 Jul;10(7):e0132334.
64. Chen E-W, Wu Y, Neelakantan N, Chong MF-F, Pan A, van Dam RM. Maternal eaffeine intake during pregnaney and risk of pregnaney loss: a eategorieal and dose-response meta-analysis of prospeetive studies. Publie Health Nutr. 2016 May; 19(07): 1233-44.
65. Ei J, Zhao H, Song J-M, Zhang J, Tang Y-E, Xin C-M. A meta-analysis of risk of pregnaney loss and eaffeine and eoffee eonsumption during pregnaney. Int J Gyneeol Obstet. 2015 Aug; 130(2): 116- 22.
66. Ramon R, Ballester F, Aguinagalde X, Amurrio A, Vioque J, Lacasana M, et al. Fish consumption during pregnancy, prenatal mereury exposure, and anthropometrie measures at birth in a prospeetive mother-infant eohort study in Spain. Am J Clin Nutr. 2009 Oet;90(4): 1047-55.
67. ACOG Praetiee Advisory: Update on Seafood Consumption During Pregnaney. 2017;
68. Rothman KJ, Moore LL, Singer MR, Nguyen US, Mannino S, Milunsky A. Teratogenieity of high vitamin A intake. N Engl J Med. 1995 Nov 23;333(21): 1369-73.
69. Здоровое питание. Информационный бюллетень. Женева: Веемирная организация здравоохранения. 31 авгуета 2018 г. [[https://www.who.int/ru/news-room/faet-sheets/detail/healthy- diet](https://www.who.int/ru/news-room/faet-sheets/detail/healthy-diet)].
70. Southwiek FS, Purieh DL. Intraeellular pathogenesis of listeriosis. N Engl J Med. 1996 Mar;334(12):770-6.
71. British Nutrition Foundation. Nutrition through life. Pregnaney and pre-eoneeption. [<https://www.nutrition.org.uk/nutritionseienee/life/pregnaney-and-pre-eoneeption.html>].
72. Soliman S, Daya S, Collins J, Hughes EG. The role of luteal phase support in infertility treatment: a meta-analysis of randomized trials. Fertil Steril. 1994;61(6): 1068-76.
73. Connell MT, Szatkowski JM, Terry N, DeChemey AH, Props! AM, Hill MJ. Timing luteal support in assisted reproduetive teehnology: a systematie review. Fertil Steril. 2015 Apr;103(4):939- 946.e3.
74. van der Einden M, Buekingham K, Farquhar C, Kremer JAM, Metwally M. Euteal phase support for assisted reproduetion eyeles. Coehrane database Syst Rev. 2015;(7):CD009154.
75. Haas DM, Hathaway TJ, Ramsey PS. Progestogen for preventing misearriage in women with reeurrent misearriage of unelear etiology. Coehrane database Syst Rev. 2018;10:CD003511.
76. Carp H. A systematie review of dydrogesterone for the treatment of reeurrent misearriage. Gyneeol Endoerinol. 2015 Jun;31(6):422-30.
77. Soeiety for Matemal-Fetal Medieine Publieations Committee with assistanee of VB. Progesterone and preterm birth prevention: translating elinieal trials data into elinieal praetiee. Am J Obstet Gyneeol. 2012 May;206(5):376-86.
78. Romero R, Conde-Agudelo A, Da Fonseea E, O’Brien JM, Cetingoz E, Creasy GW, et al. Vaginal progesterone for preventing preterm birth and adverse perinatal outeomes in singleton gestations with a short eervix: a meta-analysis of individual patient data. Am J Obstet Gyneeol. 2018;218(2): 161-80.
79. National Institute for Clinieal Exeellenee. Guidanee on the use of routine antenatal anti-D prophylaxis for RhD-negative women. Teehnology Appraisal Guidanee, No. 41. Eondon: National Institute for Clinieal Exeellenee; 2002.
80. Brandenburg Н, Jahoda MG, Pijpers L, WladimiroiT JW. Rhesus sensitization after midtrimester genetie amnioeentesis. Am J Med Genet. 1989 Feb;32(2):225-6.
81. Murray JC, Karp LE, Williamson RA, Cheng EY, Euthy DA. Rh isoimmunization related to amniocentesis. Am J Med Genet. 1983 Dec;16(4):527-34.
82. Keller JM. Transabdominal amniocentesis in the study of rhesus sensitization. J Eancet. 1965 Mar;85:105-8.
83. Hill EM, Platt ED, Kellogg B. Rh sensitization after genetic amniocentesis. Obstet Gynecol. 1980 Oct;56(4):459-61.
84. Hensleigh PA, Cann H. Rh sensitization after genetic amniocentesis. Obstet Gynecol. 1981 Jul;58(l):136.
85. Martinez E E. World Health Organization. Special groups. International Travel and Health. Geneva: World Health Organization. 2002.
86. Hurley P. International travel and the pregnant women. Progress in Obstetrics and Gynaecology. In: Studd J E, editor. Edinburgh: Churchill Eivingstone; 2003. p. 45-55.

Приложение Al. Соетав рабочей группы по
разработке и пересмотру клинических

рекомендаций

**Авторы**

1. Долгушина Наталия Витальевна - д.м.н., профессор, заместитель директора - руководитель департамента организации научной деятельности ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва).

Конфликт интересов отсутствует

1. Артымук Наталья Владимировна - д.м.н., профессор, заведуюш,ая кафедрой акушерства и гинекологии имени профессора Г.А. Ушаковой ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Сибирском федеральном округе (г. Кемерово).

Конфликт интересов отсутствует

1. Белокриницкая Татьяна Евгеньевна - д.м.н., профессор, заведуюш,ая кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Дальневосточном федеральном округе (г. Чита).

Конфликт интересов отсутствует

1. Романов Андрей Юрьевич - специалист отдела наукометрии департамента организации научной деятельности ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва).

Конфликт интересов отсутствует

1. Волочаева Мария Вячеславовна - врач l-ro родильного отделения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва).

Конфликт интересов отсутствует

1. Филиппов Олег Семенович - д.м.н., профессор, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФППОВ ФГБОУ ВО «Московский государственный медико­стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России, заместитель директора Департамента медицинекой помощи детям и елужбы родовепоможения Минздрава Роееии (г. Моеква)

Конфликт интерееов отеутетвует

1. Адамян Лейла Вагоевна - д.м.н., профеееор, академик РАН, замеетитель директора по науке ФГБУ «Национальный медицинекий иееледовательекий центр акушеретва, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава Роееии, главный внештатный епециалиет Минздрава Роееии по акушеретву и гинекологии (г. Моеква).

Конфликт интерееов отеутетвует

**Рецензенты**

1. Баев Олег Радомирович - д.м.н., профеееор, заведующий 1-м родильным отделением, заведующий кафедрой акушеретва и гинекологии ФГБУ «Национальный медицинекий иееледовательекий центр акушеретва, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава Роееии (г. Моеква).

Конфликт интерееов отеутетвует

1. Башмакова Надежда Васильевна - д.м.н., профеееор, гл.н.е. ФГБУ «Уральекий научно- иееледовательекий инетитут охраны материнетва и младенчеетва» Минздрава Роееии, главный внештатный епециалиет акушер-гинеколог Уральекого ФО (г. Екатеринбург)

Конфликт интерееов отеутетвует

1. Давыденко Наталья Борисовна - к.м.н., руководитель отдела разработки и внедрения новых медико-организационных форм перинатальной помощи ФГБУ «Уральекий научно- иееледовательекий инетитут охраны материнетва и младенчеетва» Минздрава Роееии

Конфликт интерееов отеутетвует

1. Мальгина Галина Борисовна - д.м.н., директор ФГБУ «Уральекий научно-

иееледовательекий инетитут охраны материнетва и младенчеетва» Минздрава Роееии

Конфликт интерееов отеутетвует

1. Малышкина Анна Ивановна - д.м.н., профеееор, директор ФГБУ «Ивановекий научно- иееледовательекий инетитут материнетва и дететва имени В.Н. Городкова» Минздрава Роееии, главный внештатный епециалиет Минздрава Роееии по акушеретву и гинекологии в Центральном федеральном округе (г. Иваново)

Конфликт интерееов отеутетвует

1. Песикин Олег Николаевич - к.м.н., замеетитель директора по лечебной работе ФГБУ «Ивановекий научно-иееледовательекий инетитут материнетва и дететва имени В.Н.

Городкова» Минздрава России, главный внештатный акушер-гинеколог Департамента здравоохранения Ивановекой облаети

Конфликт интерееов отеутетвует

1. Подзолкова Наталья Михайловна - д.м.н., профеееор, заведующая кафедрой акушеретва и гинекологии ФГБОУ ВПО «Роееийекая медицинекая академия непрерывного профеееионального образования» Минздрава Роееии (г. Моеква)

Конфликт интерееов отеутетвует

1. Тетруашвили Нана Картлосовна - д.м.н., замеетитель директора инетитута акушеретва ФГБУ «Национальный медицинекий иееледовательекий центр акушеретва, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава Роееии (г. Моеква).

Конфликт интерееов отеутетвует

1. Ярмолинская Мария Игоревна - д.м.н., профеееор РАН, руководитель отдела эндокринологии репродукции ФГБУ «Научно-иееледовательекий инетитут акушеретва, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта».

Конфликт интерееов отеутетвует

Приложение А2. Методология разработки
клинических рекомендации

**Целевая аудитория ланных клинических рекоменлапий:**

1. врачи акушеры-гинекологи
2. ординаторы акушеры-гинекологи

Таблица 1. Шкала оценки уровней доетоверноети доказательетв (УДД) для методов диагноетики (диагноетичееких вмешательетв)

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |

Таблица 2. Шкала оценки уровней доетоверноети доказательетв (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактичееких, лечебных, реабилитационных вмешательетв)

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительноети рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагноетики, лечения и реабилитации (профилактичееких, диагноетичееких, лечебных, реабилитационных вмешательетв)

|  |  |
| --- | --- |
| 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) |

**Порядок обновления клинических рекомендаций.**

Механизм обновления клиничееких рекомендаций предуематривает их еиетематичеекую актуализацию - не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных е позиции доказательной медицины по вопроеам диагноетики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоенованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 мееяцев.

Приложение АЗ. Справочные материалы,
включая соответствие показаний к применению и
противопоказаний, способов применения и доз
лекарственных препаратов, инструкции по
применению лекарственного препарата

Связанные документы.

* Федеральный закон "Об оеновах охраны здоровья граждан в Роееийекой Федерации" от 21.11.2011 г. №323-Ф3.
* Приказ Миниетеретва здравоохранения Роееийекой Федерации от 10.05.2017 г. №203н. «Об утверждении критериев оценки качеетва медицинекой помощи».
* Приказ Миниетеретва здравоохранения Роееийекой Федерации от 01.11.2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинекой помощи по профилю "акушеретво и гинекология (за иеключением иепользования вепомогательных репродуктивных технологий)».

Санитарно-эпидемиологичеекие правила «Профилактика ВИЧ-инфекции» (поетановление Главного гоеударетвенного врача РФ от 11 января 2011 г. №1, ред. от 21.07.2016 г). Акушеретво: национальное руководетво / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинекого. - 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018 г.

Профилактика венозных тромбоэмболичееких оеложнений в акушеретве и гинекологии. Клиничеекие рекомендации Минздрава РФ, 2014 г.

Геетационный еахарный диабет. Клиничеекие рекомендации Минздрава РФ, 2013 г. Доброкачеетвенные и предраковые заболевания шейки матки е позиции профилактики рака. Клиничеекие рекомендации Минздрава РФ, 2017 г.

Вепомогательные репродуктивные технологии и иекуеетвенная инееминация. Клиничеекие рекомендации Минздрава РФ. 2018.

Выкидыш в ранние ероки беременноети: диагноетика и тактика ведения». Клиничеекие рекомендации Минздрава РФ.

Иетмико-цервикальная недоетаточноеть. Клиничеекие рекомендации Минздрава РФ. 2018. Гипертензивные раеетройетва во время беременноети, в родах и в поелеродовом периоде. Преэклампеия. Эклампеия. Клиничеекие рекомендации Минздрава Роееии, 2016. Преждевременные роды. Клиничеекие рекомендации Минздрава Роееии. 2013.

Вакцинация беременных против гриппа. Федеральные клиничеекие рекомендации. 2014 г. Antenatal Саге. Routine еаге for the Healthy Pregnant Woman. NICE&NCCWCH, RCOG Press 2008.

Guidelines for Perinatal Care. 8\* Edition. ACOG&AAP, 2017.

CDC. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. Morbidity and Mortality Weekly Report 2002; 51:1-80.

Maternal and ehild nutrition. NICE, Mareh 2008

WHO. Guideline: Daily iron and folie aeid supplementation in pregnant women. Geneva, WHO, 2012.

WHO, Regional Office for Europe, Nutrition and Food Security. Healthy eating during pregnancy and breastfeeding. Booklet for mothers. Copenhagen, 2001.

Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum. An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. 2012.

2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease during Pregnancy and the Postpartum of American Thyroid Association.

American College of Obstetricians and Gynecologists" Committee Group Prenatal Care Number 731, March 2018.

Antenatal care for uncomplicated pregnancies. RCOG 2008, updated February 2019.

Committee on Practice Bulletins Obstetrics. Practice Bulletin No. 180: Gestational Diabetes Mellitus. Obstet Gynecol. 2017;130(l):el7-37.

ACOG Practice Bulletin No. 192: Management of Alloimmunization during Pregnancy. March 2018.

Clinical Practice guidelines. Pregnancy care. Australian Government Department of Health, 2019. ECDC scientific advice on seasonal influenza vaccination of children and pregnant women: ECDC Technical report/ European Centre for Disease Prevention and Control. Stockholm: ECDC. 2012:68.

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



^Суммарная таблица по ведению нормальной беременноети

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 триметре | Однократно в случае 1-го визита в 3-м триметре |
| Опрос на предмет характера шевелений плода | - | При каждом визите после 16-20 недель беременности (после начала ощущения щевелений плода) | При каждом визите |
| Оценка риска ТЭО | Однократно при 1-м визите | Однократно | Однократно |
| Отнесение к группе риска акушерских и перинатальных осложнений | Однократно при 1-м визите | Однократно в случае 1-го визита во 2-м триметре | Однократно в случае 1-го визита в 3-м триметре |
| Определение срока беременности и родов | При 1-м визите по дате последней менструации и данным УЗИ | При 1-м визите в случае 1- го визита во 2-м триметре | При 1-м визите в случае 1- го визита в 3-м триметре |
| Измерение ИМТ | При 1-м визите | - | - |
| Измерение прибавки массы тела | - | При каждом визите | При каждом визите |
| Измерение АД | При 1-м и каждом визите | При каждом визите | При каждом визите |
| Обследование молочных желез | Однократно при 1-м визите | Однократно в случае 1-го визита во 2-м триметре | Однократно в случае 1-го визита в 3-м триметре |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Гинекологический осмотр | Однократно при 1-м визите и по показаниям | Однократно в случае 1-го визита во 2-м триметре и по показаниям | Однократно в случае 1-го визита в 3-м триметре и по показаниям |
| Измерение ОЖ, ВДМ и ведение гравидограммы | - | При каждом визите после 20 недель | При каждом визите |
| Определение положения и предлежащей части плода | - | - | При каждом визите после 34-36 недель |
| Определение ЧСС плода с помощью стетоскопа или фетального допплера |  | При каждом визите после 20 недель при помощи акущерского стетоскопа или после 12 недель при помощи фетального допплера | 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 антител класса G и класса М к вирусу краснухи в крови | Однократно при 1-м визите | Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита во 2-м триметре | - |
| 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 триметре |
| Направление на определение основных групп по системе АВО 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 триметре |
| Направление на определение антирезусных антител у резус-отрицательных женщин | При 1-м визите | В 18-20 недель | В 28 недель |
| Направление на проведение общего (клинического) анализа крови | Однократно при 1-м визите | Однократно | Однократно |
| Направление на проведение биохимического общетерапевтического анализа крови | Однократно при 1-м визите | Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита во 2-м триметре | Однократно |
| Направление на определение нарушения углеводного обмена (определение уровня глюкозы или гликированного | 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 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| гемоглобина (HbAlc) в венозной крови) натощак |  |  |  |
| Направление на проведение ПГТТ | Однократно при 1-м визите в группе высокого риска ГОД, если нет нарущения углеводного обмена | Однократно при 1-м визите в случае 1-го визита во 2-м триметре в группе высокого риска ГОД если нет нарущения углеводного обмена, или в 24-28 недель в группе низкого риска ГОД, если нет нарущения 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 проведениецитологическогоисследованиямикропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала) | При 1-м визите на любом сроке беременности, если с момента последнего исследования прощло более 3-х лет при отрицательном ВПЧ-статусе и нормальных данных предыдущих цитологических исследований (NILM), или если с момента последнего исследования прощло более 1 года при положительном или неизвестном ВПЧ-статусе, или хотя бы одном патологическом предыдущем цитологическом исследовании (ASCUS, LSIL, HSIL) вне зависимости от проведения терапии в анамнезе. |
| Направление на пренатальный биохимический скрининг | В 11-13® недель: РАРР-А и (3-субъединица ХГ | - | - |
| Инструментальная диагностика |
| Проведение пельвиометрии | - | - | Однократно |
| Направление на УЗИ плода | В 11-13® недель (в составе скрининга 1-го триместра) | В 18-20® 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 щейки матки (УЗ-цервикометрию) | - | В 18-20® недель (во время УЗ-скрининга 2-го триместра) | - |
| Направление на УЗИ щейки матки (УЗ-цервикометрию) | - | С 15-16 до 24 недель в группе высокого риска позднего выкидыща и ПР 1 раз/1-2 недели | - |
| Направление на ультразвуковую допплерографию маточно­плацентарного кровотока | - | В 18-20^ 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\*\* | 400 мкг в день перорально | - | - |
| Назначение приема калия йодида\*\* | 200 мкг в день перорально | 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 | 1 г/день перорально | 1 г/день перорально |
| Назначение приема витамина D (АТХ Комбинация производных витаминов D) в группе высокого риска гиповитаминоза витамина D | 10 мкг (400 ME) в день перорально | 10 мкг (400 ME) в день перорально | 10 мкг (400 ME) 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 (АТХ Половые гормоны и модуляторы половой системы) у пациенток с беременностью, наступившей в результате ВРТ | Прогестерон\*\* (действующее вещество прогестрон натуральный микронизированный) 200- 600 мг в день вагинально^^ или Дидрогестерон 30 мг в день перорально до 10 недель беременности^® | Прогестерон\*\* (действующее вещество прогестрон натуральный микронизированный) 200- 600 мг в день вагинально®^ |  |
| Назначение приема гестагенов (АТХ Половые гормоны и модуляторы половой системы) в группе высокого риска самопроизвольного выкидыша (привычный выкидыш в анамнезе) | Прогестерон\*\* (действующее вещество прогестрон натуральный микронизированный) 200- 600 мг в день внутрь или 200-400 мг вагинально.[1], или Дидрогестерон\*\* 20 мг в день перорально[2] | Прогестерон\*\* (действующее вещество прогестрон натуральный микронизированный) 200- 600 мг в день внутрь или 200-400 мг вагинально®^, или Дидрогестерон\*\* 20 мг в день перорально до 20 недель®® |  |
| Назначение приема прогестерона в группе высокого риска ПР |  | Прогестерон\*\* (действующее вещество прогестрон натуральный микронизированный) 200 мг в день вагинально с 22- й недели®^ | Прогестерон\*\* (действующее вещество прогестрон натуральный микронизированный) 200 мг в день вагинально до 34 недель®^ |
| Назначение введения иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] резус- отрицательной пациентке с отрицательным уровнем антирезусных антител |  |  | В дозе, согласно инструкции к препарату, внутримышечно в 28-30 недель |

[JL] Согласно инструкции к лекарственному препарату.

[2] Соглаено инетрукции к лекаретвенному препарату.

Приложение В. 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 7 до 10 раз. Оптимальным временем первого визита к врачу является 1-й триместр беременности (до 10 недель).

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

* избегать работы, связанной с длительным стоянием или с излишней физической нагрузкой, работы в ночное время и работы, вызывающей усталость,
* избегать физических упражнений, которые могут привести к травме живота, падениям, стрессу: занятий контактными видами спорта, различных видов борьбы, видов спорта с ракеткой и мячом, подводного погружения,
* быть достаточно физически активной, ходить, делать физическую зарядку для беременных в течение 20-30 минут в день (при отсутствии жалоб и противопоказаний),
* при путешествии в самолете, особенно на дальние расстояния, одевать компрессионный трикотаж на время всего полета, ходить по салону, получать обильное питье, исключить алкоголь и кофеин,
* при путешествии в автомобиле использовать специальный трехточечный ремень безопасности,
* сообщить врачу о планируемой поездке в тропические страны для проведения своевременной вакцинации,
* правильно и регулярно питаться: потреблять пишу достаточной калорийности с

оптимальным содержанием белка, витаминов и минеральных веществ, с обязательным включением в рацион овощей, мяса, рыбы, бобовых, орехов, фруктов и продуктов из цельного зерна,

* избегать использования пластиковых бутылок и посуды, особенно при термической обработке в ней пищи и жидкости, из-за содержащегося в ней токсиканта бисфенола А,
* ограничить потребление рыбы, богатой метилртутью (например, тунец, акула, рыба-меч, макрель),
* снизить потребление пищи, богатой витамином А (говяжей, куриной утиной печени и продуктов из нее).
* ограничить потребление кофеина менее 300 мг/еутки (1,5 чашки эепрееео по 200 мл или 2 чашки капучино/лате/американо по 250 мл, или 3 чашки раетворимого кофе по 250 мл),
* избегать употребления в пишу непаетеризованное молоко, еозревшие мягкие еыры, паштеты, плохо термичееки обработанную пишу,
* еели Вы курите, поетаратьея броеить курить или енизить чиело выкуриваемых в день еигарет,
* избегать приема алкоголя во время беременноети, оеобенно в первые 3 мееяца.

Немаловажным для беременной женш,ины являетея ее эмоциональный фон. На веем протяжении беременноети Вам нужно избегать етреееовых еитуаций и эмоциональных переживаний.

Половые контакты во время беременноети не запреш,ены при Вашем нормальном еамочуветвии. В елучае болей, диекомфорта, появлении кровяниетых выделений при половых контактах, а также при появлении зуда, жжения во влагалиш,е и белей необходимо прекратить половые контакты и обратитьея к врачу.

Также Вы должны обратитьея к врачу при появлении еледуюш,их жалоб:

рвота> 5 раз в еутки, потеря маееы тела> 3 кг за 1-1,5 недели, повышение артериального давления> 120/80 мм рт. ет, проблемы ео зрением, такие как размытие или мигание перед глазами, еильная головная боль,

боль внизу живота любого характера (ноюш,ая, ехваткообразная, колюш,ая и др.), эпигаетральная боль (в облаети желудка), отек лица, рук или ног,

появление кровяниетых или обильных жидких выделений из половых путей, лихорадка более 37,5,

отеутетвие или изменение шевелений плода на протяжении более 12 чаеов (поеле 20 недель беременноети).

Еели у Вае резуе-отрицательная кровь, то Вашему мужу желательно едать анализ на определение резуе-фактора. При резуе отрицательной принадлежноети крови мужа Ваши дальнейшие иееледования на выявления антирезуеных антител и введение антирезуеного иммуноглобулина не потребуютея.

Начиная ео второй половины беременноети. Вам рекомендуетея поееш,ать куреы для булутттих родителей, где Вам будут даны ответы на возникаюш,ие во время беременноети вопроеы.

Приложение Fl-FN. Шкалы оценки, вопросники и
другие оценочные инструменты состояния
пациента, приведенные в клинических

рекомендациях

**Приложение Г1.**

Название: Оценка риска ТЭО во время беременности

Источник: Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений в акушерстве и гинекологии. Клинические рекомендации М3 РФ, 2014 г. (с изменениями)

Тип: шкала оценки

Назначение: оценка риска тромбоэмболических осложнений во время беременности Содержание:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Баллы |
| Анамнестические данные |  |
| Предшествующие рецидивирующие ТЭО | 3 |
| Предществующие ТЭО, ничем не спровоцированные или связанные с приемом эстрогенов | 3 |
| Предществующие спровоцированные ТЭО | 2 |
| Семейный тромботический анамнез | 1 |
| Тромбофилии (гомозиготная мутация фактора V Leiden, протромбина G20210A, дефицит ATIII, протеина S и С, антифосфолипидный синдром) | 3 |
| Соматические факторы |  |
| Возраст >35 лет | 1 |
| Курение | 1 |
| Ожирение ИМТ>30 | 1 |
| Варикозное расщирение 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 |
| Акущерско-гинекологические факторы |  |
| Роды в анамнезе - 3 | 1 |
| Многоплодная беременность | 1 |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Преэклампсия легкой степени | 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 риек (0-2 балла), выеокий риек (>3 баллов)

Пояснения: При умеренном риеке рекомендовано ношение компреееионного трикотажа, при выеоком риеке - рекомендовано ношение компреееионного трикотажа и антикоагулянтная терапия

**Приложение Г2. Образец гравидограммы**

**Грав идо грамма**



1. Не рекомендовано направлять беременную пациентку 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) (83,85,86). [↑](#footnote-ref-1)
2. Беременной пациентке е жалобами на варикозное раеширение вен нижних конечноетей должны быть даны рекомендации по ношению компреееионного трикотажа, при выраженном раеширении вен нижних конечноетей рекомендована конеультация врача-еоеудиетого хирурга (109).

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).**

Комментарии: Ношение компреееионного трикотажа епоеобетвует едавлению подкожных вен, уменьшению заетойных явлений и увеличению екороети кровотока по глубоким венам нижних [↑](#footnote-ref-2)
3. Беременной пациентке при выявлении бессимптомной бактериурии рекомендовано назначить пероральный курс антибактериальной терапии (117). [↑](#footnote-ref-3)
4. Беременной пациентке группы низкого риска гиповитаминоза витамина D не рекомендовано [↑](#footnote-ref-4)
5. назначать прием витамина D (АТХ Комбинация производных витаминов D) (130,131). [↑](#footnote-ref-5)
6. Беременной пациентке при нормальном уровне гемоглобина и/или ферритина не рекомендовано рутинно назначать прием препаратов железа (135,136).

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств -2).**

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

	* Беременной пациентке не рекомендовано назначать прием витамина А (137).**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5). Комментарии:** Прием витамина А в дозе> 700 мкг может оказывать тератогенный эффект.

	* Беременной пациентке не рекомендовано рутинно назначать прием витамина Е (138). Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1). [↑](#footnote-ref-6)
7. Беременной пациентке должны быть даны рекомендации по избеганию физических упражнений, которые могут привести к травме живота, падениям, стрессу (например. [↑](#footnote-ref-7)
8. Беременной пациентке должны быть даны рекомендации по правильному питанию, такие как отказ от потребления рыбы, богатой метилртутью (186,187), снижение потребления пищи, богатой витамином А (например, говяжей, куриной утиной печени и продуктов из нее) (188) и потребление пищи с достаточной калорийностью и содержанием белка, витаминов и минеральных веществ (189). [↑](#footnote-ref-8)
9. Беременной пациентке группы высокого риска самопроизвольного выкидыша рекомендовано [↑](#footnote-ref-9)
10. назначить прием гестагенов с 1-го визита до 20 недель беременности (195,196). [↑](#footnote-ref-10)