|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **МИНИСТЕРУЛ****ОКРОТИРИИ СЭНЭТЭЦИЙ****АЛ РЕПУБЛИЧИЙ****МОЛДОВЕНЕШТЬ НИСТРЕНЕ** | C:\Users\jurist1.MZ\Desktop\Без названия (1).png | **МIНICТЕРСТВО****ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я****ПРИДНIСТРОВСЬКОI** **МОЛДАВСЬКОI РЕСПУБЛIКИ** |

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**ПРИДНЕСТРОВСКОЙ МОЛДАВСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ПРИКАЗ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_

г. Тирасполь

Об утверждении Клинического протокола

«Антенатальное наблюдение при физиологической беременности»

В соответствии с Постановлением Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 6 апреля 2017 года № 60 «Об утверждении Положения, структуры и предельной штатной численности Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики» (САЗ 17-15) в действующей редакции, в целях улучшения оказания медицинской помощи беременным женщинам,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Клинический протокол «Антенатальное наблюдение при физиологической беременности» согласно Приложению к настоящему Приказу.

2. Руководителям лечебно-профилактических учреждений Приднестровской Молдавской Республики принять настоящий Приказ к руководству и довести до сведения медицинского персонала Клинический протокол «Антенатальное наблюдение при физиологической беременности», утверждённые настоящим Приказом.

3. Контроль за исполнением настоящего Приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики Кузьмина Е.В.

Заместитель Председателя Правительства

Приднестровской Молдавской Республики –

министр здравоохранения

Приднестровской Молдавской Республики А.А. Цуркан

 Приложение к Приказу

 Министерства здравоохранения

 Приднестровской Молдавской Республики

 от «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 года № \_\_\_\_\_

Клинический протокол

Антенатальное наблюдение при физиологической беременности

**Градация уровней достоверности и доказательности рекомендаций**

Работа над протоколом велась по схеме, апробированной во многих странах и предполагающей поиск, сравнение, обобщение и широкое распространение полученных доказательств для использования в интересах пациентов. Все рекомендации распределены по градации достоверности и уровню убедительности доказательств.



**Список сокращений**

АД артериальное давление

БСБУ бессимптомная бактериурия

ВДМ высота дна матки

ВИЧ вирус иммунодефицита человека

ВОЗ Всемирная организация здравоохранения

ВПР врождённый порок развития

ГБ гемолитическая болезнь

ГСД гестационный сахарный диабет

ИМТ индекс массы тела

ИМП инфекции мочевых путей

ИППП инфекции, передающиеся половым путем

КТГ кардиотокография

КС Кесарево сечение

КПШ кабинет патологии шейки матки

СД сахарный диабет

ОАМ общий анализ мочи

ПГТТ пероральный глюкозотолерантный тест

ПОНРП преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

ЦНС центральная нервная система

Hb гемоглобин

**Введение**

Данный протокол – это современный взгляд на антенатальный уход, попытка пересмотра отношения медицинских специалистов ко многим рутинным процедурам, не имеющим доказательств своей эффективности, и планирование наблюдения и обучения с учетом интересов беременной женщины и ее семьи.

В основе данного протокола стоит тезис, гласящий, что беременность – это нормальный физиологический процесс. Соответственно, любые предлагаемые вмешательства должны быть заведомо целесообразными и разрешенными к применению в отношении беременных женщин. Протокол разработан для того, чтобы предоставить информацию о передовом опыте в области базового клинического ведения всех беременностей и исчерпывающую информацию о дородовом наблюдении одноплодной нормально протекающей беременности у здоровой женщины. Представленная в протоколе информация, основанная на фактических данных, может быть использована лечащим персоналом и беременными женщинами для принятия осознанных решений о надлежащем лечении в конкретных случаях.

Все беременные женщины должны иметь доступ к антенатальной помощи, право выбора учреждения и медицинского специалиста, оказывающего помощь.

Все беременные женщины должны получить полную информацию доступным для них языком о целях и возможных результатах любых скрининговых исследований и любых видах лечения, и препаратах, назначаемых во время беременности, в том числе и с профилактической целью.

Все беременные имеют право отказаться вообще от каких-либо исследований или отложить их на время. Показания для их назначения должны быть абсолютно понятны пациентам.

Ведение беременности может осуществлять врач акушер-гинеколог или подготовленная акушерка.

Количество и частота посещений определяется потребностями самой женщины или течением настоящей беременности**, но должно составлять не менее 8 контактов**. Продолжительность каждого посещения также определяется желаниями пациентки; при этом продолжительность первого визита, а также контактов, посвященных обсуждению результатов обследования, заведомо должна быть больше, чем обычных.

**Рекомендуемые рутинные обследования (***Приложения 5 к настоящему Клиническому протоколу):*

* Измерение АД при каждом контакте для определения признаков гипертензии и преэклампсии.
* Анализ мочи на наличие белка (ОАМ).
* Посев средней порции мочи для выявления бессимптомной бактериурии;
* Общий анализ крови с определением Hb;
* Исследование крови на гликемию при первой явке и проведение перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ) в 24-28 недель в группах риска для выявления гестационного сахарного диабета (ГСД);
* Серологические анализы крови на сифилис, ВИЧ, определение антител к антигену вирусного гепатита В (HBsAg) в крови у не вакцинированных женщин.
* Измерение высоты стояния дна матки (ВДМ) для прогнозирования низкой массы плода при рождении. Также этот тест может быть полезен для скрининга с целью дальнейшего исследования возможной задержки развития плода. Качество этого исследования повышается при использовании гравидограммы, которая должна быть в каждой индивидуальной карте;
* Пальпация живота. Определение положения предлежащей части плода не всегда является точным до 36 недель и может причинить женщине дискомфорт, но в 36 недель необходимо определить предлежащую часть;
* Осмотр состояния ног на предмет наличия варикозного расширения вен при каждом посещении. При этом наличие отеков (за исключением сильных или быстро возникающих отеков лица или нижней части спины) не следует рассматривать как признаки патологического состояния, поскольку отеки нижних конечностей возникают в норме у 50—80% беременных.
* Краснуха. Скрининг необходимо предлагать всем женщинам во время первого посещения, не имеющим документального подтверждения о вакцинации **(2а).**
* Туберкулез. Сбор анамнеза и клинический осмотр. Беременным с высоким риском туберкулеза показан скрининг путем проведения пробы Манту. Всем беременным с подозрением на туберкулез проводить рентгенографию грудной клетки независимо от срока беременности.

**Рутинные обследования, которые проводить не рекомендуется, так как их**

**эффективность не доказана***(Приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу***):**

* *Повторное взвешивание женщин*, за исключением случаев низкого ИМТ.
* *Пельвиометрия.*
* *Рутинная аускультация сердцебиения плода*
* *Подсчет шевелений плода*.
* *УЗИ после 24 недель для оценки роста и состояния плода.*
* *Дородовая кардиотокография (КТГ) для оценки состояния плода.*
* *Скрининговое обследование на возможность преждевременных родов*
* *Допплерометрия пупочных артерий* с целью оценки состояния плода.
* *Допплерометрия маточных артерий* для прогнозирования преэклампсии.
* *Исследование органов малого таза.*
* *Мазок из влагалища в отсутствие признаков и симптомов вагинальных инфекций.*
* *Скрининг на асимптоматический бактериальный вагиноз.*
* *Скрининг на цитомегаловирусную инфекцию (СМV).*
* *Скрининг на токсоплазмоз.* Рутинный скрининг не предлагается (**2а)**.
* *Скрининг на вирус простого герпеса.*
* *Скрининг на хламидийную инфекцию.*
* *Скрининг на гепатит С.*
* *Скрининг на стрептококк В*.

Таким образом, в настоящее время основными принципами антенатального ухода должны являться:

* **внимательное отношение ко всем женщинам;**
* **индивидуальные протоколы ухода;**
* **оценка состояния матери и плода во время каждого посещения.**

**Компоненты (цели) антенатального ухода**

1. **Первичный осмотр беременной (желательно до 12-й недели)**

Включает в себя определение жалоб, сбор анамнеза, общий и акушерский осмотр, инструментальные и лабораторные исследования и, при необходимости, консультации узких специалистов. Эти мероприятия проводятся с целью:

*- определения факторов риска развития осложнений беременности и родов* (***Приложение 1 к настоящему Клиническому протоколу***) *и планирования индивидуальной программы антенатального наблюдения при их наличии;*

*- назначение или изменение существующей программы лечения сопутствующих заболеваний.*

1. **Мониторинг состояния женщины и плода на протяжении беременности**

Здоровые женщины, в отсутствии факторов риска, включенных в ***Приложении 1 к настоящему Клиническому протоколу***, на протяжении беременности наблюдаются согласно стандартному плану антенатального наблюдения, состоящего из не менее 8-ми контактов.

Беременная обследуется на протяжении беременности (жалобы, измерение АД и высоты стояния дна матки, инструментальные и лабораторные исследования) для своевременного выявления отклонений в развитии беременности и диагностики некоторых изначально асимптотических, но потенциально опасных состояний, таких как преэклампсия и синдром задержки роста плода.

При наличии факторов риска, сопутствующих заболеваний или возникновения осложнений беременности, частота и содержание антенатальных посещений меняется.

1. **Информирование, консультирование и поддержка:**

- *рекомендации по образу жизни, личной гигиене и питании, половой жизни и др.(Приложение 2 к настоящему Клиническому протоколу);*

*- консультирование по ургентным состояниям, которые могут осложнить течение беременности и необходимости срочного обращения за медицинской помощью (Приложение 4 к настоящему Клиническому протоколу);*

*- консультирование по дискомфортным состояниям, возникающим при беременности (Приложение 3 к настоящему Клиническому протоколу).*

1. **Психоэмоциональная подготовка к родам и роли родителя (антенатальные классы) –** *(Приложение 7 к настоящему Клиническому протоколу).*

**Содержание антенатального ухода**

|  |
| --- |
| **I посещение – *рекомендовано в сроке до 12 недель*** |
| **Беседа** | * Паспортные данные.
* Жалобы, сопутствующие проявления, в том числе связанные с беременностью: тошнота, рвота, боль в животе, запор, головная боль, обмороки, выделения из половых путей, болезненное или учащенное мочеиспускание, отеки, варикозное расширение вен, геморрой.
* Сбор анамнеза, выявление факторов риска (*Приложение 1 к настоящему Клиническому протоколу*).
* Акушерский и гинекологический анамнез:
* Сведения о менструальном цикле и методах контрацепции.
* Сведения о перенесенных гинекологических заболеваниях, беременностях и родах. Отмечают общее число беременностей и их исход: срочные или преждевременные роды, самопроизвольный или искусственный аборт, состояние здоровья детей. Для каждых родов отмечают особенности течения, продолжительность, способ родоразрешения, осложнения, состояние и вес новорожденного.
* Перенесенные заболевания, в том числе инфекционные, хирургические вмешательства.
* Профессиональные вредности и прием лекарственных средств в ранние сроки беременности.
* Побочное действие лекарственных средств, аллергологический анамнез.
* Семейный анамнез. Выясняют, не было ли в семье наследственных болезней и случаев многоплодной беременности.
* Социальные факторы. Расспрашивают о семейном и социально- экономическом положении женщины, психических травмах и жестоком обращении с ней в прошлом, вредных привычках. Важно помнить, что не каждая женщина легко признается в том, что она курит, употребляет алкоголь или наркотики.
* Информирование и консультирование по следующим аспектам (*Приложение 2 и 3 к настоящему Клиническому протоколу*):
* необходимости, графике и содержанию дородовых посещений;
* опасным симптомам и действиях при них;
* дискомфортных состояниях при беременности;
* образе жизни, гигиене и питании;
* рекомендовать школу подготовки к родам, графике и содержанию антеннальных классов;
* профилактических мероприятиях.
 |
| **Обследование** | * росто-весовые показатели (подсчитать индекс массы тела (ИМТ); ИМТ= вес (кг) / рост (м) в квадрате:
	+ - низкий ИМТ – <19,8
		- нормальный – 19,9-26,0
		- избыточный – 26,1-29,0
		- ожирение – ≥30,0
* измерение АД на обеих руках (*Приложение 5 к настоящему Клиническому протоколу*);
* осмотр в зеркалах - оценка шейки матки (формы, длины);выявление признаков воспалительных заболеваний нижних половых путей; при наличии патологических изменений на шейке матки, предложить проведение кольпоскопии в КПШ матки.
* внутреннее акушерское обследование;
* осмотр молочных желез для выявления онкопатологии;
 |
| **Инструменталь-ное исследование** | * УЗИ в 10-14 недель беременности: для пренатальной диагностики, уточнения срока беременности, выявления многоплодной беременности.
 |
| **Лабораторные исследования:** | **Рутинные:*** + Общий анализ мочи.
	+ Общий анализ крови, Hb.
	+ Анализ крови на гликемию.
	+ Группа крови и резус фактор.
	+ При резус отрицательной крови беременной необходимо определить резус крови отца ребенка.
	+ При резус положительной крови отца ребенка необходимо исследование крови на наличие антител в 28, 32 и 36 недель беременности.
	+ Посев средней порции мочи.
	+ Определение антител к ВИЧ в крови(100% претестовое консультирование, при получении согласия - тестирование).
	+ Определение антител к бледной трепонеме в крови.

**Лабораторные исследования, проводимые по показаниям**:* + Определение антител к антигену вирусного гепатита В (HBsAg) в крови у не вакцинированных женщин.
	+ Мазок на онкоцитологию при патологических изменениях на шейки матки.
	+ Бактериоскопическое исследование влагалищного отделяемого при клинических симптомах воспалительного процесса.
	+ Рекомендовать биохимические маркеры хромосомных аномалий **в группах риска** (*Приложение* 5 *к настоящему Клиническому протоколу*).
 |
| **Консультация специалистов** | * Терапевт/ВОП не позднее 7-10 дней после первичного обращения.
* Другие специалисты – по показаниям (определяется врачом терапевтом).
 |
| **Лечебно-профилактичес-кие мероприятия:** | * Фолиевая кислота 0,4 мг (400мкг) ежедневно, при диабете и эпилепсии 1 мг, при наличии в анамнезе рождения детей с ВПР ЦНС профилактическая доза составляет 4 мг фолиевой кислоты.
* Препараты железа в течение всей беременности с целью профилактики анемии (30 мг - 60 мг).
* Калия йодид 200 мкг в течение 3 месяцев.
 |
| **Оценка результатов обследования, скрининга и консультации, решение вопроса о возможности вынашивания данной беременности.** |
| **II Посещение *– в сроке18-20 недель*** |
| **Беседа** | * Выявление симптомов осложнений данной беременности, пересмотр запланированной модели ухода во время беременности и идентификация женщин, нуждающиеся в дополнительном уходе.
* Предоставление информации с возможностью обсуждения проблем, вопросов, «Тревожные признаки во время беременности». (*см. пример Приложение* 4 *к настоящему Клиническому протоколу*)
* Рекомендация занятий по подготовке к родам. *(Приложение 7 к настоящему Клиническому протоколу)*
 |
| **Обследование** | * Измерение веса при исходно низком ИМТ.
* Измерение АД.
 |
| **Инструменталь-ное исследование** | * Скрининговое УЗИ (18-21 недель).
 |
| **Лабораторные исследования:** | * Анализ мочи на белок.
 |
| **III посещение *- в сроке 24-26 недель*** |
| **Беседа** | * Выявление симптомов осложнений данной беременности (преэклампсия, кровотечение, подтекание околоплодных вод, шевеление плода, симптомы ИППП).
* Пересмотр запланированной модели ухода в течение беременности и идентификация женщин, нуждающиеся в дополнительном уходе.
 |
| **Обследование** | * Измерение веса при исходно низком ИМТ.
* Измерение АД.
* Измерение высоты дна матки (нанести на гравидограмму).
* Выслушивание сердцебиения плода.
 |
| **Лабораторные исследования:** | * Анализ мочи на белок.
* Определение титра антител у резус-отрицательных женщин в 28 недель.
* Тест на толерантность к глюкозе в 24 - 28 недель в группах риска (*Приложение 5 к настоящему Клиническому протоколу)*
 |
| **IV посещение *- в сроке 30 недель*** |
| **Беседа** | * Выявление симптомов осложнений данной беременности (преэклампсия, кровотечение, подтекание околоплодных вод, шевеление плода, симптомы ИППП)
* Пересмотр запланированной модели ухода в течение беременности и идентификация женщин, нуждающиеся в дополнительном обследовании и наблюдении.
* Предоставление информации с возможностью обсуждения проблем, вопросов.
* Оформление дородового отпуска у работающих беременных в 30 недель.
 |
| **Обследование** | * Измерение веса при исходно низком ИМТ.
* Измерение АД.
* Измерение высоты дна матки (нанести на гравидограмму).
* Выслушивание сердцебиения плода.
 |
| **Лабораторные исследования:** | * Общий анализ крови, Hb.
* Анализ мочи на белок.
* Определение антител к ВИЧ в крови.
* Определение антител к бледной трепонеме в крови;
* Определение титра антител у резус-отрицательных женщин в 32 недель.
 |
| **V посещение *- в сроке 34 недель*** |
| **Беседа** | * Выявление симптомов осложнений данной беременности (преэклампсия, кровотечение, подтекание околоплодных вод, шевеление плода, симптомы ИППП)
* Пересмотр запланированной модели ухода в течение беременности и идентификация женщин, нуждающиеся в дополнительном обследовании и наблюдении.
* Предоставление информации с возможностью обсуждения проблем, вопросов.
 |
| **Обследование** | * Измерение веса при исходно низком ИМТ.
* Измерение АД.
* Измерение высоты дна матки (нанести на гравидограмму).
* Выслушивание сердцебиения плода
 |
| **Лабораторные исследования:** | * Анализ мочи на белок.
 |
| **VI посещение *- в сроке 36 недель*** |
| **Беседа** | * Выявление симптомов осложнений данной беременности (преэклампсия, кровотечение, подтекание околоплодных вод, шевеление плода, симптомы ИППП).
* Оценка жалоб, изменений в общем состоянии и общий осмотр
* Пересмотр запланированной модели ухода в течение беременности и идентификация женщин, нуждающиеся в дополнительном обследовании и наблюдении.
* Предоставление информации с возможностью обсуждения проблем, вопросов. Консультирование по признакам начала родов, о необходимости госпитализации в родильное отделение, присутствие партнера и необходимых предметах ухода для мамы и ребенка (выдать список).
 |
| **Обследование** | * Измерение веса при исходно низком ИМТ.
* Измерение АД.
* Наружное акушерское обследование (положение плода, предлежащая часть);
* Измерение высоты дна матки (нанести на гравидограмму).
* Выслушивание сердцебиения плода
 |
| **Лабораторные исследования:** | * Анализ мочи на белок.
* Определение титра антител у резус-отрицательных женщин в 36 недель.
 |
| **VII посещение *- в сроке 38 недель*** |
| **Беседа** | * Выявление симптомов осложнений данной беременности (преэклампсия, кровотечение, подтекание околоплодных вод, шевеление плода, симптомы ИППП).
* Пересмотр запланированной модели ухода в течение беременности и идентификация женщин, нуждающиеся в дополнительном обследовании и наблюдении.
* Предоставление информации с возможностью обсуждения проблем, вопросов.
 |
| **Обследование** | * Измерение веса при исходно низком ИМТ.
* Измерение АД.
* Наружное акушерское обследование (положение плода, предлежащая часть).
* Измерение высоты дна матки (нанести на гравидограмму).
* Выслушивание сердцебиения плода.
 |
| **Лабораторные исследования:** | * Анализ мочи на белок.
 |
| **VIII посещение *- в сроке 40 недель*** |
| **Беседа** | * Выявление симптомов осложнений данной беременности (преэклампсия, кровотечение, подтекание околоплодных вод, шевеление плода, симптомы ИППП).
* Оценка жалоб, изменений в общем состоянии и общий осмотр.
* Повторить консультирование по признакам начала родов, о необходимости госпитализации в родильное отделение, присутствие партнера и необходимых предметах ухода для мамы и ребенка.
* Консультирование о переношенной беременности.
 |
| **Обследование** | * Измерение веса при исходно низком ИМТ.
* Измерение АД.
* Наружное акушерское обследование (положение плода, предлежащая часть).
* Измерение высоты дна матки (нанести на гравидограмму).
* Выслушивание сердцебиения плода.
 |
| **Лабораторные исследования:** | * Анализ мочи на белок.
 |

Возвращение для предложения родоразрешения на 41 неделе, если роды не наступили раньше.

***Приложение 1 к Клиническому протоколу***

***«Антенатальное наблюдение при физиологической беременности»***

**Группы факторов риска при взятии на учет**

**1. Социальные факторы:**

- возраст старше 35 лет

- подростки

- вредные привычки женщины и мужа

- вредные условия труда

- условия жизни (малообеспеченная семья, одинокая женщина, насилие в семье, мигранты, жители отдаленных регионов)

**2. Семейные факторы:**

- родственные браки

-аномалии развития и наследственные заболевания

- сахарный диабет у родственников первой линии

**3. Медицинские факторы:**

- сахарный диабет

- пороки сердца

- гипертоническая болезнь

- активный гепатит, циррозы

- заболевания почек (гломерулонефрит, почечная недостаточность)

- туберкулез

- болезни крови

- психическое заболевание и эпилепсия

- ВИЧ-инфекция

- системные заболевания (системная красная волчанка)

- ожирение (росто-весовой индекс более 30 кг/м2)

- низкий весо-ростовой показатель (менее 20 кг/м2)

- заболевания щитовидной железы

**4. Акушерский анамнез:**

- ЭКО

- невынашивание

- мертворождения

- рубцы на матке

- опухоли половых органов (миома матки, кистомы яичников)

- пороки развития матки

- многорожавшие

- рождение детей с низкой массой

- уродства плода

**Факторы риска при взятии на учет**

|  |
| --- |
| **Медицинские проблемы** |
| **Фактор риска** | **Последствия его реализации** | **Действия, направленные на контроль фактора риска** |
| **Сахарный диабет** | Многоводие, крупный плод, фетопатия, гестационный пиелонефрит, преэклампсия/эклампсия, невынашивание, антенатальная гибель плода, Задержка роста плода  | Консультация эндокринолога, окулиста, УЗИ с допплерометрией после 22 недель, госпитализация во время беременности по показаниям, дородовая госпитализация в 37 недельПосещения: 12, 16, 20,24,28,32 каждые 2 недели |
| **Пороки сердца** | Невынашивание, Декомпенсация порокаСердечная недостаточностьЗадержка роста плода | Консультация кардиолога, ревматолога, УЗИ после 22 недели;Посещения до 20 недель. 1 раз в месяц, 21-32 недели -1 раз в 2 недели, 33-37 недель – каждые 10 днейДородовая госпитализация в 37 недель |
| **Гипертоническая** **болезнь** | Невынашивание Задержка роста плодаПреэклампсия/эклампсия, Ретинопатия Отслойка плаценты | Консультация кардиолога, окулиста, Профилактика преэклампсии (кальций1,5-2,0 грамма или аспирин – 0,75 мг)Посещения: 20, 24,28, 30,32, каждые 2 неделиГоспитализация при появлении протеинурииИнформирование по опасным симптомам |
| **Туберкулез** | ФетопатияЗадержка роста плода | Консультация фтизиатра, УЗИ после 22 недельВедение на втором - третьем уровнеПосещения: 1 раз в месяц до 32 недель, 32-38 каждые 2 недели |
| **Активный гепатит, цирроз** | Невынашивание Задержка роста плодаПечёночная недостаточностьГибель плода Послеродовое кровотечение | Консультация инфекциониста и гепатологаУЗИ после 22 недельВедение на 2-3 уровне Посещения: 1 раз в месяц до 32 недель, 32-38 каждые 2 недели |
| **Заболевания почек (гломерулонефрит, почечная недостаточность)** | ПреэклампсияОтслойка плацентыЗадержка роста плода | Консультация нефрологаУЗИ после 22 неделиВедение на 2-3 уровне |
| **Болезни крови (Анемия, геморрагический синдром)** | Задержка роста плода КровотеченияТромбоэмболии Риск послеродовых инфекций | Консультация гематологаПеревод и ведение на 2-3 уровень УЗИ после 22 недели по показаниям |
| **Психические заболевания****(эпилепсия)** | Фетопатии СудорогиНевынашивание  | Консультация психиатра, генетика Вовлечение родственников |
| **ВИЧ** | Риск передачи ВИЧ | Консультация специалиста ВИЧПрофилактика передачи ВИЧ к ребенкуКонсультирование по искусственному вскармливаниюГоспитализация для КС в 38 недель |
| **Системные заболевания** | НевынашиваниеЗадержка роста плода | Консультация специалистов, УЗИ – после 22 недели.Госпитализация по показаниям |
| **Ожирение** | Гестационный диабетНевынашивание  | Консультация эндокринолога, ПГТТ - в 24-28 недель |
| **Низкий весо-ростовой показатель (менее 19 кг/м2)** | НевынашиваниеЗадержка роста плода | Динамическое определение прибавки весаСоциальная помощь  |
| **Заболевания щитовидной железы (гипертиреоз, гипотиреоз)** | НевынашиваниеЗадержка роста плода | Консультация эндокринолога, Госпитализация по показаниям |
| **Акушерские факторы** |
| **ЭКО** | Многоплодная беременностьНевынашивание  | УЗИ 8-12 недель, после 22 недель.КС в 38 недельКонсультирование женщины |
| **Невынашивание** | Выкидыши Преждевременные роды | Обучение беременной |
| **Крупный плод** | Риск гестационного диабета | ПГТТ с 75 гр. глюкозы в 24-28 недель  |
| **Мертворождение****Рождение детей с низкой массой**  | Задержка роста плода Замерзшая беременность Мертворождение | УЗИ после 22 недель, Обучение женщин |
| **Рубец на матке** | Разрыв матки | ОбучениеДородовая госпитализация в 37-38 недель. |
| **Опухоли (миома матки, кистома)** | НевынашиваниеЗадержка роста плодаКровотечения, ПОНРП | Дородовая госпитализация в 38 недель.Обучение беременнойВедение не 2-3 уровне |
| **Пороки развития матки** | НевынашиваниеЗадержка роста плодаКровотечения,ПОНРП | Консультация акушер-гинекологаОбучение беременнойВедение не 2-3 уровне |
| **Многорожавшие** | НевынашиваниеПослеродовые кровотечения  | Консультирование женщины |
| **Уродства плода** | Мальформации плода | Предложить пренатальную диагностику Обучение женщинФолиевая кислота – 4 мг/день |
| **Семейный анамнез** |
| **Родственные браки** | Генетические заболевания плода | Предложить пренатальную диагностику Обучение женщин |
| **Аномалии и наследственные заболевания** | Аномалии развитияАнтенатальные потери | Предложить пренатальную диагностику Обучение женщин |
| **Сахарный диабет** | Гестационный сахарный диабет | Консультация эндокринолога и акушер-гинекологаПГГТ – 24 - 28 недель |
| **Социальные факторы** |
| **Возраст женщины более 35 лет** | Аномалии развития | Предложить пренатальную диагностику |
| **Вредные привычки женщины и мужа** | Фетопатии Антенатальные потери | Консультация специалиста (нарколога)Консультирование женщины |
| **Вредные условия труда** | НевынашиваниеФетопатииАнтенатальные потери | Перевод на улучшенные условия трудаОбучение женщины |
| **Условия жизни** | Невынашивание | Социальная помощьОбучение женщины |
| **Подростки** | АнемииНевынашиваниеПреэклампсияРиск криминальных вмешательств | Социальная помощьОбучение Вовлечение семьи в оказании помощи |

**Факторы риска, возникшие во время беременности**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Фактор риска** | **Последствия** | **Действия** |
| **Кровотечения во I и II половине беременности** | Постгеморрагическая анемия, постгеморрагический шок, реализация острой фазы ДВС синдрома, шоковые почка, легкие, отек мозга, гнойно-септические заболевания | Консультирование беременной по признакам и обращение за помощьюОказание неотложной помощи и перевод в лечебное учреждение |
| **Многоводие (при подтвержденном УЗИ)** **Основные причины:** аномалии развития плода, диабет, резус –конфликт, идиопатическое.  | Отслойка НРП, антенатальная гибель плода, неправильные положения плода | При остром многоводии – срочная госпитализация, УЗИ после 22 недель Глюкоза крови  |
| **Маловодие подтвержденное УЗИ** | Внутриутробная гибель плода | УЗИ после 22 недель  |
| **Гестационный сахарный диабет** | Макросомия, задержка роста плода, антенатальная гибель плода, преждевременные роды, многоводие | Совместное ведение гинеколога и эндокринологаПГТТ после 24 недель |
| **Быстро нарастающие отеки** | Признак преэклампсии | Измерение АД и определение белка в моче. При отсутствии АД и белка в моче увеличить частоту наблюдений, еженедельно.При наличии белка и повышения АД- срочная госпитализация. |
| **Недостаточная прибавка массы тела менее 4,5 кг к 20 неделе** | Синдром задержки плодаВнутриутробная гибель плода | Консультирование по вопросам питанияСоциальная помощь |

**Факторы риска со стороны плода:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Фактор риска** | **Последствия** | **Действия** |
| **Отставание высоты дна матки от гравидограммы** | Синдром задержки плодаАнтенатальная гибель плода | УЗИ после 22 недель  |
| **Внутриутробная гибель плода** | КровотечениеИнфекции  | Направить в стационар для родоразрешенияКонсультировать женщин по признакам и немедленному обращению за помощью в случае отсутствия шевелений плода  |
| **Резус – конфликт****(появление антител)** | Развитие тяжелых форм, отечной формы ГБ, Антенатальная гибель плода | УЗИ +допплерометрией сосудов плода после 22 недель  |
| **Неправильные положения плода** | Выпадение мелких частей, преждевременное излитие вод, травматизм со стороны матери и плода | Ведение акушер-гинекологом и решение вопроса о методе родоразрешения.Госпитализация в 39 недель если выбран метод родоразрешения –КСЕсли решено родоразрешение естественным путем- наблюдение до 41 неделиКонсультирование женщины |
| **Многоплодная беременность** | Преждевременные роды, преждевременное излитие вод, развитие преэклампсииЗадержка роста плода | Дополнительные УЗИ после 22 недель |

***Приложение 2 к Клиническому протоколу***

***«Антенатальное наблюдение при физиологической беременности»***

**Информирование и консультирование женщины при взятии на учет**

1. **Важность, цели и содержание антенатального ухода**
	1. Сколько посещений и их содержание

График дородовых посещений при физиологической беременности

* + - 1. Первое посещение до 12 недель
			2. Последующие посещения – 16 (18-20), 26, 30, 34, 36, 38, 40 недель беременности
	1. Скрининговые тесты и их цель
1. Сифилис
2. ВИЧ
3. Мочу на бессимптомную бактериурию
4. Гемоглобин
5. Протеинурия
6. УЗИ для выявления структурных аномалий плода
7. Измерение высоты стояния дна матки – гравидограмма
8. **Аспекты стиля жизни**

***Работа и физическая нагрузка***

• нет никаких оснований для рекомендации прекратить работу при неосложненной беременности, но необходимо исключить тяжелые физические нагрузки, например, перенос тяжестей, и контакт с агрессивными жидкостями и газами, *источниками радиации*

• при первом визите необходимо предоставить всю имеющуюся юридическую информацию о льготах, правах, пособиях для всех беременных женщин, как имеющих постоянное место работы, так и домашних хозяек, и их семей;

• при подтверждении беременности выдать справку для предоставления по месту работы или учебы для изменения расписания работы или ее характера — исключение ночных или продолжительных смен, перевод на легкий труд;

• в течение наблюдения заранее обсудить вопросы выдачи листа о нетрудоспособности по беременности и родам, сроки, условия.

 ***Занятия физической культурой и спортом***

• нет никаких оснований для ограничений занятий физкультурой и спортом во время неосложненной беременности;

• необходимо предупредить беременную женщину о потенциальной опасности некоторых видов спорта, например, всех видов единоборств, горнолыжного, парашютного, автомобильного спорта, дайвинга и т. д., так как они представляют большой риск абдоминальной травмы и могут вызвать повреждение плода

***Сексуальная жизнь***

• нет никаких оснований для ограничений сексуальной жизни при физиологическом течении беременности.

***Курение***

• необходимо предоставить информацию о связи между курением во время беременности и риском рождения маловесного ребенка и преждевременных родов;

* пассивное курение также отрицательно влияет на рост плода. Если курит муж, следует провести консультирование с семейной парой о вреде пассивного курения.

• организовать работу по прекращению, или, по крайней мере, снижению количества потребляемых сигарет, которая может включать в себя индивидуальное консультирование или групповые занятия, раздачу специальной литературы или фильмов.

***Алкоголь***

• доказано негативное влияние алкоголя на плод в количестве, превышающем 1 стандартную дозу (15 мл чистого спирта в день, или до 30 мл крепких спиртных напитков, или небольшой бокал некрепленого вина, или около300 мл светлого пива);

• необходимо убедить пациентку полностью прекратить прием алкоголя вовремя беременности или принимать не более 1 стандартной дозы алкоголя один-два раза в неделю.

***Наркотики***

• доказано негативное влияние любых наркотиков на плод;

• необходимо убедить пациентку полностью прекратить прием наркотиков;

• предложить специализированную медицинскую помощь.

***Воздушные путешествия***

• необходимо сообщить, что длительные перелеты опасны развитием венозного тромбоза, для профилактики которого рекомендуется использование компрессионных чулок или бинтов во время полета;

• никаких других влияний на беременность не отмечено;

• большинство компаний-авиаперевозчиков имеют ограничения в зависимости от срока беременности (чаще всего не допускают к полету после 34—36 недель).

***Поездки на автомобиле***

• необходимо напомнить об обязательном использовании ремней безопасности, причем сам ремень должен располагаться ниже или выше живота (в идеале должны использоваться специальные устройства с двумя ремнями).

1. **Питание**

Беременность не требует изменений в рационе питания.

* Здоровое и полноценное питание беременной женщины должно соответствовать следующим требованиям:
* Пища должна быть разнообразной, как источник поступления всех необходимых веществ, для правильного развития плода;
* Питание должно быть регулярным;
* Отдельные питательные вещества (белки, жиры, углеводы) должны быть представлены в правильном сочетании;
* Пища должна содержать достаточное количество витаминов и минеральных веществ;
* Во время беременности необходимо выпивать достаточное количество жидкости (8 -10 стаканов воды в день);
* Необходимо исключить острые пряности.

• хлеб, изделия из муки, крупы, картофель должны употребляться несколько раз в день;

• есть несколько раз в день овощи и фрукты, лучше свежие и выращенные в местности проживания;

• контролировать поступление жира с пищей (не более 30% суточной калорийности);

• заменять животный жир на растительный;

• заменять жирное мясо и мясные продукты на бобовые, зерновые, рыбу, птицу и постное мясо;

• употреблять молоко и молочные продукты (кефир, простоквашу, йогурт, сыр) с низким содержанием жира;

• выбирать продукты с низким содержанием сахара и употреблять сахар умеренно, ограничивая количество сахара и сладких напитков;

* избегать чрезмерного употребления соли, но ограничивать количество соли не нужно. С одной стороны, общее количество соли в пище не должно превышать одну чайную ложку (6 г в день), с другой — уровень потребления соли следует рассматривать как вопрос индивидуальных предпочтений. Желательно, особенно в йод дефицитных регионах, употреблять йодированную соль;
* для снижения риска прерывания беременности и рождения маловесных детей беременным, потребляющим большое количество кофеина (более 300 мг/сут), рекомендуется уменьшить его потребление
* провести санитарно - просветительную работу по гигиене питания (сальмонеллёз, токсоплазмоз, листериоз и другие пищевые инфекции).

Правильно составленное меню поможет избежать многих осложнений, которые могут возникнуть во время беременности.

1. **Витамины и микроэлементы**
* Назначение добавок, содержащих комплексы микронутриентов, для улучшения материнских и перинатальных исходов беременным не рекомендуется. Добавление в рацион питания искусственных витаминов при беременности необходимо крайне редко. Только при крайне нерациональном питании, а также в регионах, где население голодает, применение витаминов оказалось эффективным.

• рутинное применение фолиевой кислоты в дозе 400 мкг ежедневно в период до зачатия и в первые 12 недель беременности достоверно снижает риск развития у плода дефектов невральной трубки (анэнцефалия, spinabifida);необходимо рекомендовать всем женщинам прием фолиевой кислоты;

• в группах населения со сниженным потреблением кальция с пищей для снижения риска преэклампсии беременным рекомендуется ежедневный прием внутрь препаратов кальция в дозе 1,5—2 г в пересчете на кальций.

• ежедневная доза витамина А более 700 мкг может иметь тератогенный эффект, поэтому рутинные добавки витамина А должны быть исключены.

Кроме этого беременная должна иметь информацию о продуктах, содержащих повышенную концентрацию витамина А, например, печени или продуктах из нее;

• нет данных, позволяющих рекомендовать дополнительное назначение витамина D из-за отсутствия явных преимуществ его применения;

• дополнительное назначение йода показано в регионах с высоким уровнем заболеваемости эндемическим кретинизмом.

Травы, травяные настойки и настои также являются лекарствами, поэтому не должны

приниматься без назначения врача. Безопасность подобных препаратов как для

будущего ребенка, так и для здоровья самой беременной женщины неизвестна.

1. **Профилактические мероприятия**
* Прием фолиевой кислоты и препаратов железа. Для профилактики анемии, послеродового сепсиса, рождения маловесных детей и преждевременных родов беременным рекомендуется ежедневный прием внутрь препаратов железа в дозе 30—60 мг в пересчете на железо и фолиевой кислоты в дозе 400 мкг (0,4 мг), начатой на предгравидарной подготовке.
* Всем беременным с диагностически значимой бессимптомной бактериурией (БСБУ) рекомендуется антибактериальная терапия с целью предупреждения манифестных ИМП, преждевременных родов и рождения маловесных детей.

 ***Приложение 3 к Клиническому протоколу***

***«Антенатальное наблюдение при физиологической беременности»***

**Дискомфортные состояния во время беременности**

Беременность — не болезнь, но тем не менее надо признать, что существует достаточно много симптомов, которые в другой ситуации, у небеременной женщины, могли бы быть приняты за проявление болезни. Сами по себе эти состояния не опасны для нормального развития плода и не приводят к каким-либо осложнениям, но дискомфорт, который испытывает беременная, сказывается, иногда значительно, на ее работоспособности, настроении, общем восприятии беременности. Уменьшение влияния этих симптомов является важной составляющей антенатального ухода.

**Некоторые методы профилактики или облегчения распространенных дискомфортных состояний**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Симптомы** | **Советы женщинам** | **Дополнительные****возможности лечения** |
| Утомляемость | • Чаще отдыхайте.• Соблюдайте принципы здоровогопитания.• Выполняйте легкие физическиеупражнения. |  |
| Утренняятошнота/ рвота | • Рано утром съешьте несколько сухихкрекеров или кусочек хлеба.• Избегайте острой и жирной пищи.• Ешьте чаще и небольшими порциями.• Сообщите женщинам, что в большинстве случаев тошнота и рвота прекратятся самопроизвольно по истечении первых трех месяцев беременности. | * имбирь в виде порошков или сиропа по 250 мг 4 раза в день- (снижение тяжести тошноты и рвоты после 4 дней приема);
* акупрессура точки Найгуан (примерно на 3 поперечных пальца выше запястья);
* антигистаминные препараты;
* витамин В6;
 |
| Изжога | • Ешьте чаще и небольшими порциями.• Избегайте острой и жирной пищи.• Избегайте употребления кофе и газированных напитков, содержащих кофеин.• Не ложитесь и не наклоняйтесь после еды.• Во время сна Ваша голова должнанаходиться на высокой подушке.• При изжоге выпейте молоко иликефир, либо съешьте йогурт. | • антацидные препараты дляженщин, которых продолжает беспокоить изжога, несмотря на изменение образа жизни идиеты. |
| Запоры | • Выпивайте не менее 8 стаканов воды и других жидкостей в сутки.• Употребляйте продукты, богатые пищевыми волокнами, например, зеленые овощи и каши с отрубями. | * В случаях, когда использование физиологических способов не помогает, обосновано назначение слабительных, увеличивающих объем жидкости в кишечнике (морская капуста, льняное семя, агар-агар) и стимулирующих

перистальтику (лактулоза) |
| Геморрой | • Увеличение объема грубой, волокнистой пищи. | • Противогеморроидальные кремы. |
| Отеки ног | • Приподнимайте ноги несколько раз в день.• Спите на боку. |  |
| Варикозное расширение вен | • Сообщите женщинам, что это распространенный симптом, не приносящий вреда.* Рекомендовать приподнятое положение ног и ножные ванны.
 | • Компрессионные эластичные чулки могут уменьшить отеки ног, но не варикозное расширение вен. |
| Боли в пояснице | • Носите обувь без каблуков.• Избегайте поднимания тяжестей.• Если Вам приходится подниматьтяжести, сгибайте колени, а не спину. | • Упражнения в воде• Массажная терапия, акупунктура* Ношение бандажа.
 |
| Судороги в ногах | * Во время приступов целесообразны массаж и упражнения на растяжение

мышц. | * Для уменьшения судорог в ногах во время беременности могут применяться препараты магния, кальция.
 |
| Влагалищные выделения | * Сообщите женщинам, что некоторое увеличение и изменение влагалищных выделений обычно характерно для нормальной беременности;

• в случаях появления неприятного запаха, зуда, болезненности необходимо обратиться к медицинскому специалисту для дополнительного обследования. |  |

По всем этим состояниям следует сообщить женщине, что ее симптомы являются распространенными и не причинят вреда.

***Приложение 4 к Клиническому протоколу***

***«Антенатальное наблюдение при физиологической беременности»***

**Угрожающие симптомы**

Немедленно обратитесь к врачу, если у Вас появится хотя бы один из следующих

симптомов:

* + Кровянистые выделения из половых путей.
	+ Излитие околоплодных вод.
	+ Сильные головные боли.
	+ Постоянная головная боль, головокружение, нарушения зрения, мелькание мушек перед глазами.
	+ Сильные и быстро нарастающие отеки.
	+ Рвота и тошнота.
	+ Боли в животе.
	+ Боли в нижних отделах живота и поясничной области.
	+ Жжение и боль при мочеиспускании;
	+ Сильный зуд и жжение во влагалище или усилившиеся влагалищные выделения;
	+ Более 4—5 схваток в течение часа;
	+ Повышение температуры до 38ºС и более;
	+ Если Вы ушибли живот во время падения, автомобильной аварии или если кто-то Вас ударил;

***Приложение 5 к Клиническому протоколу***

***«Антенатальное наблюдение при физиологической беременности»***

**Рутинный антенатальный скрининг**

1. **Измерение АД при каждом контакте для определения признаков гипертензии и преэклампсии.**

**Правила измерения АД**

• Наиболее точные показания дает ртутный сфигмоманометр (по нему должны быть

откалиброваны все используемые аппараты).

• Пациентка должна быть расслаблена, после отдыха (не менее 10 мин).

• Положение — полусидя или сидя, манжета должна располагаться на уровне сердца

пациентки. **Положение на спине может вызвать гипотензию, в положении на левом**

**боку фиксируется наиболее низкое АД, так как правая рука, на которой**

**проводится измерение, чаще всего расположена выше уровня сердца.**

• Манжета аппарата для измерения давления должна соответствовать окружности

плеча пациентки (не менее, чем в 1.5 раза длиннее окружности плеча, лучше больше,

ем меньше). Манжета не должна располагаться на одежде пациентки;

• Достаточно измерения на одной руке.

• Уровень систолического давления оценивается по I тону Короткова (появление), а

диастолического — по V (прекращение).

• Показатели должны быть зафиксированы с точностью до 2 мм рт. ст.

1. **Анализ мочи на наличие белка (ОАМ).** Для проведения скринингового обследования можно использовать любой анализ мочи, хотя для получения наиболее полных и точных данных следует сделать анализ суммарного выделения белка в суточном объеме мочи;
2. **Посев средней порции мочи для выявления бессимптомной бактериурии (БСБУ);**
* Бессимптомную бактериурию выявляют у 6% (2–11%) беременных в зависимости от их социально экономического положения.
* Увеличивает риск преждевременных родов, рождения маловесных детей,

острых пиелонефритов у беременных (в среднем развивается у 28—30% не

получавших лечения по поводу бессимптомной бактериурии);

* На основании вышеизложенных результатов исследований доказательной медициной приняты как бесспорные два важных положения:

1) у беременных следует проводить скрининг на бессимптомную бактериурию не менее 1 раза(**1a);**

2) бессимптомная бактериурия подлежит лечению.

**Диагностические критерии бессимптомной бактериурии:**

1. Диагностически значимую бактериурию у беременных диагностируют при наличии роста 100 000 КОЕ/мл (105 в 1мл) и более **одного и того же** микроорганизма в 2 посевах средней порции **свободно** выпущенной (полученной бескатетерным способом) мочи, собранной с соблюдением правил асептики, взятой с интервалом 3–7 суток (минимум 24 ч).

Подчеркивается, что следует получить одинаковый результат, то есть в обоих посевах должен быть выделен идентичный возбудитель. Такие жесткие требования обоснованы тем, что в около 40% случаев имеют место ложноположительные результаты, не подтверждаемые повторным посевом.

1. Отсутствие клинических симптомов.
2. Лейкоцитурия (более 6-8 в поле зрения), пиурия(более 10 в поле зрения)+/-.

*Необходимым условием достоверности результатов бактериологического исследования служит правильность забора мочи. Сбор мочи проводят после тщательного туалета наружных половых органов и исключении попадания вагинальных выделений. Среднюю порцию мочи собирают в стерильный контейнер с крышкой в количестве 10–15 мл и доставляют в микробиологическую лабораторию в предельно короткие сроки (1–2 ч). При использовании специальных контейнеров с питательными средами допускается хранение материала до 48 ч в условиях холодильной камеры.*

* При отсутствии условий для культурального метода исследования, постановка диагноза БСБУ возможна также по данным 2-х кратной микроскопии осадка мочи.

**Лечение бессимптомной бактериурии:**

* Лечение должно назначаться после 12-14 недели беременности для исключения

возможного негативного влияния на развитие плода;

* Критерий успешного лечения — отсутствие бактерий в моче;
* Однократная доза антибактериальных средств так же эффективна, как 4- и7-дневные курсы, но из-за меньшего количества побочных эффектов должны использоваться именно одноразовые;
* Логично использовать препараты, на которые установлена чувствительность;
* Схемы антибиотикотерапии БСБУ у беременных:

**АБ Длительность**

 Фосфомицин 3 г однократно

Цефтибутен, Цефиксим (III поколение) 400 мг 1 раз в день № 5–7

 Цефуроксим (II поколение) 250мг 2 раза в день № 5-7

 Амоксициллин / клавулановая кислота 1000 мг 2раза в день №7

 625 мг 3раза в день

 Нитрофурантоин (фурагин) (только II триместр!!!)100 мг 3 раза в день № 7

* Через 1 месяц после лечения обязательно проводят культуральное исследование мочи. В случае отрицательного результата (стерильность мочи или бактериурия <104 КОЕ/мл) беременную в дальнейшем наблюдают в обычном режиме.
* Если повторно определяется бессимптомная бактериурия, то назначают антибактериальное лечение, избирая другую схему среди вышеприведенных или руководствуясь установленной чувствительностью выявленных микроорганизмов.
* При неудачном повторном курсе терапии предлагаются следующие подходы – проведение супрессивной (низкодозовой) антибактериальной терапии до родов и в течение 2 недель после родов с ежемесячным бактериологическим контролем, исключение структурно- функциональных нарушений, способствующих нарушению пассажа мочи.
* При наличии факторов риска ИМП целесообразно продолжительное профилактическое назначение фитотерапии, позиционная терапия беременным - поза "кошечки" (колено- локтевое положение с приподнятым тазовым концом), 4—5 раз в день по 15— 20 минут.
* Динамическое обследование беременных женщин, у которых при первом скрининге не обнаружена БСБУ, не рекомендуется.
1. **Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ)**
* риск вертикальной трансмиссии зависит от уровня вирусной нагрузки беременной и состояния иммунитета;
* риск вертикальной трансмиссии без проведения профилактики в развитых

странах составляет 15—25%;

* трехэтапная профилактика:

— химиопрофилактика во время беременности и родов;

— элективное кесарево сечение до начала родовой деятельности, при безводном периоде <4 ч;

— отказ от грудного вскармливания снижает риск вертикальной трансмиссии ВИЧ-инфекции до 1%;

* исследования на ВИЧ необходимо предлагать всем беременным женщинам2 раза в течение беременности (при постановке на учет и в 30—32 недель беременности) (**1a)**;
* учреждения родовспоможения должны иметь экспресс-тесты для обследования беременных с неизвестным ВИЧ-статусом;
* ведение беременных с положительным ВИЧ-статусом осуществляется совместно с региональным СПИД-центром, который должен обеспечивать всех женщин бесплатными препаратами для химиопрофилактики;
* медицинские работники, наблюдающие за беременной, обязаны активно помогать формированию приверженности к лечению;
* часть пациенток с ВИЧ-(+) -статусом относятся к группе социально дезадаптированных, поэтому им должно быть оказано повышенное внимание в вопросах возможного домашнего насилия, курения, алкоголизма, наркомании;
* пациентки-носители не представляют опасности в быту для персонала и других женщин, равно как и для своих детей, поэтому не должны изолироваться в антенатальном и послеродовом периодах.
1. **Сифилис**
* распространенность в популяции значительно варьирует в различных регионах, но остается относительно высокой;
* скрининг предлагается всем женщинам дважды в течение беременности (при постановке на учет и в 30 недель);
* больные сифилисом пациентки имеют высокий риск наличия других ИППП, поэтому им должно быть предложено дополнительное обследование;
* лечение — пенициллин, может быть проведено амбулаторно;
* женщина, прошедшая адекватный курс лечения сифилиса, не нуждается в изоляции от других женщин и не представляет риска для своего ребенка;
* консультирование, лечение и контроль — у венеролога.
1. **Гепатит В**
* во время беременности течение и лечение острого гепатита не отличается от лечения вне беременности;
* заражение ребенка чаще всего происходит интранатально (90%);исследование крови на гепатит В необходимо предлагать всем беременным в целях выявления женщин — носителей HBsAg для проведения детям, рожденным у таких матерей, эффективной профилактики — иммуноглобулин + вакцинация в первые сутки жизни;
* пациентки — носители HBsAg не представляют опасности в быту для персонала и других женщин, равно как и для своих детей, поэтому не должны изолироваться в антенатальном и послеродовом периодах.
1. **Определение группы крови и Rh-фактора**
* определение этих показателей важно для профилактики гемолитической болезни плода и новорожденного и возможных трансфузионных проблем;
* группа крови и Rh-фактор определяются при первом обращении женщины(2a),информация о результатах в обязательном порядке заносится в обменную карту беременной
* при Rh-отрицательной крови пациентки — предложить пройти подобное тестирование будущему отцу ребенка;
* необходимо определить наличие антител к Rh-фактору в крови при первом обращении и повторно в 27-28 недель, в 32 недели и в 36 недель(при отрицательном результате первого и последующих анализов).
* согласно рекомендации ВОЗ: «Оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности» 2016г,профилактическое назначение анти-Rh0(D)иммуноглобулина несенсибилизированным Rh-отрицательным беременным на сроке 28—34 недели беременности для профилактики аллоиммунизации рутинно не рекомендуется, проводится только в рамках научных исследований.
* при выявлении антител в крови беременной необходимо контролировать их титр. Количество тестов и частота проведения зависит от конкретной клинической ситуации, женщины с высоким титром антител должны быть проконсультированы в учреждениях более высокого уровня, желательно 3-го.
1. **Скрининг на выявление гестационного сахарного диабета (ГСД).**
* Согласно критериям ВОЗ, гипергликемию, впервые выявленную во время беременности, следует квалифицировать либо как гестационный сахарный диабет (ГСД), либо как сахарный диабет при беременности.
* **Гестационный сахарный диабет (ГСД)** – это заболевание, характеризующееся гипергликемией, впервые выявленной во время беременности, но не соответствующей критериям «манифестного» СД.
* Частота ГСД в общей популяции разных стран варьирует от 1% до 14%, составляя в среднем 7%. Указанные вариации обусловлены различиями в способах его диагностики и напрямую связаны с распространенностью сахарного диабета 2 типа (СД2) в отдельных этнических группах.
* Диагностика нарушений углеводного обмена при беременности проводится в 2 фазы:

1 ФАЗА – проводится при первом обращении беременной к врачу.

2 ФАЗА – проводится на 24–28-й неделе беременности.

Всем женщинам, у которых не было выявлено нарушение углеводного обмена на ранних сроках беременности, между 24-й и 28-й неделями проводится ПГТТ с 75 г глюкозы. Оптимальным временем для проведения ПГТТ, по мнению экспертов, считается срок 24–26 недель. В исключительных случаях ПГТТ с 75 г глюкозы может быть проведен вплоть до 32 недели беременности (высокий риск ГСД, размеры плода по данным УЗ-таблиц внутриутробного роста ≥75 перцентиля, УЗ-признаки диабетической фетопатии).

* Пороговые значения глюкозы венозной плазмы для диагностики ГСД(глюкоза венозной плазмы)

ГСД, при первичном обращении

 Натощак ≥ 5,1, но <7,0 ммоль/л

ГСД, пероральный глюкозотолерантный тест с 75 г глюкозы

Через 1 ч ≥ 10,0 ммоль/л

Через 2 ч ≥ 8,5, но <11,1ммоль/л

**Правила проведения перорального глюкозотолерантного теста ПГТТ**

ПГТТ с 75 г глюкозы является безопасным нагрузочным диагностическим тестом для выявления нарушения углеводного обмена во время беременности. Интерпретация результатов ПГТТ может проводиться врачом любой специальности: акушером, гинекологом, терапевтом, врачом общей практики, эндокринологом.

 Тест выполняется на фоне обычного питания (не менее 150 углеводов в день), как минимум, в течение 3 дней, предшествующих исследованию.

Тест проводится утром натощак после 8–14-часового ночного голодания. Последний прием пищи должен обязательно содержать30–50 г углеводов. Пить воду не запрещается. В процессе проведения теста пациентка должна сидеть. Курение до завершения теста запрещается.

Лекарственные средства, влияющие на уровень глюкозы крови (поливитамины и препараты железа, содержащие углеводы, глюкокортикоиды, β-адреноблокаторы, β-адреномиметики), по возможности, следует принимать после окончания теста. **ПГТТ не проводится:**

• при раннем токсикозе беременных (рвота, тошнота);

 • при необходимости соблюдения строгого постельного режима (тест не проводится до момента расширения двигательного режима);

 • на фоне острого воспалительного или инфекционного заболевания;

• при обострении хронического панкреатита или наличии демпинг-синдрома (синдром резецированного желудка).

 Определение глюкозы венозной плазмы выполняется только в лаборатории на биохимических анализаторах либо на анализаторах глюкозы. Использование портативных средств самоконтроля (глюкометров) для проведения теста запрещено. Забор крови производится в холодную пробирку (лучше вакуумную), содержащую консерванты: фторид натрия (6 мг на 1 мл цельной крови) как ингибитор энолазы для предотвращения спонтанного гликолиза, а также EDTA или цитрат натрия как антикоагулянты. Пробирка помещается в воду со льдом. Затем немедленно (не позднее ближайших 30 мин) кровь центрифугируется для разделения плазмы и форменных элементов. Плазма переносится в другую пластиковую пробирку. В этой биологической жидкости и производится определение уровня глюкозы.

**Этапы выполнения теста**

1-й этап.

После забора первой пробы плазмы венозной крови натощак уровень глюкозы измеряется немедленно, т.к. при получении результатов, указывающих на манифестный (впервые выявленный) СД или ГСД, дальнейшая нагрузка глюкозой не проводится и тест прекращается. При невозможности экспресс-определения уровня глюкозы тест продолжается и доводится до конца.

 2-й этап.

При продолжении теста пациентка должна в течение 5 минут выпить раствор глюкозы, состоящий из 75 г сухой (ангидрита или безводной) глюкозы, растворенной в 250–300 мл теплой (37–40°С) питьевой негазированной (или дистиллированной) воды. Если используется моногидрат глюкозы, для проведения теста необходимо 82,5 г вещества. Начало приема раствора глюкозы считается началом теста.

3-й этап.

 Следующие пробы крови для определения уровня глюкозы венозной плазмы берутся через 1 и 2 часа после нагрузки глюкозой. При получении результатов, указывающих на ГСД после 2-го забора крови, тест прекращается.

**Группы риска по развитию гестационного диабета**

1. Плод с массой более 4500 грамм
2. Ожирение
3. Семейный анамнез – диабет у родственников первой линии
4. Гестационный диабет в предыдущих беременностях
5. **Измерение высоты дна матки (ВДМ)** с ведением гравидограммы с 24 недель беременности для прогнозирования низкой массы тела при рождении. Если ВДМ не увеличивается по сравнению с данными предыдущих посещений, или отстает от нормы по данным гравидограммы, направляется на УЗИ для выявления аномалий роста.
6. **Пальпация живота** с определением предлежащей части плода в 36 недель беременности.
7. **Биохимический скрининг на хромосомные аномалии в группах риска:**
* следует предлагать только при наличии в медицинском учреждении

возможности предварительного и последующего консультирования, в ходе

которого женщине разъясняют выгоды и риск, связанные с тестированием, а

также последствия при получении положительных результатов;

* рекомендуется проведение комплексного (интегрированного) тестирования, которое включает УЗИ на 10—14-й неделе беременности для измерения толщины воротникового пространства, а также серологические тесты на 11—14-й и 14—20-й неделях;

**Группы риска развития хромосомной патологии**

Возраст женщины более 35 лет

Аномалии и наследственные заболевания

Родственные браки

Уродства плода

1. **Скрининг структурных аномалий плода при УЗИ в сроках 18-21 недели.**

Проведение ультразвуковое исследование на сроке до 24-й недели беременности (раннее ультразвуковое исследование плода) также необходимо для уточнения гестационного возраста, снижения частоты индукции родов при переношенной беременности и формирования положительного опыта беременности.

***Приложение 6 к Клиническому протоколу***

***«Антенатальное наблюдение при физиологической беременности»***

**Рутинные обследования, которые проводить не рекомендуется, так как их**

**эффективность не доказана:**

* *Повторное взвешивание женщин*, за исключением случаев низкого ИМТ.

 Измерение прибавки веса при каждом посещении необоснованно, и нет необходимости советовать женщинам вносить ограничения в режим питания, чтобы ограничить прибавку веса. Понятие нормы увеличения веса как во время беременности в целом, так и по неделям, месяцам и триместрам очень индивидуально. Так называемая патологическая прибавка веса за определенный период беременности не должна использоваться в качестве критерия оценки течения беременности и постановки диагноза каких-либо осложнений (например, преэклампсии) или прогнозирования рождения маловесных детей из-за крайне низкой прогностической ценности этого показателя, с одной стороны, и значительного беспокойства беременной женщины по этому поводу — с другой;

* *Пельвиометрия.* Доказано, что данные ни клинической, ни рентгенологической пельвиометрии не обладают достаточной прогностической значимостью для определения несоответствия размеров головки плода и таза матери, что лучше всего выявляется при тщательном наблюдении за течением родов(2а).
* *Рутинная аускультация сердцебиения плода* не имеет никакой прогностической ценности, так как может лишь ответить на вопрос: жив ли ребенок? Но в некоторых случаях она может придать уверенности пациентке, что с ребенком все хорошо.
* *Подсчет шевелений плода*. Рутинный подсчет приводит к более частому выявлению снижения активности плода, более частому применению дополнительных методов оценки состояния плода, к более частым госпитализациям беременных и к увеличению числа индуцированных родов. Большее значение имеет не количественная, а качественная характеристика шевелений плода. Женщин информируют о необходимости обращения за медицинской помощью в случае внезапного повышения или снижения двигательной активности плода (1b).
* *УЗИ после 24 недель для оценки роста и состояния плода.*

 Изучение клинической значимости рутинных УЗИ на поздних сроках беременности выявило увеличение количества случаев дородовой госпитализации и индуцированных родов без какого-либо улучшения перинатальных исходов (1b). Однако доказана целесообразность УЗИ в особых клинических ситуациях:

* при определении точных признаков жизнедеятельности или гибели плода;
* при оценке развития плода с подозрением на ЗВУР;
* при определении локализации плаценты;
* при подтверждении предполагаемой многоплодной беременности;
* при оценке объема амниотической жидкости в случае подозрения на много- или маловодие;
* при уточнении положения плода;
* при таких процедурах, как наложение кругового шва на шейку матки или наружный поворот плода на головку.
* *Дородовая кардиотокография (КТГ) для оценки состояния плода.*

 Отсутствуют доказательства целесообразности применения КТГ в дородовый период в качестве дополнительной проверки благополучия плода при беременностях даже высокого риска (1a). В 4 исследованиях, оценивающих влияние рутинной КТГ, были получены идентичные результаты — увеличение перинатальной смертности в группе КТГ (в 3 раза!) при отсутствии влияния на частоту КС, рождения детей с низкой оценкой по шкале Апгар, неврологических нарушений у новорожденных и госпитализации в неонатальную ПИТ. Применение этого метода показано только при внезапном уменьшении шевелений плода, при дородовом кровотечении и любых других состояниях, связанных с риском плода (преэклампсии, диабете и т. п.).

* *Скрининговое обследование на возможность преждевременных родов* – по длине цервикального канала (измерение при выполнении трансвагинального УЗИ или при влагалищном обследовании) или с использованием теста на наличие фетального фибринонектина.
* *Допплерометрия пупочных артерий* с целью оценки состояния плода.
* *Допплерометрия маточных артерий* для прогнозирования преэклампсии.
* *Исследование органов малого таза.* Рутинное исследование органов малого таза не позволяет точно оценить срок гестации, выявить достоверную угрозу преждевременных родов или признаков клинического таза.
* *Мазок из влагалища в отсутствие признаков и симптомов вагинальных инфекций.*
* *Скрининг на асимптоматический бактериальный вагиноз.*

 Бессимптомное течение наблюдается у 50% беременных;

Результаты РКИ доказывают, что проведение скрининга и лечение здоровых беременных (не предъявляющих жалоб) по поводу бактериального вагиноза не снижает риск преждевременных родов или иных осложнений, например преждевременного разрыва плодных оболочек.

У женщин с наличием в анамнезе преждевременных родов лечение не влияло на риск повторения преждевременных родов. Однако оно, возможно, снижает риск преждевременного разрыва плодных оболочек и вероятность рождения ребенка со сниженной массой тела. Показаниями для назначения лечения являются наличие клинической симптоматики, прежде всего жалобы женщины на зуд, жжение, покраснение в области вульвы, обильные выделения с неприятным запахом;

* *Скрининг на цитомегаловирусную инфекцию (СМV.)*

Риск передачи ЦМВ-инфекции почти исключительно связан с первичным инфицированием (1—4% всех женщин). Рутинный скрининг не должен предлагаться всем беременным из-за невозможности практически доказать наличие первичной инфекции, отсутствия эффективного способа лечения ЦМВ-инфекции, трудностей диагностики инфицирования и поражения плода **(2а).** Прерывание беременности до 22 недели возможно в крайне редких случаях при:

— подтвержденной первичной инфекции матери;

— позитивных результатах амниоцентеза;

— неспецифичных ультразвуковых данных (аномалии плода, задержка развития).

* *Скрининг на токсоплазмоз.* Рутинный скрининг не предлагается (**2а)**.

Риск передачи в основном связан с первичной инфекцией. При первом посещении медицинского специалиста должна быть предоставлена информация о профилактике токсоплазмоза (и других инфекций, передающихся с пищей):

—фруктами, морскими продуктами, домашней птицей;

— одевать перчатки во время садоводства или контакта с землей, которые могут быть заражены фекалиями кошек. После работы необходимо тщательно вымыть руки;

— если не есть сырое и не прожаренное мясо;

— тщательно чистить и мыть овощи и фрукты перед едой;

— мыть руки и кухонные поверхности, посуду после контакта с сырым мясом, овощами и если есть возможность

 — избегать прикосновения с миской или туалетом кошек; если нет помощника, всегда делать это в перчатках;

— не выпускать кошек из дома, не брать в дом во время беременности бездомных кошек, не рекомендуется давать кошкам сырое или недостаточно обработанное мясо;

Пациентки, перенесшие токсоплазмоз, не представляют опасности для персонала и других женщин, равно как и для своих детей, поэтому не должны изолироваться в антенатальном и послеродовом периодах.

* *Скрининг на вирус простого герпеса.*

Распространенность носительства высокая. Скрининг не рекомендуется, так как результаты не меняют тактику ведения (**2а**). Риск заражения новорожденного высок в случае первичного заражения матери непосредственно перед родами (до 2 недель) (риск до 30—50%) — необходимо предложить родоразрешение путем КС;

Герпетическая инфекция не является показанием для госпитализации женщин.

Женщины, у которых обнаруживается активная форма во время родов, должны соблюдать личную гигиену при контакте с ребенком и не должны брать в руки другого ребенка. Изоляция не требуется.

* *Скрининг на хламидийную инфекцию.* Скрининг на бессимптомную хламидийную инфекцию не должен предлагаться, так как нет достоверных доказательств его эффективности и рентабельности **(3а**). «Золотой стандарт» диагностики хламидийной инфекции — проведение ПЦР. Лечение неосложненной генитальной хламидийной инфекции при беременности (амбулаторно): — эритромицин 500 мг четыре раза в день в течение 7 дней, или — амоксициллин 500 мг три раза в день в течение 7 дней, или — азитромицин или клиндамицин.
* *Скрининг на гепатит С.*

Нет эффективных методов профилактики и лечения, поэтому логично предложение не проводить рутинное обследование на гепатит С, возможно, более целесообразно исследовать только группу риска (потребители в/в наркотиков, переливание крови и ее компонентов в анамнезе, асоциальное поведение и т. д.). Пациентки—носители вируса гепатита С не представляют опасности в быту для персонала и других женщин, равно как и для своих детей, поэтому недолжны изолироваться в антенатальном и послеродовом периодах.

* *Скрининг на стрептококк В*. Беременным женщинам не следует предлагать рутинный скрининг на стрептококк группы В поскольку его клиническая и экономическая эффективность остается неподтвержденной.

Большинство инфекций, диагностируемых во время беременности, не заслуживают особого беспокойства, так как чаще всего они не влияют на течение беременности, риск внутриутробного или интранатального заражения.

Безусловно, некоторые инфекции могут быть опасны для матери и/или ребенка, однако таких инфекций подавляющее меньшинство. Не следует проводить скрининг на инфекции, если результат такого скрининга не имеет практического смысла — то есть если лечение женщины с положительным результатом исследования невозможно осуществить из-за отсутствия методов лечения с доказанной эффективностью. Не следует лечить беременную женщину методами, полезность применения которых в период беременности не доказана.

Не следует изолировать беременную женщину от ее ребенка, от других членов семьи или от других пациентов, если нет серьезного риска в результате такого контакта для нее или для других.

Не следует госпитализировать женщину для лечения, кроме случаев, когда амбулаторное лечение невозможно. Само по себе пребывание в больнице может представлять риск и для матери, и для ребенка (прежде всего из-за внутрибольничных инфекций).

Не следует отказываться от грудного вскармливания при наличии инфекции у матери. Ей следует рекомендовать прекратить грудное вскармливание только в том случае, если существует конкретная, определяемая опасность для ребенка в результате подобного контакта.

Вследствие высокого уровня распространенности ИППП, ВИЧ, гепатита В, С среди населения медицинским работникам необходимо соблюдать общие меры предосторожности при лечении всех женщин. То есть соблюдать правило: относиться ко всем пациентам, без исключения, как к заведомо инфицированным.

***Приложение 7 к Клиническому протоколу***

***«Антенатальное наблюдение при физиологической беременности»***

**ПРОГРАММА**
занятий по антенатальному уходу

**Занятие 1**

**Период беременности:**

1. Краткие сведения о строении и функционировании половой системы.
2. Обследования проводимое во время беременности.
3. Зарождение новой жизни.
4. Медицинское наблюдение за развитием беременности.
5. Питание – как важный фактор для правильного развития беременности
6. Изменение стиля жизни и личная гигиена.
7. Тревожные симптомы.
8. Дискомфортные состояния во время беременности.

**Занятие 2**

**Роды:**

1. Понятие о родах, сроки родов
2. Предвестники родов
3. Периоды родов
4. Подготовка к поступлению в родильный дом.
5. Немедикаментозная обезболивание.

**Занятие 3**

**Подготовка к родам без страха:**

1. Управление родами.

1. Роль партнера в родах и его подготовка
2. Ведение родов: позиции в родах и важность активного поведения
3. Рождение ребенка и первые часы после родов
4. Контакт «кожа-к-коже»
5. Раннее прикладывание к груди
6. Активное ведение 3 периода родов

**Занятие 4**

**Послеродовый период:**

1.Гигиена родильницы

2. Признаки ургентных состояний для матери и ребенка

3. Уход за новорожденным

4. Грудное вскармливание
5. Лечебная гимнастика в послеродовом периоде.
6. Послеродовая контрацепция.