

Клинические рекомендации

«Нормальная беременность»

**Кодирование по Международной статистической классификации
болезней проблем, связанных со здоровьем (МКБ10): Z32, Z33, Z34, Z35,
Z36.**

Год утверждения (частота пересмотра): 2024 (пересмотр каждые 5 лет).

Возрастная категория: Взрослые/дети.

Оглавление.

Список сокращений.....	3
Термины и определения	4
1.Краткая информация.....	4
1.1 Определение.....	4
1.2 Этиология и патогенез	4
1.3 Эпидемиология.....	4
1.4 Кодирование по МКБ 10.....	4
1.5 Классификация	4
1.6 Клиническая картина	4
2. Диагностика	5
2.1 Жалобы и анамнез	5
2.2 Физикальное обследование	8
2.3 Лабораторные диагностические исследования.....	12
2.4 Инструментальная диагностика	19
2.5 Иная диагностика.....	22
3.Лечение.....	22
3.1 Консервативное лечение	22
3.2 Хирургическое лечение.....	25
3.3 Иное лечение	25
4.Реабилитация	26
5. Профилактика и диспансерное наблюдение.....	26
6.Организация медицинской помощи	33
Критерии оценки качества медицинской помощи	34
Список литературы	36
Приложение А1. Состав рабочей группы	37
Приложение А2. Справочные материалы включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по применению лекарственного препарата	38
Приложение Б. Алгоритмы действий врача	40
Приложение В. Информация для пациента	61
Приложение Г. Шкалы оценки, опросники и т.д., приведенные в тексте клинических рекомендаций.....	64

Список сокращений

АД	- артериальное давление
АТ-ТПО	- антитела к тиреопероксидазе
ВДМ	- высота дна матки
ВИЧ	- вирус иммунодефицита человека
ВПГ	- вирус простого герпеса
ВРТ	- вспомогательные репродуктивные технологии
ГСД	- гестационный сахарный диабет
ДНК	- дезоксирибонуклеиновая кислота
ИМТ	- индекс массы тела
ИФА	- иммуноферментный анализ
ИХ/ІА	- иммунохемилюминесцентный анализ
ИЦН	- истмико-цервикальная недостаточность
ЗРП	- задержка роста плода
КТГ	- кардиотокография
КГР	- копчиково-теменной размер
НИПТ	- неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери)
НМГ	- низкомолекулярные гепарины
ОЖ	- окружность живота
ПГТТ	- пероральный глюкозотолерантный тест
ПОНРП	- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
ПР	- преждевременные роды
ПЭ	- преэклампсия
ТТГ	- тиреотропный гормон
ТЭО	- тромбозмболические осложнения
УЗИ	- ультразвуковое исследование
ХА	- хромосомные аномалии
ХГ	- хорионический гонадотропин
ЦМВ	- цитомегаловирус
ЧСС	- частота сердечных сокращений
НСV	- вирус гепатита С

Термины и определения.

Нормальная беременность - одноплодная беременность плодом без генетической патологии или пороков развития, длящаяся 37^о- 41⁶ недель, протекающая без акушерских и перинатальных осложнений.

Беременность клиническая-беременность, диагностированная путем визуализации при ультразвуковом исследовании (УЗИ) одного или более плодных яиц/плодов, или наличия достоверных клинических признаков беременности. Термин применяется в отношении как маточной, так и эктопической беременности.

1.Краткая информация

1.1 Определение

Нормальная беременность - одноплодная беременность плодом без генетической патологии или пороков развития, длящаяся 37^о- 41⁶ недель, протекающая без акушерских и перинатальных осложнений.[1]

1.2 Этиология и патогенез

Не рассматривается в данной клинической рекомендации.

1.3. Эпидемиология.

По данным формы статистического наблюдения № 12 в 2023 г. в ПМР поступило под наблюдение 2587 беременных женщин, закончили беременность (из числа состоявших под наблюдением на начало года и поступивших под наблюдение в отчетном году) 2466 женщин, из них после 37 недель 2360 женщин. Число одноплодных родов в стационарах и на дому составило 2436.

1.4 Кодирование по МКБ 10

Z32 - Обследования и тесты для установления беременности.

Z33 - Состояние, свойственное беременности.

Z34 - Наблюдение за течением нормальной беременности.

Z35 - Наблюдение за течением беременности, подверженной высокому риску.

Z36 - Дородовое обследование с целью выявления патологии у плода [антенатальный скрининг].

1.5 Классификация

Классификация отсутствует.

1.6 Клиническая картина

Клиническая картина соответствует жалобам, предъявляемым женщинами с нормальной беременностью, а также данным физикального обследования, лабораторных и

инструментальных диагностических исследований.

2. Диагностика

Критерии диагноза.

Нормальная беременность диагностируется при визуализации в полости матки одного эмбриона/плода с наличием сердцебиения без пороков развития при ультразвуковом исследовании.

2.1 Жалобы и анамнез

Рекомендован сбор анамнеза у пациентки, планирующей беременность (на прегравидарном этапе), и у беременной пациентки при 1-м визите с целью своевременной оценки факторов риска и патологических состояний для своевременной профилактики и лечения.

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

Комментарии: Сбор анамнеза должен включать следующие данные пациентки:

- *возраст,*
- *наличие профессиональных вредностей,*
- *наличие вредных привычек (курение, алкоголь, наркотические препараты),*
- *семейный анамнез (указание на наличие у родственников 1-й линии таких заболеваний как, сахарный диабет, тромбоэмболические осложнения (ТЭО), гипертоническая болезнь, психические заболевания, акушерские и перинатальные осложнения),*
- *характер менструаций (возраст менархе, длительность и регулярность менструального цикла, продолжительность менструального кровотечения, болезненность),*
- *акушерский анамнез (число беременностей и родов в анамнезе и их исход, наличие осложнений беременности, родов и/или аборт, весоростовые показатели и состояние здоровья рожденных детей, способ достижения беременности – самопроизвольная беременность или беременность в результате вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ)),*
- *перенесенные и имеющиеся гинекологические заболевания, оперативные вмешательства на органах малого таза,*
- *перенесенные и имеющиеся соматические заболевания (в частности, детские инфекции, заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания почек, эндокринные заболевания, аллергические заболевания, ТЭО и др.),*
- *с целью индивидуальной стратификации риска и выбора метода профилактики в*

планируемой, данной беременности, родах и в послеродовом периоде может быть использована шкала оценки риска ТЭО.

- наличие травм, оперативных вмешательств и переливаний компонентов 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.
- Рекомендована оценка жалоб у пациентки, планирующей беременность (на прегравидарном этапе), и у беременной пациентки при 1-м и каждом последующем визите с целью своевременного выявления патологических состояний для их лечения.

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

Комментарий: Жалобы, характерные для нормальной беременности:

- Тошнота и рвота наблюдаются у каждой 3-й беременной женщины. В 90% случаев тошнота и рвота беременных являются физиологическим признаком, в 10% - осложнением беременности. При нормальной беременности рвота бывает не чаще 2-3-х раз в сутки, чаще натощак, и не нарушает общего состояния пациентки. В большинстве случаев тошнота и рвота купируются самостоятельно к 16–20 неделям беременности и не ухудшают ее исход.
- Масталгия является нормальным симптомом во время беременности, наблюдается у большинства женщин в 1-м триместре беременности и связана с отечностью и нагрубанием молочных желез вследствие гормональных изменений.
- Боль внизу живота во время беременности может быть нормальным явлением как, например, при натяжении связочного аппарата матки во время ее роста (ноющие боли или внезапная колющая боль внизу живота) или при тренировочных схватках Брекстона-Хиггса после 20-й недели беременности (тянущие боли внизу живота, сопровождающиеся тонусом матки, длящиеся до минуты, не имеющие регулярного характера).
- Изжога (гастроэзофагеальная рефлексная болезнь) во время беременности наблюдается в 20-80% случаев. Чаще она развивается в 3-м триместре беременности. Изжога возникает вследствие релаксации нижнего пищеводного сфинктера, снижения внутри пищеводного давления, и одновременном повышении внутрибрюшного и внутрижелудочного давления, что приводит к повторяющемуся

забросу желудочного и/или дуоденального содержимого в пищевод.

- Запоры - наиболее распространенная патология кишечника при беременности, возникает в 30-40% наблюдений. Запоры связаны с нарушением пассажа по толстой кишке и характеризуются частотой стула менее 3-х раз в неделю.
- Примерно 8–10% женщин заболевают геморроем во время каждой беременности. Причинами развития геморроя во время беременности могут быть: давление на стенки кишки со стороны матки, застой в системе воротной вены, повышение внутрибрюшного давления, врожденная или приобретенная слабость соединительной ткани, изменения в иннервации прямой кишки.
- Варикозная болезнь развивается у 30% беременных женщин. Причиной развития варикозной болезни во время беременности является повышение венозного давления в нижних конечностях и расслабляющее влияние на сосудистую стенку вен прогестерона, релаксина и других биологически активных веществ.
- Влагалищные выделения без зуда, болезненности, неприятного запаха или дизурических явлений являются нормальным симптомом во время беременности и наблюдаются у большинства женщин.
- Боль в спине во время беременности встречается с частотой от 36 до 61%. Среди женщин с болью в спине у 47–60% боль впервые возникает на 5-7-м месяце беременности. Самой частой причиной возникновения боли в спине во время беременности является увеличение нагрузки на спину в связи с увеличением живота и смещением центра тяжести, и снижение тонуса мышц под влиянием релаксина.
- Распространенность боли в лобке во время беременности составляет 0,03–3%, и возникает, как правило, на поздних сроках беременности.

2.2 Физикальное обследование

Рекомендован общий осмотр пациентки, планирующей беременность (на прегравидарном этапе), и беременной пациентки при 1-м визите с целью диагностики нарушения развития.

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

Комментарий: Общий осмотр включает оценку типа телосложения, типа распределения подкожной жировой клетчатки, состояния кожных покровов и видимых слизистых, степени и типа оволосения.

Рекомендовано измерение массы тела и измерение роста пациентки, планирующей беременность (на прегравидарном этапе), и беременной пациентки при 1-м и каждом

последующем визите с целью определения индекса массы тела (ИМТ) (масса тела в кг / рост в м) и контроля динамики прибавки массы тела во время беременности.

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

Комментарий: Влияние на акушерские и перинатальные исходы оказывает исходный ИМТ до беременности, но особенно прибавка массы тела во время беременности. Рекомендуемая прибавка массы тела в 1-м триместре составляет не более 0,5 - 2 кг. Прибавка массы тела происходит, в том числе в связи с накоплением жидкости (отеками), характерными для периода гестации (таблица 1).

Таблица 1

Категория	ИМТ (кг/м ²)	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	0,45 (0,45 - 0,58)
Нормальная масса тела	18,5 - 24,9	11,5 - 16	0,45 (0,35 - 0,45)
Избыток массы тела	25,0 - 29,9	7 - 11,5	0,27 (0,23 - 0,30)
Ожирение	>30,0	5-9	0,23 (0,18 - 0,27)

- Рекомендовано измерение артериального давления (АД) на периферических артериях и исследование пульса у пациентки, планирующей беременность (на прегравидарном этапе), и у беременной пациентки при 1-м и каждом последующем визите с целью ранней диагностики гипертензивных состояний.

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

Комментарий: Правила измерения АД на периферических артериях у пациенток группы риска преэклампсии (ПЭ) - Измерение артериального давления.

Рекомендации:

- Для измерения могут быть использованы: ртутный сфигмоманометр (наиболее точные показания), aneroidный тонометр, автоматический аппарат для измерения АД (наименее точные показания);
- Пациентка должна быть расслаблена, желательно после отдыха (не менее 5 мин);
- Суточное мониторирование АД может быть использовано при подозрении на гипертензию «белого халата»;

- Положение пациентки – сидя, с упором спины и поддержкой руки, на которой проводится измерение, манжета должна располагаться на уровне сердца;
- **N.B.** 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)
- Манжета не должна располагаться на одежде пациентки
- Достаточно измерения на одной руке
- Уровень систолического давления оценивается по I тону Короткова, а диастолического по V (прекращение)
- Показатели должны быть зафиксированы с точностью до 2 мм рт. ст.
- Рекомендована пальпация молочных желез у пациентки, планирующей беременность (на прегравидарном этапе), и у беременной пациентки при 1-м визите с целью диагностики узловых образований молочных желез.

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

***Комментарий:** Пальпации молочных желез. При обнаружении узловых образований молочных желез рекомендовано направить пациентку на консультацию к врачу-онкологу. Регулярная пальпация молочных желез во время беременности не целесообразна.*

- Рекомендован гинекологический осмотр пациентки, планирующей беременность (на прегравидарном этапе), и беременной пациентки при 1-м визите с целью: выявления или исключения гинекологических заболеваний у пациентки, планирующей беременность (на прегравидарном этапе); дифференциальной диагностики с внематочной беременностью, определения размеров матки и ее соответствия сроку беременности, состояния и болезненности придатков, сводов влагалища у беременной пациентки .

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

***Комментарий:** Гинекологический осмотр включает визуальный осмотр наружных половых органов, осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах, бимануальное влагалищное исследование с определением размеров, консистенции, подвижности и болезненности матки, и придатков матки. Повторные гинекологические осмотры*

беременной пациентки проводятся по показаниям: при наличии жалоб, связанных с репродуктивной системой, признаков выкидыша, истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) и преждевременных родов (ПР.) с учетом соответствующих клинических рекомендаций. Без наличия показаний повторные гинекологические осмотры беременной пациентки не рекомендованы.

- Рекомендовано определение срока беременности и родов по дате последней менструации и данным ультразвукового исследования (при его наличии) у беременной пациентки при 1-м визите.

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

Комментарии: *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 в 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).

При расчете срока беременности и родов по данным УЗИ в 1-м триместре беременности

следует использовать показатель копчико-теменного размера (КТР) плода, на более поздних сроках беременности (при КТР > 84 мм) - показатель окружности головки плода.

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 срока по УЗИ, проведенного в 11^ю-13^ю недель, срок беременности и родов следует устанавливать по данным УЗИ, так как это метод является наиболее точным.

- Рекомендовано определение окружности живота (ОЖ), измерение размеров матки (высоты дна матки - ВДМ) и заполнение гравидограммы у беременной пациентки при каждом визите после 20 недель беременности.

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

Комментарии: Соответствие ВДМ сроку беременности представлено в таблице 2. Образец гравидограммы представлен в приложении Е. Если ВДМ согласно гравидограммы ниже 10-й или выше 90-й перцентили распределения ВДМ, то

Таблица 2

Соответствие ВДМ сроку беременности

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 определение положения и предлежания плода у беременной пациентки при каждом визите после 34–36 недель беременности с целью определения тактики ведения

родов.

рекомендовано УЗИ плода для оценки развития

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

–Рекомендовано проведение опроса беременной пациентки по поводу характера шевелений плода при каждом визите после 16–20 недель беременности (после начала ощущения шевелений плода) с целью подтверждения жизнедеятельности плода.

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

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.

2.3 Лабораторные диагностические исследования.

– Рекомендовано беременной пациентке по показаниям при явке в 1-м триместре беременности исследование мочи на ХГ.

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

Комментарий: Данная рекомендация актуальна независимо от указания пациентки на наличие контрацепции, стерилизации, или отсутствие половой жизни.

– Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно, и беременную пациентку дважды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности, на исследование уровня антител классов к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ в крови с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования плода.

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

Комментарий: при выявлении инфекции беременная женщина должна быть направлена в Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями для подтверждения/исключения диагноза. Рекомендовано также направлять партнера пациентки на данное исследование с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования пациентки.

– Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно, и беременную пациентку дважды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности, на определение антител (HBsAg) вируса гепатита В (*Hepatitis B virus*) в крови с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования новорожденного.

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

Комментарий: при выявлении инфекции беременная женщина должна быть направлена на консультацию к врачу-инфекционисту для подтверждения/исключения диагноза. Рекомендовано также направлять партнера пациентки на данное исследование с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования пациентки. Вакцинация от гепатита В проводится по правилам, указанным в главе 5.3.

– Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно, и беременную пациентку по показаниям дважды: при

1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности, на определение антител к вирусу гепатита С (*HepatitisC virus*) в крови с целью своевременного выявления инфекции и проведения терапии.

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

Комментарий: при выявлении инфекции беременная женщина должна быть направлена на консультацию к врачу-инфекционисту для подтверждения/исключения диагноза. Рекомендовано также направлять партнера пациентки на данное исследование с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования пациентки.

-Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно, и беременную пациентку дважды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м

или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности, на определение антител к бледной трепонеме (*Treponemapallidum*) в крови с целью своевременного выявления

инфекции и профилактики инфицирования плода.

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

Комментарии: Обследование и своевременно проведенное лечение сифилиса способствует лучшим исходам беременности. При выявлении инфекции беременная женщина должна быть направлена на консультацию к врачу-дерматовенерологу для подтверждения/исключения диагноза. Рекомендовано также направлять партнера пациентки на данное исследование с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования пациентки.

-Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно, на определение антител класса G (IgG) и класса M (IgM) к вирусу краснухи (*Rubellavirus*) в крови с целью выявления серонегативных пациенток.

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

Комментарии: при серонегативном статусе во время беременности пациентке должна быть предоставлена информация о минимизации риска инфицирования краснухой. На прегравидарном этапе вакцинация проводится по правилам, указанным в главе 5.3.

— Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно, и беременную пациентку трижды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) во 2-ом триместре, и в 3-м триместре беременности, на микроскопическое исследование влагалищных мазков, включая микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на

гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*), микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на трихомонады (*Trichomonas vaginalis*), микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на дрожжевые грибы с целью своевременного выявления и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний генитального тракта для профилактики восходящей инфекции.

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

Комментарий: Нецелесообразно 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*), и на определение ДНК *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, *Lactobacillus spp.* и общего количества бактерий во влагалищном отделяемом методом ПЦР, количественное исследование, и молекулярно-биологическое исследование отделяемого женских половых органов на условно-патогенные генитальные микоплазмы (*Ureaplasma parvum*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*). Данные исследования должны быть рекомендованы при появлении жалоб на вагинальный дискомфорт, изменение характера выделений из половых путей, зуд, жжение, выделения с неприятным запахом, воспалительном характере микроскопического исследования влагалищных мазков.

-Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку однократно при 1-м визите (при отсутствии исследования на прегравидарном этапе) на определение основных групп по системе АВО и антигена D системы Резус (резус-фактор) с целью своевременной оценки совместимости крови при необходимости ее переливания в родах или в случае развития акушерских осложнений, а также для определения риска резус-конфликта.

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

-Рекомендовано направить резус-отрицательную беременную пациентку на определение антител к антигенам системы Резус при 1-м визите (при 1-м визите в 1-й половине беременности), затем при отсутствии антител - в 18^о-20^о недель беременности, затем при отсутствии антител - в 28^о недель беременности с целью определения риска резус-конфликта.

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

Комментарии: при выявлении антител к антигенам системы Резус беременная женщина

должна быть направлена на консультацию в медицинскую организацию 3-го уровня. У

резус-отрицательных женщин следует определить резус-фактор партнера. При резус-отрицательной принадлежности крови партнера определение антител к антигенам системы Резус не проводится. При неизвестной или резус-положительной принадлежности крови партнера беременной женщине рекомендовано не инвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) в части определения антигена D-системы Резус (резус-фактор) плода. При определении резус-отрицательной принадлежности крови у плода определение антител к антигенам системы Резус в крови матери не проводится.

-Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно, и беременную пациентку трижды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м триместре беременности), во 2-м и в 3-м триместре беременности, на общий (клинический) анализ крови с целью своевременного выявления и лечения анемии и других патологических состояний.

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

Комментарий: Раннее обследование и выявление анемии способствует своевременной терапии снижению риска негативных перинатальных исходов. Нормальный уровень гемоглобина в 1-м и 3-м триместре составляет >110 г/л, во 2-м триместре - >105 г/л.

-Рекомендовано направить беременную пациентку на исследование уровня глюкозы крови при 1-м визите и по показаниям на анализ крови биохимический общетерапевтический с целью выявления и своевременного лечения нарушения углеводного обмена, патологии желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы для профилактики акушерских и перинатальных осложнений.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 3).

Комментарий: Биохимический общетерапевтический анализ крови включает: исследование уровня общего белка в крови, исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня билирубина, связанного (конъюгированного) в крови, определение активности аланинаминотрансферазы (АЛТ) в крови, определение активности аспаратаминотрансферазы (АСТ) в крови, исследование уровня глюкозы в крови. Диагноз гестационного сахарного диабета (ГСД) может быть поставлен на основании однократного определения уровня глюкозы. Критерий диагноза ГСД - значение глюкозы венозной плазмы натощак $>5,1$ ммоль/л, но не более $7,0$ ммоль/л. На прегравидарном этапе рекомендовано исследование уровня глюкозы в крови.

-Рекомендовано направить беременную пациентку на дополнительное исследование уровня глюкозы в крови при выявлении уровня глюкозы венозной крови натощак $>7,0$

ммоль/л с целью исключения/подтверждения манифестного сахарного диабета.

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

Комментарий: Диагноз манифестного сахарного диабета может быть поставлен при повторном исследовании уровня глюкозы в крови или исследовании уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) в крови. Критерий диагноза манифестного сахарного диабета - значение глюкозы натощак выше 7,0 ммоль/л или уровня HbA1c- >6,5%.

-Рекомендовано направить беременную пациентку на проведение глюкозотолерантного теста(пероральный глюкозотолерантный тест - ПГТТ) с 75 г декстрозы в 24°–28° недель беременности в случае, если у нее не было выявлено нарушение углеводного обмена или не проводилось обследование на ранних сроках беременности для выявления ГСД.

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

Комментарий: Правила проведения ПГТТ -Приложение Б4.

-Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе - срок годности 6 месяцев) и/или беременную пациентку однократно при 1-м визите на исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови и определение содержания антител к тиреопероксидазе (АТ-ТПО) в крови с целью раннего выявления и терапии нарушения функции щитовидной железы.

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

Комментарии: при уровне ТТГ у беременной женщины >2,5 МЕ/мл и АТ-ТПО+ или при уровне ТТГ>4,0 МЕ/мл вне зависимости от наличия АТ-ТПО беременную женщину следует

направить на консультацию к врачу-эндокринологу для назначения терапии гипотиреоза.

-Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно, и беременную пациентку на каждой явке на общий (клинический)анализ мочи с целью выявления и своевременного лечения заболеваний мочевыводящей системы для профилактики акушерских и перинатальных осложнений.

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

Комментарий: Рекомендовано определение белка в моче у беременной пациентки после 22 недель беременности во время каждого визита с целью своевременного выявления протеинурии для выбора тактики ведения беременности.

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

Комментарий: Белок в моче может быть измерен в лабораторных условиях или с помощью специальных индикаторных полосок.

-Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном

этапе- годен 12 месяцев), и беременную пациентку при 1-м визите по показаниям на цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала) целью скрининга рака шейки матки.

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

Комментарий: Цитологическое исследование мазка с поверхности шейки матки и из цервикального канала следует рекомендовать в зависимости от даты предыдущего исследования, его результатов, наличия инфекции, вызванной вирусом папилломы человека, возраста пациентки.

-Рекомендовано направить беременную пациентку при 1-м визите на микробиологическое(культуральное) исследование мочи на бактериальные патогенны с целью выявления бессимптомной бактериурии.

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

Комментарий: Бессимптомная бактериурия — это наличие колоний бактерий $>10^4$ в 1 мл

средней порции мочи при отсутствии клинических симптомов. Раннее выявление бактериурии проведение терапии снижает риск развития пиелонефрита, ПР, и задержки роста плода (ЗРП).

-Рекомендовано по показаниям направить беременную пациентку в 11⁰-13⁶ недель беременности на скрининг 1-го триместра, который включает комбинацию исследования уровня ХГ (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови и исследования уровня белка А, связанного с беременностью, в крови (РАРР-А) (по показаниям), ультразвуковое скрининговое исследование по оценке антенатального развития плода с целью выявления хромосомных аномалий (ХА), пороков развития, рисков ЗРП, ПР, ПЭ (скрининг I).

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

Комментарии: для дополнительной оценки риска ХА плода пациентка должна быть информирована о возможности проведения не инвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) (НИПТ) после 10 недель беременности.

-Рекомендовано направлять беременную пациентку на биохимический скрининг 2-го триместра, который включает исследование уровня ХГ (свободная [1-субъединица) в сыворотке крови, исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови, исследование уровня не конъюгированного эстрадиола в крови (тройной скрининг) и исследование уровня изгибина А в крови (четверной скрининг) по показаниям.

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

Комментарий: Биохимический скрининг 2-го триместра может быть назначен при

отсутствии результатов скрининга 1-го триместра, при наличии в организации здравоохранения.

Не рекомендовано рутинно направлять беременную пациентку на определение содержания антител к антигенам групп крови (анти-А, анти-В).

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

Комментарий: Доказательная база предикции гемолитической болезни плода по системе ABO отсутствует.

-Не рекомендовано рутинно направлять пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку на определение антител класса G (IgG) и класса M (IgM) к токсоплазме (*Toxoplasma gondii*) в крови.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 3).

Комментарий: Данное исследование имеет низкую специфичность, большую долю ложноположительных результатов и, как следствие, приводит к необоснованной терапии

токсоплазмоза. Доказательная база эффективности антенатальной терапии токсоплазмоза в плане снижения негативных перинатальных исходов отсутствует. Беременная женщина должна быть информирована о методах профилактики токсоплазмоза: гигиенической обработке рук перед едой, мытье свежих фруктов и овощей, термической обработке мяса, использовании перчаток при контакте с землей и мытье рук после контакта с землей, исключении контакта с кошками.

– Не рекомендовано рутинно направлять пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку на определение антител классов М, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (*Cytomegalovirus*) в крови.

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

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 пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку на определение антител к вирусу простого

герпеса (*Herpes simplex virus*) в крови вне зависимости от наличия или отсутствия симптомов рецидивирующей ВПГ-инфекции в анамнезе.

Уровень убедительности 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.

– При подтверждении высокого риска ХА и/или пороков развития плода, ассоциированных сХА, по данным НИПТ и/или по данным скрининга 1-го или 2-го триместра с перерасчетом индивидуального риска рождения ребенка с ХА на основе данных повторно проведенного УЗИ плода, рекомендовано информировать беременную пациентку о возможности проведения инвазивной пренатальной диагностики (биопсия хориона, плаценты, амниоцентез, кордоцентез) с исследованием полученного материала цитогенетическими (цитогенетическое исследование (кариотип)) или молекулярно-генетическими методами.

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

Комментарии: Биопсия хориона проводится при сроке 10–14 недель беременности. Амниоцентез проводится при сроке беременности >15 недель. Индивидуальный высокий риск ХА у плода по данным скрининга 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.

2.4 Инструментальная диагностика.

-Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), на УЗИ матки и придатков (трансвагинальное или при невозможности - трансабдоминальное или трансректальное) в раннюю фолликулярную фазу менструального цикла.

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

Комментарии: УЗИ матки и придатков рекомендовано для определения размеров матки и яичников, диагностики новообразований матки и ее придатков, аномалий их развития, патологических процессов в эндометрии (полипы, гиперплазия, хронический эндометрит), толщины эндометрия, оценки послеоперационного рубца на матке при наличии, а также определения количества астральных фолликулов. Антральные фолликулы определяют, как фолликулы со средним диаметром 2–10 мм в наибольшей двумерной плоскости.

-Рекомендовано направить беременную пациентку в 11^о–13 недель беременности на УЗИ плода в медицинскую организацию, с целью определения срока беременности,

проведения скрининга I-го триместра, диагностики многоплодной беременности.

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

Комментарий: При УЗИ в 11^о–13 недель рекомендовано измерить пульсационный индекс (PI) в маточных артериях для предикции ранней ПЭ.

-Рекомендована аускультация плода (определение частоты сердцебиения (ЧСС) плода) с помощью фетального доплера (анализатора доплеровского сердечно-сосудистой деятельности матери и плода малогабаритного) или с помощью стетоскопа акушерского у беременной пациентки при каждом визите с 22 недель беременности с целью подтверждения жизнедеятельности плода.

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

Комментарий: при отсутствии ЧСС или нарушении ЧСС плода (тахикардия, брадикардия, аритмия) рекомендовано направить беременную пациентку на УЗИ плода, ультразвуковую доплерографию маточно-плацентарного и ретроплацентарного кровотока, или кардиотокографию (КТГ) плода.

-Рекомендовано направить беременную пациентку в 18^о-20^о недель беременности на ультразвуковое скрининговое исследование по оценке антенатального развития плода с целью выявления ХА, пороков развития, рисков ЗРП, ПР., ПЭ (скрининг II), врожденных аномалий развития, оценки экстра эмбриональных структур (локализации, толщины, структуры плаценты, количества околоплодных вод) и УЗИ шейки матки (УЗ-цервикометрию) в медицинскую организацию, осуществляющую пренатальную диагностику.

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

Комментарий: Дополнительные УЗИ во 2-м триместре беременности должны быть назначены при отсутствии ЧСС или нарушении ЧСС плода (тахикардия, брадикардия, аритмия) вовремя аускультации ЧСС плода, или при подозрении на ЗРП согласно гравидограмме.

Рекомендовано направлять с 16 недель беременности на цервикометрию по показаниям.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 4).

Комментарий: Цервикометрия призвана своевременно обнаружить высокий риск наступления преждевременных родов или развития половой системы матери. Если во время исследования измерения показывают нормальные значения длины органа, обычно цервикометрию не повторяют.

-Рекомендовано направить беременную пациентку с высоким риском ХА и/или пороков развития плода, ассоциированных с ХА, по данным скрининга 1-го или 2-го триместра на

повторное УЗИ плода.

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

Комментарий: Повторное УЗИ плода проводится в медицинской организации акушерского профиля третьей группы (уровня) или медико-генетический центр (консультацию), имеющий лицензии по профилям "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)", "ультразвуковая диагностика" и "клиническая лабораторная диагностика", с целью программного перерасчета риска рождения ребенка с ХА. Рекомендовано в 34^о-35^б недели беременности по показаниям направить пациентку на УЗИ плода с целью диагностики поздно манифестирующих пороков развития плода, крупного или маловесного плода.

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

Комментарий: Дополнительные УЗИ в 3-м триместре беременности (после 34^о-36^б недель) могут быть назначены при подозрении на неправильное положение или предлежание, при отсутствии ЧСС или нарушении ЧСС плода (тахикардия, брадикардия, аритмия) вовремя аускультации ЧСС плода, при несоответствии размеров матки и срока беременности.

-Рекомендовано дважды: в 18^о-20^б недель и в 30^о-33^б недели беременности, направить беременную пациентку группы высокого риска акушерских и перинатальных осложнений (ПЭ, ПР., ЗРП) на ультразвуковую доплерографию маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровотока с целью снижения перинатальной смертности, решения вопроса об индукции родов, родоразрешения посредством операции кесарева сечения.

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

Комментарий: у беременных пациенток группы низкого риска акушерских и перинатальных осложнений (ПЭ, ПР., ЗРП) ультразвуковая доплерография маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровотока не приводит к улучшению материнских или перинатальных исходов.

-Рекомендовано направлять беременную пациентку с 32^о недель беременности с кратностью 1 раз в 2 недели на КТГ плода.

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

-Рекомендовано измерение размеров таза (пельвиметрия) беременной пациентке в 3-м триместре беременности.

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

Комментарий: Измерение размеров таза проводится с помощью акушерского тазомера для определения акушерской тактики при родоразрешении.

2.5 Иная диагностика.

-Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку: при 1-м визите на консультацию врача-терапевта и консультацию врача-стоматолога с целью своевременной диагностики и лечения соматических заболеваний и санации очагов инфекции. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

- Рекомендовано направить беременную пациентку при 1-м визите на консультацию врача-

офтальмолога с целью диагностики и лечения заболеваний глаз и выявления противопоказаний к родоразрешению через естественные родовые пути.

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

– Рекомендовано информировать пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку о возможности консультации врача-генетика при выявлении у нее и/или ее мужа/партнера факторов риска рождения ребенка с хромосомной или генной аномалией.

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

Комментарий: Факторами риска рождения ребенка с хромосомной или генной аномалией являются: наличие у хотя бы одного из супругов/партнеров хромосомных или генных аномалий; наличие у хотя бы одного из супругов/партнеров детей с хромосомными или генными аномалиями, врожденными пороками развития, умственной отсталостью; кровно родственный брак.

-Рекомендовано направить беременную пациентку в перинатальную школу с целью снижения риска акушерских и перинатальных осложнений, и формирования положительных установок на вынашивание и рождение ребенка.

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

3. Лечение.

3.1 Консервативное лечение

– Рекомендовано назначить препараты с антацидным действием (**Кальция карбонат** (например, Ренни, Кальцемин) – помогает нейтрализовать кислотность и одновременно обеспечивает дополнительный кальций. **Гидроксид магния и оксид**

магния (например, Маалокс, Гевискон) – мягко нейтрализуют кислоту и помогают при изжоге, но могут сохранять слабительный эффект при длительном приеме. **Комбинированные препараты с кальцием и магнием** (например, Маалокс, Алмагель), также могут использоваться в небольших количествах под контролем врача.) при жалобах на изжогу и отсутствии эффекта от соблюдения диеты и образа жизни.

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

- Рекомендовано назначить лекарственные средства, разрешенные к применению вовремя беременности при жалобах на геморрой при отсутствии эффекта от соблюдения режима профилактики запоров. (антигеморроидальные средства в виде ректальных свечей или кремов, а также пероральный прием лекарственных препаратов, содержащих биофлавоноиды (гесперидин и диосмин).

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

Назначение витаминов и микроэлементов

- Рекомендовано назначить пациентке, планирующей беременность (на прегравидарном этапе), за 2–3 месяца до наступления беременности и на протяжении первых 12 недель беременности пероральный прием фолиевой кислоты в дозе 400-800 мкг в день с целью снижения риска дефекта нервной трубки у плода.

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

***Комментарий:** Назначение фолиевой кислоты беременным младше 18 лет рекомендовано в виде биологически активной добавки при указании детского возраста в качестве*

противопоказания в инструкции к лекарственному препарату. Доза фолиевой кислоты зависит от риска возникновения дефектов нервной трубки. Высокий риск - при наличии дефекта нервной трубки в анамнезе или семейном анамнезе, наличии синдрома мальабсорбции у женщины. Фолиевая кислота может быть назначена как монопрепарат или в составе поливитаминов и поливитаминов в комбинации с минеральными веществами.

- Рекомендовано назначить пациентке, планирующей беременность (на прегравидарном этапе), за 2–3 месяца до наступления беременности и на протяжении всей беременности пероральный прием препаратов йода (калия йодида) в дозе 200 мкг в день с целью устранения йодного дефицита для профилактики нарушений нейrogenеза у плода.

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

Комментарий: Препараты йода могут быть назначены как монопрепарат или в составе

поливитаминов и поливитаминов в комбинации с минеральными веществами.

-Рекомендовано назначить беременной пациентке группы высокого риска гиповитаминоза пероральный прием колекальциферола на протяжении всей беременности в дозе 500-1000МЕ в день с целью профилактики дефицита витамина D для снижения риска акушерских осложнений.

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

Комментарий: к группе высокого риска гиповитаминоза витамина D относятся женщины: с темной кожей, витилиго, имеющие ограничения пребывания на солнце, с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, с недостаточным питанием, ожирением, анемией, диабетом. Согласно инструкции к лекарственному препарату доза 500 МЕ рекомендована в 1-2 триместре беременности, с 28 недель беременности возможно назначение 1000 МЕ колекальциферола с целью профилактики дефицита и не достаточности витамина D. Колекальциферол может быть назначен как монопрепарат или в составе поливитаминов и поливитаминов в комбинации с минеральными веществами. При наличии лабораторно подтвержденного дефицита витамина D необходима консультация врача-эндокринолога и коррекция дозы колекальциферола.

-Не рекомендовано рутинно назначать поливитамины и поливитамины в комбинации с минеральными веществами беременной пациентке группы низкого риска гиповитаминоза.

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

Не рекомендовано рутинно назначать беременной пациентке Омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты (АТХ -Омега-3 триглицериды, включая другие эфиры и кислот).

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

Комментарий: Назначение Омега-3 триглицериды, включая другие эфиры и кислоты, не снижает риск ГСД, ПР., нарушения нейрокогнитивного развития детей, послеродовой депрессии, ПЭ, ЗРП. Беременной пациентке группы риска ПР. и ЗРП, например, курящей беременной пациентке, может быть рекомендован прием Омега-3 триглицериды, включая другие эфиры и кислоты, так как это снижает риск спонтанных ПР. и рождения маловесных детей.

-Не рекомендовано рутинно назначать препараты железа беременной пациентке при нормальном уровне гемоглобина.

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

Комментарии: нет доказательств пользы рутинного назначения препаратов железа для здоровья матери или ребенка. При этом пациенткам группы риска развития латентного железодефицита и железодефицитной анемии (у которых невозможно устранить причину развития железодефицитного состояния, соблюдающим вегетарианскую или веганскую диету) рекомендовано назначать профилактические дозы лекарственных препаратов железа, пациенткам с железодефицитной анемией - лечебные дозы препаратов железа.

-Не рекомендовано рутинно назначать беременной пациентке ретинол (витамин А).

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

Комментарии: нет доказательств пользы рутинного назначения витамина А. Прием витамина А не снижает риск материнской, перинатальной и неонатальной смертности, мертворождений, рождения детей с низкой массой тела. Прием больших доз витамина А (>10 000 МЕ) может оказывать тератогенный эффект.

-Не рекомендовано рутинно назначать беременной пациентке витамин Е.

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

Комментарии: Прием витамина Е не снижает риск таких акушерских и перинатальных осложнений, как ПЭ, ПР, ЗРП, антенатальная гибель плода и неонатальная смерть.

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

Не рекомендовано рутинно назначать беременной пациентке аскорбиновую кислоту.

Комментарии: Рутинный прием аскорбиновой кислоты не снижает риск таких акушерских и перинатальных осложнений, как ПЭ, ПР, ЗРП, антенатальная гибель плода и неонатальная смерть.

3.2 Хирургическое лечение

Не рассматривается в данной клинической рекомендации

3.3 Иное лечение

– Рекомендации данного раздела относятся только к пациенткам с нормальной беременностью.

– Рекомендовано предложить соблюдать диету при жалобах на тошноту и рвоту.

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

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

– Рекомендовано предложить: избегать положений тела, способствующих возникновению

изжоги, соблюдение диеты, ношение свободной одежды, не давящей на область желудка, при жалобах на изжогу.

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

- Рекомендовано предложить увеличить двигательную активность и добавить пищевые волокна (продукты растительного происхождения) в рацион питания при жалобах на запоры и геморрой.

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

- Рекомендована эластическая компрессия нижних конечностей при жалобах на варикозное расширение вен нижних конечностей.

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

***Комментарии:** Ношение компрессионного трикотажа способствует сдавлению подкожных вен, уменьшению застойных явлений и увеличению скорости кровотока по глубоким венам нижних конечностей. Помимо компрессионного трикотажа беременной пациентке может быть назначен комплекс упражнений (лечебная физкультура) и контрастный душ в сочетании с правильным режимом труда и отдыха. При выраженном расширении вен нижних конечностей рекомендована консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга.*

- Рекомендовано предложить соблюдать режим физической активности при жалобах на боль в спине.

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

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

Рекомендовано предложить ношение специального ортопедического бандажа и использование локтевых костылей при движении при жалобах на боль в лобке.

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

4. Реабилитация.

Не рассматривается в данной клинической рекомендации

5. Профилактика и диспансерное наблюдение.

Рекомендации по исключению факторов риска для профилактики осложнений

беременности.

-Рекомендовано информировать пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку о необходимости нормализации массы тела на прегравидарном этапе и правильной прибавке массы тела во время беременности в зависимости от исходного ИМТ с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений.

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 ($ИМТ > 30 \text{ кг/м}^2$) составляют группу высокого риска перинатальных осложнений: выкидыша, ГСД, гипертензивных расстройств, ПР., оперативного родоразрешения, антенатальной и интранатальной гибели плода, ТЭО. Беременные с $ИМТ < 18,5 \text{ кг/м}^2$ составляют группу высокого риска ЗРП.

-Рекомендовано информировать беременную пациентку о необходимости отказа от работы,

связанной с длительным стоянием или с излишней физической нагрузкой, работы в ночное

время и работы, вызывающей усталость, с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений.

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

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

-Рекомендовано информировать пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку о необходимости отказа от работы, связанной с воздействием рентгеновского излучения, с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений.

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

-Рекомендовано информировать беременную пациентку о пользе регулярной умеренной физической нагрузки (20–30 минут в день) с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений.

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

Комментарий: Физические упражнения, не сопряженные с избыточной физической нагрузкой или возможной травматизацией женщины, не увеличивают риск ПР и нарушения развития детей.

-Рекомендовано информировать беременную пациентку о необходимости избегания

физических упражнений, которые могут привести к травме живота, падениям, стрессу (например, контактные виды спорта, такие как борьба, виды спорта с ракеткой и мячом, подводные погружения) с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

-Рекомендовано информировать беременную пациентку, планирующую длительный авиаперелет, о необходимости мер профилактики ТЭО, таких как ходьба по салону самолета, обильное питье, исключение алкоголя и кофеина, и ношение компрессионного трикотажа на время полета.

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

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 еще выше (примерно в 10 раз).

-Рекомендовано информировать беременную пациентку о правильном использовании ремня безопасности в автомобиле, так как правильное использование ремня безопасности снижает риск потери плода в случае аварий в 2–3 раза.

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

Комментарий: Правильное использование ремня безопасности у беременной женщины заключается в использовании трехточечного ремня, где первый ремень протягивается под

животом по бедрам, второй ремень - через плечи, третий ремень - над животом между молочными железами.

-Рекомендовано информировать пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку о необходимости отказа от курения с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений.

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

Комментарии: Курение во время беременности ассоциировано с такими осложнениями как ЗРП, ПР, предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), гипотиреоз у матери, преждевременное излитие околоплодных вод, низкая масса тела при рождении, перинатальная смертность и эктопическая беременность. Примерно 5–8% ПР, 13-19% родов в срок ребенком с низкой массой тела, 23-34% случаев внезапной детской смерти и 5-7% смертей в детском возрасте по причинам, связанным с патологическим течением пренатального периода, могут быть ассоциированы с курением матери во время беременности. Дети, рожденные от курящих матерей, имеют повышенный риск заболеваемости

бронхиальной астмой, кишечными коликами и ожирением.

-Рекомендовано информировать пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку о необходимости отказа от приема алкоголя с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений.

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

Комментарий: несмотря на отсутствие, высоко доказательных данных негативного влияния малых доз алкоголя на акушерские и перинатальные осложнения, накоплено достаточное количество наблюдений о негативном влиянии алкоголя на течение беременности вне зависимости от принимаемой дозы алкоголя, например алкогольный синдром плода и задержка психомоторного развития.

-Рекомендовано информировать пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку о необходимости правильного питания, в частности отказа от вегетарианства и снижения потребления кофеина с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений.

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

Комментарий: Вегетарианство во время беременности увеличивает риск ЗРП. Большое количество кофеина (более 300 мг/сутки) увеличивает риск прерывания беременности и рождения маловесных детей.

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

Комментарий: Большое потребление рыбы, богатой метил ртутью (например, тунец, акула, рыба-меч, макрель) может вызвать нарушение развития плода. Здоровое питание вовремя беременности характеризуется достаточной калорийностью и содержанием белка, витаминов и минеральных веществ, получаемых в результате употребления в пищу

разнообразных продуктов, включая зеленые и оранжевые овощи, мясо, рыбу, бобовые, орехи, фрукты и продукты из цельного зерна.

-Рекомендовано информировать пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку о необходимости избегать потребление не пастеризованного молока, созревших мягких сыров, паштета и плохо термически обработанных мяса и яиц, так как эти продукты являются источниками листериоза и сальмонеллеза.

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

Комментарий: Самыми частыми инфекциями, передающимися с пищей, являются листериоз и сальмонеллез. Заболеваемость листериозом беременных женщин выше (12/100 000), чем в целом по популяции (0,7/100 000).

-Рекомендовано проводить оценку факторов риска осложнений беременности с целью выявления групп риска и своевременной профилактики акушерских и перинатальных осложнений.

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

Комментарий: Учет факторов риска акушерских и перинатальных осложнений необходимо проводить в соответствии с действующими клиническими рекомендациями по

соответствующим заболеваниям (состояниям) (возможно с использованием автоматизированных информационных систем).

Специфическая антенатальная профилактика резус-изоиммунизации

Беременную резус-отрицательную пациентку с отрицательным уровнем антирезусных антител в 28 недель рекомендовано *информировать* о возможности введения иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] в 28–30 недель беременности в дозе, согласно инструкции к препарату, внутримышечно.

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

Комментарии: *при резус-отрицательной принадлежности крови мужа/партнера или резус-отрицательной принадлежности крови у плода при неинвазивном тестировании, введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] в 28–30 недель не проводится. Если профилактика не была проведена в 28 недель, она показана после 28 недель беременности при условии отсутствия анти-Rh-антител.*

Беременной резус-отрицательной пациентке с отрицательным уровнем антирезусных антител после проведения амниоцентеза, кордоцентеза, биопсии хориона, плаценты рекомендовано назначить дополнительное введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] в дозе, согласно инструкции к препарату, внутримышечно.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 4).

Вакцинация на прегравидарном этапе и во время беременности

-Рекомендовано пациентке, планирующей беременность, оценить вакцинальный статус, риск заражения и последствия перенесённой инфекции с целью определения необходимости и вида вакцинации.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств — 5)

Комментарий: для небеременных пациенток на прегравидарном этапе действуют следующие правила вакцинации:

-Ревакцинация от дифтерии и столбняка проводится каждые 10 лет. При подготовке к планируемой беременности вакцинацию от дифтерии и столбняка следует проводить не менее, чем за 1 месяц до её наступления.

-Вакцинация от гепатита В проводится трехкратно по схеме 0-1-6 месяцев. При подготовке к планируемой беременности вакцинацию от гепатита В следует начинать не позднее, чем за 7 месяцев до её наступления. Вакцинация от краснухи проводится женщинам, ранее не привитым или привитым однократно не болевшим. При подготовке к планируемой беременности вакцинацию от краснухи следует провести не позднее, чем за 2 месяца до планируемой беременности.

-Вакцинация от кори проводится женщинам <35 лет (женщинам некоторых профессий в возрасте <55 лет), ранее не привитым, привитым однократно и не болевшим.

Применение комбинированной вакцины для профилактики кори, краснухи и паротита у женщин требует предохранения от беременности в течение 1 месяца после введения вакцины.

-Вакцинация от ветряной оспы проводится женщинам, ранее не привитым и не болевшим. При подготовке к планируемой беременности вакцинацию от ветряной оспы следует провести не позднее, чем за 3 месяца до планируемой беременности.

-Вакцинация от COVID-19 проводится пациенткам, планирующим беременность (на прегравидарном этапе), и беременным пациенткам вакцинами для профилактики COVID-19 актуальным антигенным составом согласно инструкциям к лекарственным препаратам.

Кратность вакцинации определяется нормативными документами Минздрава Приднестровской Молдавской Республики.

-Рекомендована в сезон гриппа вакцинация вакцинами для профилактики гриппа пациенткам, планирующим беременность (на прегравидарном этапе за 1 месяц до планируемой беременности), и беременным пациенткам во 2-м-3-м триместре беременности (в группе повышенного риска - начиная с 1-го триместра беременности).

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

Комментарий: во время беременности используются вакцины для профилактики гриппа (трёх – четырех валентные инактивированные вакцины, не содержащими консервантов).

Беременным пациенткам не рекомендована вакцинация вирусными вакцинами,

содержащими аттенуированные штаммы (против кори, краснухи, эпидемического паротита, ветряной оспы и др.).

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

Комментарий: Беременным пациенткам противопоказана вакцинация вакцинами для профилактики вирусных инфекций, содержащими аттенуированные штаммы (против кори, краснухи, эпидемического паротита, ветряной оспы и др. (Таблица 3). Вакцинировать непривитую и не болевшую ранее беременную пациентку от желтой лихорадки допускается только при предстоящем переезде в эндемичную зону или по эпидемическим показаниям. Беременным пациенткам допустима вакцинация инактивированными вакцинами, генно-инженерными вакцинами, или анатоксинами (вакцинами для профилактики бактериальных инфекций) в случае высокого риска инфицирования.

Вакцинировать беременную пациентку от полиомиелита, гепатита А и В, менингококковой и пневмококковой инфекции следует при предстоящем переезде в эндемичную зону, в качестве постконтактной специфической профилактики и при высоком риске заражения при условии отсутствия вакцинации в период прегравидарном подготовки.

При проведении вакцинации против вирусного гепатита В используются вакцины, не содержащие консерванты. Лечебно-профилактическая иммунизация вакциной для профилактики бешенства может проводиться беременной женщине при угрозе заражения бешенством в результате контакта и укуса больными бешенством животными, животными с подозрением на заболевание бешенством, дикими или неизвестными животными.

Вакцинировать беременную пациентку от столбняка следует при высоком риске инфицирования и при отсутствии вакцинации на прегравидарном этапе.

Вакцинировать беременную пациентку от дифтерии и коклюша следует при высоком риске инфицирования и при отсутствии вакцинации на прегравидарном этапе. Используют вакцины для профилактики дифтерии (с уменьшенным содержанием антигена), коклюша (с уменьшенным содержанием антигена, бесклеточной) и столбняка, адсорбированная, что

дополнительно способствует выработке сывороточных противокклюшных антител у женщины с последующей трансплацентарной передачей и профилактике коклюша у младенцев. Возможно, проводить вакцинацию беременных против коклюша во 2-м или 3-м триместрах, не позднее 15 дней до даты родов с целью профилактики коклюшной инфекции.

-Не рекомендовано искусственное прерывание беременности при непреднамеренном

введении вирусных вакцин, содержащими аттенуированные штаммы (вакцины против кори, краснухи, эпидемического паротита, ветряной оспы, гриппа и др.) в связи с тем, что риск последствий прерывания беременности значительно выше вероятности развития неблагоприятных явлений после вакцинации.

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

Таблица 3.

Вакцинация во время беременности

Вакцина	Применение во время беременности	Комментарий
БЦЖ <a>	Нет	
Холера	Нет (206)	Безопасность не доказана
Гепатит А	Да в случае необходимости	Безопасность не доказана
Гепатит В	Да в случае необходимости	
Грипп	Да в случае необходимости	
Японский энцефалит	Нет	Безопасность не доказана
Корь<a>	Нет<в>	
Менингококковая инфекция	Да в случае необходимости	Только в случае высокого риска инфицирования (206)
Эпидемический паротит<a>	Нет<в>	
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<a>	Нет<в>	
Столбняк/дифтерия/коклюш	Да в случае необходимости	
Тиф Ty21a<a>	Нет	Безопасность не доказана
Оспа	Нет	
Ветряная оспа<a>	Нет	
Желтая лихорадка<a>	Только в случае высокого риска инфицирования	
Грипп	В сезон гриппа	

<a> Живая вакцина, противопоказана во время беременности. <в> Беременность должна планироваться не ранее, чем через 3 месяца после вакцинации.

6. Организация медицинской помощи.

Основные показания для госпитализации в акушерско-гинекологический стационар:

1. Развитие родовой деятельности.
2. Излитие или подтекание околоплодных вод.
3. Кровяные 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 доплерометрии и КТГ.
15. Внутриутробная гибель плода.
16. Острый живот.
17. Острые инфекционные и воспалительные заболевания.

Кратность посещения врача акушера-гинеколога во время нормальной беременности: Оптимальная кратность посещения врача акушера-гинеколога беременной женщиной с нормально протекающей беременностью составляет от 5 до 7 раз. Оптимальным временем первого визита к врачу является 1-й триместр беременности (до 10 недель) .

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Да/ Нет
---	-------------------	------------

1.	Проведено определение срока беременности и родов по дате последней менструации и/или данным ультразвукового исследования при 1-м визите беременной пациентки	Да/ Нет
2.	Проведено измерение артериального давления на периферических артериях и исследование пульса при каждом визите беременной пациентки	Да/ Нет
3.	Проведено измерение размеров матки (высоты дна матки) и окружности живота при каждом визите беременной пациентки ведение гравидограммы.	Да/ Нет
4.	Проведена аускультация плода (определение частоты сердцебиения плода) с помощью фетального доплера (анализатора доплеровского сердечно-сосудистой деятельности матери и плода малобагабитного) или с помощью стетоскопа акушерского после 22 недель беременности при каждом визите беременной пациентки	Да/ Нет
5.	Выполнено направление беременной пациентки на исследование уровня антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ1/2 и антигена р24 (<i>HumanimmunodeficiencyvirusHIV1/2</i> + Agrp24) в крови при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности	Да/ Нет
6.	Выполнено направление беременной пациентки на определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (<i>HepatitisB virus</i>) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (<i>HepatitisB virus</i>) в крови при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности	Да/ Нет
7.	Выполнено направление беременной пациентки на определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в крови при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности	Да/ Нет
8.	Выполнено направление беременной пациентки на микроскопическое исследование влагалищных мазков при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности), во 2-ом триместре и в 3-м триместре беременности	Да/ Нет
9.	Выполнено направление беременной пациентки на определение основных групп по системе АВО и антигена D системы Резус (резус-фактор) однократно при 1-м визите	Да/ Нет
10.	Выполнено направление беременной пациентки на общий (клинический) анализ крови при 1-м визите, во 2-м и в 3-м триместре беременности	Да/ Нет
11.	Выполнено направление беременной пациентки на исследование уровня глюкозы в крови натощак и дополнительное исследование уровня глюкозы в крови при выявлении уровня глюкозы венозной крови натощак >7,0 ммоль/л	Да/ Нет
12.	Выполнено направление беременной пациентки на проведение глюкозотолерантного теста (пероральный глюкозотолерантный тест) с 75 г декстрозы в 24°-28° недель беременности в случае, если у нее не было выявлено нарушение углеводного обмена или не проводилось обследование на ранних сроках беременности	Да/ Нет
13.	Выполнено направление беременной пациентки на исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови и определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови однократно при 1-м визите	Да/ Нет
14.	Выполнено направление беременной пациентки на общий (клинический) при каждой явке.	Да/ Нет
15.	Выполнено направление беременной пациентки на микробиологическое (культуральное) исследование мочи на бактериальные патогены с применением автоматизированного посева однократно при 1-м визите	Да/ Нет
16.	Выполнено направление беременной пациентки в 11°-13° недель беременности на скрининг 1-го триместра, который включает комбинацию исследования уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови и исследования уровня белка А, связанного с беременностью, в крови (РАРР-А), ультразвуковое скрининговое исследование по оценке антенатального развития плода с целью выявления хромосомных аномалий, пороков развития, рисков задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии (скрининг I) (код медицинской услуги - А04.30.001.003)	Да/ Нет
17.	Выполнено направление беременной пациентки в 18°-20° недель беременности на ультразвуковое скрининговое исследование по оценке антенатального развития плода с целью выявления хромосомных аномалий, пороков развития, рисков задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии (скрининг II) (код медицинской услуги - А04.30.001.005), врожденных аномалий развития, оценки экстра эмбриональных структур (локализации, толщины, структуры плаценты, количества околоплодных вод) и ультразвуковое исследование шейки матки (УЗ-цервикометрию)	Да/ Нет

18.	Назначен пероральный прием фолиевой кислоты** беременной пациентке на протяжении первых 12 недель беременности в дозе 400-800 мкг в день.	Да/ Нет
-----	---	------------

Список литературы

1. Савельева Г.М., Сухих Г.Т. Серов В.Н. Акушерство. Национальное руководство. 2-е издание. 2022. 1735 стр.
2. Клинические рекомендации РФ «Нормальная беременность» 2024 г.
https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/670_1.
3. Здоровое питание. Информационный бюллетень. Женева: Всемирная организация здравоохранения. 31 августа 2018 г. [<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>].
4. Клинический протокол «Аntenатальное наблюдение физиологической беременности» 2019 г. МЗ ПМР, Приказ № 595 от 26.08.2019
5. Клинические рекомендации «Венозные осложнения во время беременности и послеродовом периоде. Акушерская тромбоэмболия» 2022 г.
https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/723_1.

Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

Состав рабочей группы

Председатель:

Слепуха Н. В. – главный врач государственного учреждения «Республиканский центр матери и ребенка», главный внештатный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики.

Члены:

Тостановская С.В. – заместитель главного врача, заведующая наблюдением родовым отделением государственного учреждения «Республиканский центр матери и ребенка»;

Манучаров А.А. – заведующий акушерским отделением патологии беременности государственного учреждения «Республиканский центр матери и ребенка»;

Чолак О.Н. – заместитель главного врача по гинекологии, заведующая гинекологическим отделением государственного учреждения «Республиканский центр матери и ребенка»;

Букатарь Л.В. - заведующая физиологическим родовым отделением государственного учреждения «Республиканский центр матери и ребенка»;

Ткачук Л.А. – врач-акушер-гинеколог гинекологического отделения государственного учреждения «Республиканский центр матери и ребенка»;

Борисова Е. С. – заместитель главного врача по акушерству и гинекологии государственного учреждения «Бендерский центр амбулаторно-поликлинической помощи»;

Берлинская Н.С. – заместитель главного врача по акушерству и гинекологии государственного учреждения «Бендерский центр матери и ребенка»;

Баранова Н. Ю. – заместитель главного врача по акушерству и гинекологии государственного учреждения «Тираспольский клинический центр амбулаторно-поликлинической помощи».

Конфликт интересов: конфликт интересов отсутствует.

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

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

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

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для

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
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или не рандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Не сравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Не рандомизированные сравнительные исследования, в т. ч. когортные исследования
4	Не сравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических,

диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам 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)

Алгоритм действий врача



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 ✓ 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 каждого рода 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: ✓ 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); $\text{ИМТ} = \frac{\text{вес (кг)}}{\text{рост (м)}^2}$ в квадрате: ✓ низкий ИМТ – $<19,8$ ✓ нормальный – $19,9-26,0$ ✓ избыточный – $26,1-29,0$ ✓ ожирение – $\geq 30,0$ • измерение АД на обеих руках (<i>Приложение Б4</i>) • 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;
Инструментальное исследование	• УЗИ в 11–13 недель беременности: для пренатальной диагностики, уточнения срока беременности, выявления многоплодной беременности. <u>Инструментальные исследования, проводимые по показаниям:</u> • Цервикометрия с 16 недель беременности.
Лабораторные исследования:	<u>Рутинные:</u> • Общий анализ мочи. • Общий анализ крови. • 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 при первом визите, 18–20 недель, при отсутствии антител в 28 недель беременности. • Посев средней порции мочи. • Определение антител к ВИЧ в крови (100% предтестовое консультирование, при получении согласия - тестирование). • Определение антител к бледной трепонеме в крови. • Определение антител к антигену вирусного гепатита В (HBsAg) в крови у не вакцинированных женщин. • Определение ТТГ, АТ-ТПО • Бактериоскопическое исследование влагалищного отделяемого. <u>Лабораторные исследования, проводимые по показаниям:</u> • Мазок на онкоцитологию при патологических изменениях на шейки матки. • Рекомендовать биохимические маркеры хромосомных аномалий в группах

	риска (Приложение Б2). - Биохимический анализ крови (белок, мочеви́на, креатинин, общий билирубин, связанный билирубин (конъюгированный), АЛТ, АСТ). - Определение антител к антигену вирусного гепатита С (HCV).
Консультация специалистов	- Терапевт/ВОП, стоматолог, окулист не позднее 7–10 дней после первичного обращения. - Другие специалисты – по показаниям (определяется врачом акушер-гинекологом).
Лечебно-профилактические 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. - Калия йодид 200 мкг в течение 3 месяцев.
Оценка результатов обследования, скрининга и консультации, решение вопроса о возможности вынашивания данной беременности.	
II Посещение – в сроке 18-20 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». (Приложение Д) - Рекомендация занятий по подготовке к родам. (Приложение Ж).
Обследование	- Измерение веса. - Измерение высоты стояния дна матки (нанести на гравидограмму) и окружности живота. - Измерение АД.
Инструментальное исследование	Скрининговое УЗИ (18–21 недель).
Лабораторные исследования:	- Общий анализ мочи. - Общий анализ крови. - Определение титра антител у резус-отрицательных женщин в 18–20 недель беременности.
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. - Измерение высоты стояния дна матки (нанести на гравидограмму) и окружности живота. - Измерение АД. - Выслушивание сердцебиения плода.
Лабораторные исследования:	- Общий анализ мочи. - Определение титра антител у резус-отрицательных женщин в 28 недель. - Тест на толерантность к глюкозе в 24–28 недель в группах риска (Приложение Б2).

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. - Измерение АД. - Измерение высоты дна матки (нанести на гравидограмму) и окружности живота, - Измерение размеров таза (пельвиометрия) беременной. - Выслушивание сердцебиения плода. - Направлять с 32 недель беременности с кратностью 1 раз в 2 недели на КТГ плода.
Лабораторные исследования:	- Общий анализ крови. - Общий анализ мочи. - Определение антител к ВИЧ в крови. - Определение антител к бледной трепонеме в крови; - Определение антител к антигену вирусного гепатита В (HBsAg) в крови у не вакцинированных женщин - Бактериоскопическое исследование влагалищного отделяемого <u>Лабораторные исследования, проводимые по показаниям</u> - Определение антител к антигену вирусного гепатита С (HCV).

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. • Измерение АД. • Измерение высоты дна матки (нанести на гравидограмму) и окружности живота. • Выслушивание сердцебиения плода
Лабораторные исследования:	• Общий анализ мочи.
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. • Измерение АД. • Наружное акушерское обследование (положение плода, предлежащая часть); • Измерение высоты дна матки (нанести на гравидограмму) и окружности живота. • Выслушивание сердцебиения плода
Лабораторные исследования:	• Общий анализ мочи. • Бактериоскопическое исследование влагалищного отделяемого.
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. • Измерение АД. • Наружное акушерское обследование (положение плода, предлежащая часть).

	- Измерение высоты дна матки (нанести на гравидограмму) и окружности живота. - Выслушивание сердцебиения плода.
Лабораторные исследования:	Общий анализ мочи.
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 перенесенной беременности.
Обследование	- Измерение веса. - Измерение АД. - Наружное акушерское обследование (положение плода, предлежащая часть). - Измерение высоты дна матки (нанести на гравидограмму) и окружности живота. - Выслушивание сердцебиения плода.
Лабораторные исследования:	Общий анализ мочи.

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

Шкала перинатального риска

Факторы риска	Оценка в баллах		
	до 12 недель	30 недель	37 недель
1	2	3	4
СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ			
Возраст матери: менее 18 лет;	2	2	2
30–34 года;	2	2	2
35–39 лет;	3	3	3
40 лет и более.	4	4	4
Возраст отца 40 лет и более.	2	2	2
Профессиональные вредности: матери;	2	2	2
отца.	2	2	2

Вредные привычки у матери:			
• курение менее пачки сигарет в день;	1	1	1
• курение более пачки сигарет в день;	2	2	2
• злоупотребление алкоголем.	2	2	2
Семейное положение: одинокая.	1	1	1
Высшее образование.	1	1	1
Рост и весовые показатели матери:			
• рост 158 и менее;	1	1	1
• ИМТ выше 25.	2	2	2
СУММА БАЛЛОВ			
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ			
Паритет:			
• 0;	1	1	1
• 4–7;	1	1	1
• 8 и более.	2	2	2
Аборты перед первыми предстоящими родами:			
• 1;	1	1	1
• 2 и более.	3	3	3
Аборты после последних родов.	1	1	1
Не вынашивание.	2	2	2
Преждевременные роды.	2	2	2
Мертворождение.	3	3	3
Смерть в неонатальном периоде.	3	3	3
Умеренная преэклампсия.	2	2	2
Тяжелая преэклампсия и эклампсия.	4	4	4
Аномалии развития у детей, рождённых ранее.	3	3	3
Неврологические нарушения у детей.	3	3	3
Масса доношенных детей до 2500 г и более 4000 г.	2	2	2
Бесплодие:			
• 2–5 года;	2	2	2
• 6 лет и более.	4	4	4
Рубец на матке.	4	4	4
Опухоли матки и/или яичников.	3	3	3
Истмико-цервикальная недостаточность.	2	2	2
Пороки развития матки.	1	1	1
Хронические воспалительные процессы матки и придатков, осложнения после абортов и родов, внутриматочные контрацептивы.	3	3	3
Внематочная беременность.	1	1	1
ВРТ:			
• ЭКО;	2	2	2
• ИКСИ.	3	3	3
СУММА БАЛЛОВ			
СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МАТЕРИ			

Сердечно-сосудистые:			
• пороки сердца без нарушения кровообращения;	2	2	2
• пороки сердца с нарушением кровообращения;	6	6	6
• хроническая артериальная гипертензия 1-2-3 степени;	2-6-10	2-6-10	2-6-10
• варикозная болезнь.	2	2	2
Заболевания почек:			
• хронические;	2	2	2
• обострение.	4	4	4
Эндокринопатии:			
• заболевания надпочечников;	5	5	5
• сахарный диабет;	10	10	10
• заболевания щитовидной железы;	2	2	2
• ожирение.	2	2	2
Анемия (уровень гемоглобина менее 100 г/л).	2	2	2
Тромбофилии, антифосфолипидный синдром.	4	4	4
Хронические специфические инфекции (туберкулез, бруцеллез, токсоплазмоз, сифилис и др.).	3	3	3
Острые инфекции во время беременности.	4	4	4
СУММА БАЛЛОВ			
ОСЛОЖНЕНИЯ НАСТОЯЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ			
Рвота беременной тяжелой степени.	3	3	3
Кровянистые выделения как угроза прерывания беременности.	2	2	2
Отеки беременных.		2	2
Презеклампсия умеренной степени.		6	6
Тяжелая преэклампсия.		10	10
Эклампсия.		12	12
Гестационный пиелонефрит.	2	2	2
Резус- или АВ0 - сенсibilизация.	4	4	4
Многоводие.		3	3
Маловодие.		4	4
Анатомически узкий таз.	2	2	2
Крупный плод.		2	2
Многоплодие.	4	4	4
Предлежание плаценты:			
частичное;		3	3
полное.	12	12	12
Неправильное положение плода (тазовое, поперечное, косое).		3	3
СУММА БАЛЛОВ			
АНТЕНАТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЛОДА			

Задержка роста плода 1-2-3 степени.		3-10-15	3-10-15
Кардиотокография: тревожный тип;		4	4
патологический тип.		10	10
Нарушение кровотока при доплерометрии: 1А-1Б степени;		2	2
2 степени;		4	4
3 степени.		10	10
Обвитие пуповины.		2	2
СУММА БАЛЛОВ			
ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ ПРЕНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ			
СТЕПЕНЬ ПРЕНАТАЛЬНОГО РИСКА			

1. Ведение группы среднего и высокого перинатального риска предусматривает индивидуальный план ведения и обследования.

Группы перинатального риска:

- Низкого перинатального риска – до 14 баллов, ведение беременности согласно приложению А4
- Среднего перинатального риска – 15–24 балла. Ведение беременности по индивидуальному плану.
- Высокого перинатального риска – более 25 баллов. Ведение беременности по индивидуальному плану.

Аntenатальная и постнатальная оценка факторов риска и тактика ведения беременности.

Источник: Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium. Green-top guideline No. 37a. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); April 2015

Тип: шкала оценки

Назначение: оценка факторов риска развития ВТЭО

Содержание:

Предсуществующие факторы риска	Отметка	Баллы
--------------------------------	---------	-------

Предшествующее ВТЭО (за исключением однократного эпизода, связанного с большим хирургическим вмешательством)		4
Предшествующее ВТЭО, спровоцированное большим хирургическим вмешательством		3
Подтвержденное наличие тромбофилии высокого риска		3
Сопутствующие заболевания, например, онкологическое заболевание; пароксизмальная ночная гемоглобинурия, протезированные клапаны, сердечная недостаточность; активная системная красная волчанка, воспалительная полиартропатия или воспалительное заболевание кишечника; нефротический синдром; сахарный диабет I типа с нефропатией; серповидноклеточная анемия; наркомания с внутривенным введением наркотиков в настоящее время		3
Семейный анамнез неспровоцированной или связанное с воздействием эстрогена ВТЭО у родственника первой степени родства		1
Известная тромбофилия низкого риска (без ВТЭО)		1 ^a
Возраст (>35 лет)		1
Ожирение		1 или 2 ^b
≥ 3 родов		1
Курение		1
Варикозное расширение вен нижних конечностей тяжелой степени		1
Акушерские факторы риска		
Преэклампсия во время текущей беременности		1
ВРТ/ЭКО (только антенатально)		1
Многоплодная беременность		1
Кесарево сечение в родах		2
Плановое кесарево сечение		1
Вагинальное оперативное родоразрешение, в т.ч. с применением ротационных акушерских щипцов		1
Продолжительные роды (>24 часов)		1
Послеродовое кровотечение (>1 литра или переливание крови)		1

Преждевременные роды <37 ⁴⁰ недели при данной беременности		1
Мертворождение в настоящую беременность		1
Преходящие факторы риска		
Любая хирургическая процедура во время беременности или послеродового периода, (за исключением наложения швов на промежность сразу после родов), например, аппендэктомия, послеродовая стерилизация		3
Неукротимая рвота		3
СГЯ (только первый триместр)		4
Системная инфекция в настоящее время		1
Ограничение подвижности, обезвоживание		1
ВСЕГО		
Сокращения: ВРТ вспомогательная репродуктивная технология; ЭКО экстракорпоральное оплодотворение; СГЯ синдром гиперстимуляции яичников; ВТЭО венозные тромбоэмболические осложнения.		
^a Если известная тромбофилия низкого риска имеется у женщины с семейным анамнезом ВТЭО у родственника первой степени родства, то послеродовая тромбопрофилактика должна продолжаться на протяжении 6 недель.		
^b ИМТ ≥ 30 = 1; ИМТ ≥ 40 = 2 (ИМТ рассчитанный по начальному весу пациентки)		

- **Ключ:**
- Если общая сумма баллов антенатально составляет ≥ 4 , рассмотреть возможность тромбопрофилактики с первого триместра.
- Если общая сумма баллов антенатально составляет 3, рассмотреть возможность тромбопрофилактики с 28 недели.
- Если общая сумма баллов постнатально составляет ≥ 2 , рассмотреть возможность тромбопрофилактики продолжительностью, по меньшей мере, 10 дней.
- При антенатальном поступлении в стационар рассмотреть возможность тромбопрофилактики.
- В случае продления пребывания в стационаре (более 3 дней) или повторного поступления в стационар в послеродовом периоде, рассмотреть возможность тромбопрофилактики.

- В послеродовом периоде умеренный риск (2 балла) – компрессионный трикотаж или перемежающаяся пневмокомпрессия, НМГ в течение 10 дней, высокий и очень высокий риск (3 балла и более) - компрессионный трикотаж или перемежающаяся пневмокомпрессия, НМГ в течении 6 недель.

Особенности антенатального скрининга

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, чем 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.

2. 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;

3. 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(1а);
- 2) бессимптомная бактериурия подлежит лечению.

Диагностические критерии бессимптомной бактериурии:

- а. Диагностически значимую бактериурию у беременных диагностируют при наличии роста 100 000 КОЕ/мл (10^5 в 1мл) и более **одного и того же** микроорганизма в 2 посевах средней порции **свободно** выпущенной (полученной без катетерным способом) мочи, собранной с соблюдением правил асептики, взятой с интервалом 3–7 суток (минимум 24 ч).

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

- б. Отсутствие клинических симптомов.

- с. 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 исключения 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-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- и 7-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:

<u>АБ</u>	<u>Длительность</u>
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 625 мг 3 раза в день	1000 мг 2 раза в день №7
Нитрофурантоин или 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 $<10^4$ 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" (колени - 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.

4. Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ)

- риск вертикальной трансмиссии зависит от уровня вирусной нагрузки беременной и состояния иммунитета;

- риск вертикальной передачи без проведения профилактики в развитых странах составляет 15—25%;
- трехэтапная профилактика:
 - химиопрофилактика во время беременности и родов;
 - elective кесарево сечение до начала родовой деятельности, при безводном периоде <4 ч;
 - отказ от грудного вскармливания снижает риск вертикальной передачи ВИЧ-инфекции до 1%;
- исследования на ВИЧ необходимо предлагать всем беременным женщинам 2 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 не адаптированных, 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.

5. 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.

6. 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.

7. 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 (2а), 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 18-20 недель и в 28 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.

8. 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 $\geq 5,1$, но $< 7,0$ ммоль/л

ГСД, пероральный глюкозотолерантный тест с 75 г глюкозы

Через 1 ч $\geq 10,0$ ммоль/л

Через 2 ч $\geq 8,5$, но $< 11,1$ ммоль/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 содержать 30–50 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, -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 эналазы 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°C) 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 граммов
2. Ожирение
3. Семейный анамнез – диабет у родственников первой линии
4. Гестационный диабет в предыдущих беременностях
9. **Измерение высоты дна матки (ВДМ)** с ведением гравидограммы с 20 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.
10. **Пальпация живота** с определением предлежащей части плода в 36 недель беременности.
11. **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

12. 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 перенесенной беременности и формирования положительного опыта беременности.

АЛГОРИТМ ВВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК НА ПРЕГНАВИДАРНОМ ЭТАПЕ (ПЛАНИРУЮЩИХ БЕРЕМЕННОСТЬ)

Наименование исследования	Кратность
Физикальное обследование	
Сбор анамнеза	Однократно
Оценка риска ТЭО	Однократно
Оценка жалоб	Однократно
Общий осмотр	Однократно
Измерение роста, массы тела, ИМТ	Однократно
Измерение АД и пульса	Однократно
Пальпация молочных желез	Однократно
Гинекологический осмотр	Однократно
Лабораторные диагностические исследования	
Направление на исследование уровня антител к ВИЧ-1/2 и антигена p24 в крови	Однократно (+обследование партнера пациентки)
Направление на определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В в крови	Однократно (+обследование партнера пациентки)

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).

Оптимальным является планирование беременности, когда на прегравидарном этапе (до беременности) есть возможность провести полное обследование и лечение выявленных заболеваний при необходимости, плановую вакцинацию, начать соблюдать здоровый образ жизни и принимать фолиевую кислоту с целью максимального повышения вероятности рождения здорового ребенка.

В среднем, кратность посещения врача акушера-гинеколога во время беременности при отсутствии патологии беременности составляет от 5 до 7 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 вакцинации)
- правильно и регулярно питаться: потреблять пищу достаточной калорийности с оптимальным содержанием белка, витаминов и минеральных веществ, с обязательным включением в рацион овощей, мяса, рыбы, бобовых, орехов, фруктов и продуктов из цельного зерна,
- избегать использования пластиковых бутылок и посуды, особенно при термической обработке в ней пищи и жидкости, из-за содержащегося в ней токсиканта бисфенола А,
- ограничить потребление рыбы, богатой метил ртутью (например, тунец, акула, рыба-меч, макрель),
- снизить потребление пищи, богатой витамином А (говяжьей, куриной утиной печени и продуктов из неё),
- ограничить потребление кофеина менее 300 мг/сутки (1,5 чашки эспresso по 200 мл или 2 чашки капучино/лате/американо по 250 мл, или 3 чашки растворимого кофе по 250 мл),
- избегать употребления в пищу непастеризованное молоко, созревшие мягкие сыры, паштеты, плохо термически обработанную пищу
- если Вы курите, постараться бросить курить или снизить число выкуриваемых в день сигарет,
- избегать приема алкоголя во время беременности, особенно в первые 3 месяца.

Немаловажным для беременной женщины является ее эмоциональный фон. На всем

протяжении беременности Вам нужно избегать стрессовых ситуаций и эмоциональных переживаний.

Половые контакты во время беременности не запрещены при Вашем нормальном самочувствии. В случае болей, дискомфорта, появлении кровяных выделений при половых контактах, а также при появлении зуда, жжения во влагалище и белей необходимо прекратить половые контакты и обратиться к врачу.

Также Вы должны обратиться к врачу при появлении следующих жалоб:

- рвота > 5 раз в сутки,
- потеря массы тела > 3 кг за 1–1,5 недели,
- повышение артериального давления > 120/80 мм рт. ст.,
- проблемы со зрением, такие как размытие или мигание перед глазами,
- сильная головная боль,
- боль внизу живота любого характера (ноющая, схваткообразная, колющая и др.),
- эпигастральная боль (в области желудка),
- отек лица, рук или ног,
- появление кровянистых или обильных жидких выделений из половых путей,
- лихорадка более 37,5,
- отсутствие или изменение шевелений плода на протяжении более 12 часов (после 20 недель беременности).

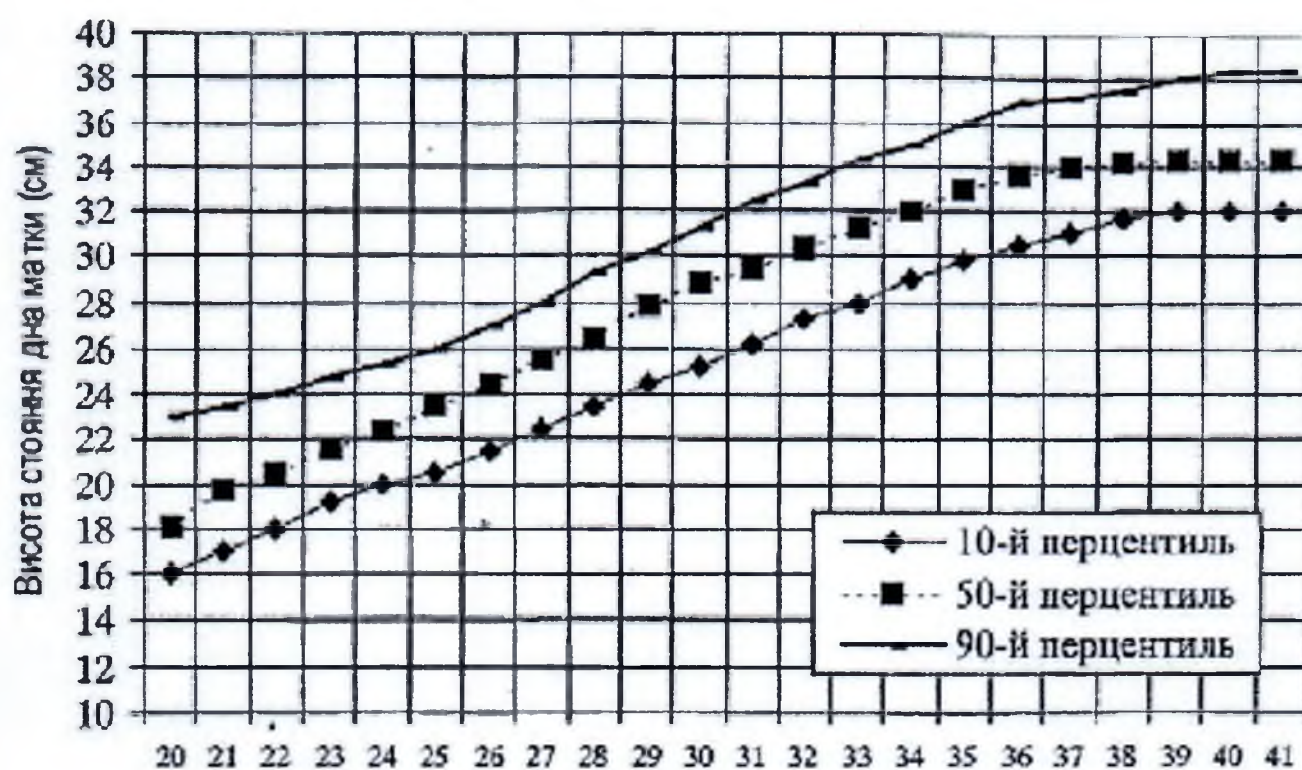
Если у Вас резус-отрицательная кровь, то Вашему мужу желательно сдать анализ на

определение резус-фактора. При резус отрицательной принадлежности крови мужа Ваши дальнейшие исследования на выявления антирезусных антител и введение антирезусного иммуноглобулина не потребуются.

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

Приложение Г.

Шкалы оценки, вопросники другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях



Образец гравидограмм

Название: **Оценка риска ТЭО во время беременности**

Источник: Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений в акушерстве и гинекологии.

Клинические рекомендации МЗ РФ, 2014 г. (с изменениями)

Тип: шкала оценки

Назначение: оценка риска тромбоэмболических осложнений во время беременности

Содержание:

	Баллы
Анамнестические данные	
Предшествующие рецидивирующие ТЭО	3
Предшествующие ТЭО, ничем не спровоцированные или связанные с приемом эстрогенов	3
Предшествующие спровоцированные ТЭО	2
Семейный тромботический анамнез	1
Тромбофилии (гомозиготная мутация фактора V Leiden, протромбина G20210A, дефицит АТIII, протеина Si C, антифосфолипидный синдром)	3
Соматические факторы	
Возраст > 35 лет	1
Курение	1
Ожирение ИМТ > 30	1
Варикозное расширение вен ног	1
Соматические заболевания (артериальная гипертензия, нефротический синдром, злокачественные заболевания, сахарный диабет I типа, инфекционно-воспалительные заболевания в активной фазе, СКВ, заболевания легких и сердца, серповидно-клеточная анемия)	2
Акушерско-гинекологические факторы	
Роды в анамнезе 3 и более	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	

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:

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.

Состав экспертной группы по проведению экспертизы проектов клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи:

1. Председатель экспертной группы: Малиёв Вячеслав Владимирович - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, главный внештатный специалист по скорой медицинской помощи Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, главный врач государственного учреждения «Региональная станция скорой медицинской помощи» города Бендеры;

2. Заместитель председателя экспертной группы: Кравцова Алина Геннадьевна - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, кандидат медицинских наук, доцент Кафедры педиатрии, акушерства и гинекологии медицинского факультета государственного образовательного учреждения «Приднестровский государственный университет имени Т.Г. Шевченко», врач-педиатр, неонатолог;

3. секретари экспертной группы:

1) Гурецкая Елена Валентиновна - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики;

2) Кошелева Наталья Игоревна - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики.

4. члены экспертной группы:

1) Гырбу Валерия Андреевна - начальник Управления нормативно-правового, документационного, информационного обеспечения и системного администрирования Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики;

2) Марьян Анастасия Антоновна - начальник Отдела организации лекарственного обеспечения Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики;

3) Окушко Ростислав Владимирович - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, кандидат медицинских наук, доцент, руководитель государственного образовательного учреждения среднего профессионального образования «Приднестровский государственный медицинский колледж имени Л.А. Тарасевича»;

4) Гарбуз Иван Филиппович - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и экстремальной медицины медицинского факультета Приднестровского Государственного Университета имени Т.Г. Шевченко;

5) Горшков Николай Иванович - главный специалист Управления организации медицинской помощи и рассмотрения обращений граждан и организаций Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, главный внештатный оториноларинголог и челюстно-лицевой хирург Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, заведующий отделением головы, шеи и восстановительной хирургии государственного учреждения «Республиканская клиническая больница»;

6) Кацавель Ольга Николаевна - заведующая отделением дополнительного профессионального образования государственного образовательного учреждения среднего профессионального образования «Приднестровский государственный

медицинский колледж имени Л.А. Тарасевича».