

Клинический протокол

ГБУ РД «Городская клиническая больница»

Вид документа	Клинический протокол	
ГБУ РД «ГКБ»	Версия	№ 1
	Запись в Едином реестре документации	№ __
	Экземпляр	№ __
	Введен в действие	дата
Конфиденциально	Срок действия	3 года
Название документа	<p><i>Клинический протокол « Нормальная беременность »</i></p> <p><i>Коды МКБ (Z32.1 - Беременность подтвержденная Z33 - Состояние, свойственное беременности Z34.0 - Наблюдение за течением нормальной первой беременности Z34.8 - Наблюдение за течением другой нормальной беременности Z35.0 - Наблюдение за течением беременности у женщины с бесплодием в анамнезе Z35.1 - Наблюдение за течением беременности у женщины с абортными выкидышами в анамнезе Z35.2 - Наблюдение за течением беременности у женщины с другим отягощенным анамнезом, касающимся деторождения или акушерских проблем Z35.3 - Наблюдение за течением беременности у женщины с недостаточной предродовой помощью в анамнезе Z35.4 - Наблюдение за течением беременности у многорожавшей женщины Z35.5 - Наблюдение за старой первородящей Z35.6 - Наблюдение за очень юной первородящей Z35.7 - Наблюдение за беременностью у женщины, подверженной высокой степени риска вследствие социальных проблем Z35.8 - Наблюдение за беременностью у женщины, подверженной другой высокой степени риска Z35.9 - Наблюдение за беременностью у женщины, подверженной высокой степени риска неуточненного характера Z36.0 - Антенатальный скрининг для выявления хромосомных аномалий Z36.3 - Антенатальный скрининг с помощью ультразвука или других физических методов для выявления аномалий развития)</i></p> <p><i>Возрастная группа- взрослые\дети</i></p> <p><i>Год утверждения 2021</i></p>	

Утверждено приказом № ___
От «_10_» ___11_ 2021 г.

	Должность	Ф. И. О.	Подпись	Дата
Разработано:	<i>Должность: аку-гинеколог ЖК №5</i>	Магомедова М.К.		
Согласовано	Главный врач	Малаев Х.М.		
	Заместитель главного врача по лечебной работе	Гаджиева Л.Х.		
	Заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе	Адилханов Б.Г.		
	И.о.Заместителя главного врача по хирургической работе	Абдулаев Ш.А.		
	И.о заведующего экспертным отделом	Алибекова А.М.		
2021 г.				

Краткое описание

Нормальная беременность

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: Z32.1, Z33, Z34.0, Z34.8, Z35.0-Z35.9, Z36.0, Z36.3

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Год окончания действия: ID288

Разработчик клинической рекомендации Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Пользователи протокола: акушеры – гинекологи, терапевты, врачи общей практики, кардиологи, эндокринологи, урологи, фельдшеры.

Категория пациентов: женщины в репродуктивном возрасте.

Шкала уровня доказательности:

А	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
В	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
С	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
Д	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.

Критерии, разработанные Канадской Целевой группой Профилактического Здравоохранения (CanadianTaskForceonPreventiveHealthCare) для оценки доказательности рекомендаций*

Уровни доказательности	Уровни рекомендаций
<p>I: Доказательность основана, по крайней мере, на данных одного рандомизированного контролируемого исследования</p> <p>II-1: Доказательность основана на данных контролируемого исследования с хорошим дизайном, но без рандомизации</p> <p>II-2: Доказательность основана на данных когортного исследования с хорошим дизайном (проспективного или ретроспективного) или исследования типа «случай-контроль», предпочтительно многоцентрового или выполненного несколькими исследовательскими группами</p> <p>II-3: Доказательность основана на данных сравнительного исследования с вмешательством или без вмешательства. Убедительные результаты, полученные в ходе неконтролируемых экспериментальных испытаний (например, такие как результаты лечения пенициллином в 1940-х) могли также быть включены в эту категорию</p> <p>III: Доказательность основана на мнениях авторитетных специалистов, базирующихся на их клиническом опыте, на данных описательных исследований или сообщениях экспертных комитетов</p>	<p>A. Доказательные данные позволяют рекомендовать клиническое профилактическое воздействие</p> <p>B. Достоверные свидетельства позволяют рекомендовать клиническое профилактическое воздействие</p> <p>C. Существующие свидетельства являются противоречивыми и не позволяют давать рекомендации за или против использования клинического профилактического воздействия; однако, другие факторы могут влиять на принятие решения</p> <p>D. Существуют достоверные свидетельства, чтобы давать рекомендацию в пользу отсутствия клинического профилактического действия</p> <p>E. Существуют доказательные данные, чтобы рекомендовать против клинического профилактического действия</p> <p>L. Существует недостаточно доказательных данных (в количественном или качественном отношении), чтобы давать рекомендацию; однако, другие факторы могут влиять на принятие решения</p>

1. Классификация заболевания или состояния

(группы заболеваний или состояний)

Классификация отсутствует.

2. Диагностика заболевания или состояния

(группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики Критерии установления диагноза:

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

2.1 Жалобы и анамнез

Сбор **анамнеза** должен включать следующие данные пациентки:

возраст, наличие профессиональных вредностей, наличие вредных привычек (курение, алкоголь, наркотические препараты),

семейный анамнез (указание на наличие у родственников 1-й линии таких заболеваний как, сахарный диабет, тромбоэмболические осложнения (ТЭО), гипертоническая болезнь, психические заболевания, акушерские и перинатальные осложнения),

характер менструаций (возраст менархе, длительность и регулярность менструального цикла, продолжительность менструального кровотечения, болезненность),

акушерский анамнез (число беременностей и родов в анамнезе и их исход, наличие осложнений беременности, родов и/или аборт, весоростовые показатели и состояние здоровья рожденных детей, способ достижения беременности – самопроизвольная беременность или беременность в результате 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.),

[1] наличие травм, оперативных вмешательств и переливаний крови в анамнезе, аллергические реакции, принимаемые лекарственные препараты, возраст и состояние здоровья мужа/партнера, его группа крови и резус-фактор, наличие у него профессиональных вредностей и вредных привычек.

Жалобы, характерные для нормальной беременности Тошнота и рвота наблюдаются в каждой 3-й беременности.

В 90% случаев тошнота и рвота беременных являются физиологическим признаком беременности, в 10% – осложнением беременности.

При нормальной беременности рвота бывает не чаще 2-3-х раз в сутки, чаще натощак, и не

нарушает общего состояния пациентки

[2] В большинстве случаев тошнота и рвота купируются самостоятельно к 16-20 неделям беременности и не ухудшают ее исход (1,2).

Масталгия является нормальным симптомом во время беременности, наблюдается у большинства 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 рефлюксная болезнь) во время беременности наблюдается в 20-80% случаев. Чаще она развивается в 3-м триместре беременности (3-5). Изжога возникает вследствие релаксации нижнего пищеводного сфинктера, снижения внутрипищеводного давления, и одновременном повышении внутрибрюшного и внутрижелудочного давления, что приводит к повторяющемуся забросу желудочного и/или дуоденального содержимого в пищевод.

[3] Запоры – наиболее распространенная патология кишечника при беременности, возникает в 30-40% наблюдений (6). Запоры связаны с нарушением пассажа по толстой кишке и характеризуются частотой стула менее 3-х раз в неделю. Они сопровождаются хотя бы одним из следующих признаков: чувством неполного опорожнения кишечника, небольшим количеством и плотной консистенцией кала, натуживанием не менее четверти времени дефекации.[4]

Причинами развития геморроя во время беременности могут быть: давление на стенки кишки со стороны матки, застой в системе воротной вены, повышение внутрибрюшного давления, врожденная или приобретенная слабость соединительной ткани, изменения в иннервации прямой кишки. Варикозная болезнь развивается у 20-40% беременных женщин.[5]

Причиной развития варикозной болезни во время беременности является повышение венозного давления в нижних конечностях и расслабляющее влияние на сосудистую стенку вен прогестерона, релаксина и других биологически активных веществ. Влагалищные выделения без зуда, болезненности, неприятного запаха или дизурических явлений являются нормальным симптомом во время беременности и наблюдаются у большинства женщин.

Боль в спине во время беременности встречается с частотой от 36 до 61%. Среди женщин с болью в спине у 47-60% боль впервые возникает на 5-7-м месяце беременности (8-10). Самой частой причиной возникновения боли в спине во время беременности является увеличение нагрузки на спину в связи с увеличением живота и смещением центра тяжести, и снижение тонуса мышц под влиянием релаксина.

Распространенность боли в лобке во время беременности составляет 0,03-3%, и возникает, как правило, на поздних сроках беременности (11). Синдром запястного канала (карпальный туннельный синдром) во время беременности возникает в 21-62% случаев (12,13) в результате сдавления срединного нерва в запястном канале, и характеризуется ощущением покалывания, жгучей болью, онемением руки, а также снижением чувствительности и моторной функции кисти.

2.2 Физикальное обследование

Рекомендовано определить срок беременности и родов по дате последней менструации и данным УЗИ органов малого таза и плода при 1-м визите беременной пациентки (14–16). Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).
Комментарии: УЗИ является более точным методом определения срока беременности и родов (14–16).

При расчете срока родов по дате последней менструации необходимо прибавить 280 дней (40 недель) к первому дню последней менструации (при 28-дневном менструальном цикле).

При иной длительности менструального цикла необходимо вносить поправки в расчет срока родов с сторону увеличения срока при более длинном цикле и в сторону уменьшения срока при более коротком цикле.

При наступлении беременности в результате ВРТ расчет срока родов должен быть сделан по дате переноса эмбрионов (дата переноса «плюс» 266 дней (38 недель) «минус» число дней, равное сроку культивирования эмбриона). Рекомендовано использовать показатель копчико-теменного размера (КТР) плода для определения срока беременности и родов по данным УЗИ в 1-м триместре беременности.

Рекомендовано использовать показатель окружности головки плода для определения срока беременности и родов по данным УЗИ на более поздних сроках беременности (при КТР>84 мм) (17). Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарии: При отсутствии УЗИ в 1-м триместре беременности и отсутствии информации о дате последней менструации, срок беременности и родов может быть установлен по данным других УЗИ.

При расхождении срока по дате последней менструации и УЗИ в 11-14 недель более чем на 5 дней, срок беременности и родов следует устанавливать по данным УЗИ.

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

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).
Комментарий: Основное влияние на акушерские и перинатальные исходы оказывает прибавка массы тела во время беременности, а не ИМТ до беременности (19).

Рекомендуемая еженедельная прибавка массы тела в 1-м триместре составляет не более 0,5 - 2 кг/неделю (20). Прибавка масса тела происходит в том числе в связи с накоплением жидкости (отеками), характерными для периода гестации.

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

Рекомендовано измерить артериальное давление (АД) и пульс при каждом визите беременной пациентки (20–22). Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5). Комментарий: Регулярное измерение АД проводится с целью ранней диагностики гипертензивных осложнений беременности.

Беременной пациентке группы высокого риска преэклампсии (ПЭ) рекомендовано назначить ежедневный мониторинг АД на протяжении всей беременности (23–25). Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4). Комментарий: К группе высокого риска развития ПЭ относятся пациентки с указанием на раннюю и/или тяжелую ПЭ в анамнезе.

Рекомендовано провести пальпацию молочных желез при 1-м визите беременной пациентки. При обнаружении узловых образований молочных желез рекомендовано направить пациентку на консультацию к врачу-онкологу (26). Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4). 2 2 Комментарий: Пальпация молочных желез проводится с целью скрининга рака молочной железы. Не рекомендовано регулярно пальпировать молочные железы во время беременности (18). Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Рекомендовано провести гинекологический осмотр при 1-м визите беременной пациентки (27). Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4). Комментарий: Гинекологический осмотр во время беременности 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.

Не рекомендовано без показаний проводить повторные гинекологические осмотры беременной пациентке (27). Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4). Комментарий: Повторные гинекологические осмотры проводятся по показаниям: при наличии жалоб, при признаках истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) и ПР, для выявления ИЦН, определения соотношения головки плода и размеров таза.

Рекомендовано измерять окружность живота (ОЖ), высоту дна матки (ВДМ) и ведение гравидограммы при каждом визите беременной пациентки после 20 недель беременности

[18, 33], (29).[7] Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств — 2)

Комментарии: Соответствие ВДМ сроку беременности представлено в таблице 2. Образец гравидограммы представлен в приложении Г2. Если ВДМ согласно гравидограмме ниже 10-й или выше 90-й перцентили распределения ВДМ, то необходимо проведение УЗИ для оценки развития плода и определения количества околоплодных вод. Таблица 2
Соответствие ВДМ сроку беременности[8]

Рекомендовано определить положение и предлежание плода при каждом визите беременной пациентки после 34-36 недель беременности (18,30– 33).[9] Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2). Комментарий: Определение положения и предлежания плода проводится с целью определения тактики ведения родов.

Рекомендовано направить беременную пациентку на УЗИ плода при подозрении на неправильное положение и/или предлежание плода для его уточнения (18,33). Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Рекомендовано определить частоту сердцебиения плода (ЧСС) при каждом визите беременной пациентки после 20 недель беременности при помощи акушерского стетоскопа или после 12 недель беременности при Сроке 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 помощи фетального доплера для подтверждения жизнедеятельности плода (18,34,35).[10] Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4). Комментарий: При отсутствии или нарушении ЧСС плода (тахикардия, брадикардия, аритмия) рекомендовано направить беременную пациентку на УЗИ.

Рекомендовано проводить опрос беременной пациентки по поводу характера шевелений плода при каждом визите после 16-20 недель беременности (после начала ощущения шевелений плода) (36,37). Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5). Комментарий: 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 направлять беременную пациентку на исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека-1/2 (далее – ВИЧ) и антигена р24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови при 1-м визите и в 3-м триместре

беременности (38).[11],[12] Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1). Комментарии: Раннее обследование и выявление инфекции способствует своевременной терапии и предотвращению инфицирования плода. Согласно пункту 4.3. санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ инфекции», стандартным методом лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции служит одновременное определение антител к ВИЧ 1,2 и антигена р24/25 ВИЧ с помощью диагностических тестов ИФА и ИХЛА.[13] Повторное обследование в 3-м триместре лучше проводить до 36 недель беременности.[14] При выявлении инфекции беременная женщина должна быть направлена в Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями для подтверждения/исключения диагноза.

Рекомендовано направлять беременную пациентку на определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови при 1-м визите и в 3-м триместре беременности (39,40).13 Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 1). Комментарии: Обследование и выявление инфекции способствует проведению постнатальной профилактики передачи вируса новорожденному. При выявлении инфекции беременная женщина должна быть направлена на консультацию к врачу-инфекционисту для подтверждения/исключения диагноза.

Рекомендовано направлять беременную пациентку на определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови при 1-м визите и в 3-м триместре беременности (41).[15] 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 направлять беременную пациентку на определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови при 1-м визите и в 3-м триместре беременности (42,43). [16] 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 направлять беременную пациентку на определение антител класса G (IgG) и класса М (IgM) к вирусу краснухи (Rubella virus) в крови однократно при 1-м визите в 1-м или 2-м триместрах беременности (44). Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5). Комментарии: Обследование на ранних сроках беременности позволяет выявить серонегативных пациенток и информировать их о возможности инфицирования. При отсутствии или недостаточном уровне иммуноглобулинов класса G к вирусу краснухи пациентка должна быть информирована о риске инфицирования краснухой во время беременности.

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 беременную пациентку на определение антител классов М, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) , к вирусу простого герпеса, к токсоплазме (*Toxoplasma gondii*) в крови во время беременности (47,48).[19] 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.

Рекомендовано направлять беременную пациентку:

- на определение антигена стрептококка группы В в отделяемом цервикального канала в 35-37нед;
- на микроскопическое исследование влагалищных мазков при 1м визите и 3м триместре;
- на исследование средней порции мочи на бак посев посев при 1м визите однократно;
- на группу крови и резус-фактор;
- резус-отрицательную пациентку на определение резус АТ до 28нед;
- ОАК при 1м визите и во 2й и 3й триместре;
- биохимический анализ крови при 1м визите и 3м триместре;
- коагулограмма крови при 1м визите и перед родами;
- ТТГ ;
- ОАМ при 1м визите и 2м , 3м триместре;
- мазок на О/Ц при 1м визите.

2.4 Инструментальные диагностические исследования

Рекомендовано провести беременной пациентке измерение размеров таза (пельвиометрию) в 3-м триместре (82). Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5). Комментарий: Измерение размеров таза проводится для определения акушерской тактики при родоразрешении.

Рекомендовано направлять беременную пациентку на проведение УЗИ плода при сроке беременности 11-13 недель в медицинскую организацию, осуществляющую экспертный уровень пренатальной диагностики,[34] для определения срока беременности (14–16), проведения скрининга 1-го триместра (83), диагностики многоплодной беременности (84). Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1). Комментарий: УЗИ в 1-м триместре беременности также может быть назначено при раннем 1-м визите и сроке задержки менструации ≥ 7 дней для исключения внематочной беременности.

Во время проведения УЗИ 1-го триместра также рекомендовано измерить пульсационный индекс в маточных артериях для предикции ранней преэклампсии.

6 6 Рекомендовано направлять беременную пациентку в 18-20 неделю беременности на проведение УЗИ плода (УЗ скрининга 2-го триместра) для оценки роста плода, диагностики ранних форм ЗРП, исключения врожденных аномалий развития, оценки экстраэмбриональных структур (локализации, толщины, структуры плаценты, количества околоплодных вод) и УЗИ шейки матки (УЗ-цервикометрию) в медицинскую организацию, осуществляющую пренатальную диагностику (83,85–87) [35]. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1). Комментарий: Дополнительные УЗИ во 2-м триместре беременности могут быть назначены при отсутствии или нарушении ЧСС плода (тахикардия, брадикардия, аритмия) во время аускультации ЧСС плода.

Рекомендовано направлять беременную пациентку группы высокого риска акушерских и перинатальных осложнений (ПЭ, ПР, ЗРП, предлежание плаценты) и в случае несоответствия ВДМ сроку беременности согласно гравидограмме на проведение УЗИ плода при сроке беременности 30-34 недели для диагностики поздно манифестирующих пороков развития плода, крупного или маловесного плода (88,89). Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2). Комментарий: Дополнительные УЗИ в 3-м триместре беременности (после 34-36 недель) могут быть назначены для уточнения при подозрении на неправильное положение или предлежание плода (18,33), при отсутствии или нарушении ЧСС плода (тахикардия, брадикардия, аритмия) во время аускультации ЧСС плода, при несоответствии размеров матки и срока беременности.

Рекомендовано направлять беременную пациентку группы высокого риска позднего выкидыша и ПР на проведение УЗИ шейки матки (УЗ-цервикометрии) с 15-16 до 24 недель беременности с кратностью 1 раз в 1-2 недели (87,90).[36] Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5). Комментарий: К группе высокого риска развития позднего выкидыша и ПР относятся пациентки с указанием на наличие поздних выкидышей/ПР в анамнезе.

Рекомендовано направлять беременную пациентку группы высокого риска акушерских и перинатальных осложнений (ПЭ, ПР, ЗРП) на проведение ультразвуковой доплерографии маточно-плацентарного кровотока во время 2-го УЗИ (при сроке беременности 18-20 недель), [37] 6 6 и в 3-м триместре беременности (при сроке беременности 30-34 недели) (91–93). Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 1). Комментарий: В данной группе проведение данного исследования способствует снижению перинатальной смертности, индукции родов, родоразрешения посредством операции кесарева сечения (94).

Не рекомендовано направлять беременную пациентку группы низкого риска акушерских и перинатальных осложнений (ПЭ, ПР, ЗРП) на проведение ультразвуковой доплерографии маточно-плацентарного кровотока (95). Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1). Комментарий: В данной группе проведение данного исследования не сопровождается улучшением материнских или перинатальных исходов.

Рекомендовано направлять беременную пациентку на проведение кардиотокографии (КТГ) плода с 33 недель беременности с кратностью 1 раз в 2 недели (96). Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1). 2.5 Иные диагностические исследования

Рекомендовано направлять беременную пациентку на консультацию к врачу-терапевту и врачу-стоматологу (97) при 1-м визите и в 3-м триместре беременности, к врачу-офтальмологу (98) при 1-м визите).[38] Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4). Комментарий: Надежная доказательная база необходимости данных рекомендаций отсутствует, но они приняты в отечественной практике.

Консультации специалистов проводятся для своевременной диагностики экстрагенитальной патологии и назначения терапии (принято в отечественной практике, не имеет доказательной базы).

Рекомендовано направлять беременную пациентку на медикогенетическое консультирование при выявлении у женщины и/или ее мужа/партнера факторов риска рождения ребенка с хромосомной или генной патологией (99).[39] Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5). Комментарий: Надежная доказательная база необходимости данных рекомендаций отсутствует, но они приняты в отечественной практике. Факторами риска рождения ребенка с хромосомной или генной патологией являются: наличие у хотя бы одного из супругов/партнеров хромосомных или генных нарушений; наличие у хотя бы одного из супругов/партнеров детей с хромосомными или генными нарушениями, врожденными пороками развития, умственной отсталостью; кровнородственный брак.

Рекомендовано направлять беременную пациентку в 11-13 недель беременности на проведение скрининга 1-го триместра, который включает комбинацию УЗИ толщины воротникового пространства (ТВП), исследования уровня хорионического гонадотропина в крови (ХГ) и исследования уровня белка А, связанного с беременностью, в крови (РАРР-А) с последующим программным расчетом индивидуального риска рождения ребенка с хромосомной патологией (83). Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1). Комментарии: Для исключения анеуплоидии плода пациентке может быть дополнительно предложено проведение НИПС после 10 недель беременности (100,101).

Не рекомендовано направлять беременную пациентку на рутинное проведение биохимического скрининга 2-го триместра, который включает исследование уровня ХГ в крови, исследование уровня альфафетопротеина в сыворотке крови, исследование уровня неконъюгированного эстрадиола в крови (тройной скрининг) и исследование уровня ингибина А в крови (четверной скрининг) (83,85,86). Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 1). Комментарий: Биохимический скрининг 2-го триместра может быть назначен при отсутствии результатов скрининга 1-го триместра.[40]

Рекомендовано направлять беременную пациентку с высоким риском анеуплоидии плода

по данным скрининга 1-го триместра или НИПС, и/ или выявленными пороками развития плода по данным УЗИ 1-го триместра, и/или высоким риском хромосомной или генной патологии, или выявленных пороков развития плода по данным УЗИ 2-го триместра, на проведение медико-генетического консультирования, в ходе которого врач-генетик рекомендует или не рекомендует пациентке проведение инвазивной пренатальной диагностики (биопсия ворсин хориона, амниоцентез) с исследованием полученного материала методами цитогенетического или молекулярного кариотипирования (20,102–104). Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1). 6
Комментарии: Биопсия ворсин хориона проводится при сроке 10-14 недель беременности. Амниоцентез проводится при сроке беременности >15 недель. Индивидуальный высокий риск хромосомной патологии у плода по данным скрининга 1-го триместра составляет $\geq 1/100$.

Противопоказаниями к инвазивной пренатальной диагностике являются: инфекционные и воспалительные заболевания любой локализации, угрожающий выкидыш или ПР. В случаях сенсибилизации по системе Rh(D) необходимо взвесить потенциальную пользу/риск от проведения инвазивной диагностики (20). [1] Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений в акушерстве и гинекологии.

3. Лечение 3.1

Немедикаментозные методы коррекции жалоб, возникающих во время нормальной беременности

Беременной пациентке с жалобами на тошноту и рвоту должны быть даны рекомендации по соблюдению диеты (2,105–107). Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

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

Беременной пациентке с жалобами на изжогу должны быть даны рекомендации по избеганию положений тела, способствующих возникновению изжоги; соблюдению диеты; ношению свободной одежды, не давящей на область желудка

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

Беременной пациентке с жалобами на запоры и геморрой во время беременности должны быть даны рекомендации по увеличению двигательной активности и модификация рациона питания (108). Комментарии: Модификация рациона питания включает путем добавление к пище пищевых волокон.

Беременной пациентке с жалобами на варикозное расширение вен нижних конечностей должны быть даны рекомендации по ношению компрессионного трикотажа, при выраженном расширении вен нижних конечностей рекомендована консультация врача-

сосудистого хирурга .

Беременной пациентке с жалобами на боль в спине должны быть даны рекомендации по соблюдению режима физической активности (110,111). Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1). Комментарий: Соблюдение режима физической активности включает плавание, массаж и физические упражнения.

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

3.2 Медикаментозные методы коррекции жалоб, возникающих во время нормальной беременности

Беременной пациентке с жалобами на изжогу при отсутствии эффекта от соблюдения диеты и образа жизни рекомендовано назначить препараты с антацидным действием (АТХ антациды) (113,114). Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2). Комментарий: Беременной пациентке с жалобами на изжогу при отсутствии эффекта от соблюдения диеты и образа жизни могут быть также назначены обволакивающие и вяжущие препараты растительного происхождения, но доказательная база эффективности их назначения при изжоге отсутствует.

Беременной пациентке с жалобами на геморрой при отсутствии эффекта от соблюдения режима профилактики запоров рекомендовано назначить антигеморроидальные средства в виде ректальных свечей или кремов, разрешенных к применению во время беременности, а также пероральный прием лекарственных препаратов, содержащих биофлавоноиды (гесперидин+диосмин) (115,116). Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2). Комментарий: Назначение препаратов, содержащих биофлавоноиды (диосмин, гесперидин) улучшает клиническую симптоматику при геморрое во время беременности в 7 раз

. Беременной пациентке при выявлении бессимптомной бактериурии рекомендовано назначить пероральный курс антибактериальной терапии (117). Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1). Комментарий: Бессимптомная бактериурия – это наличие колоний бактерий ≥ 10 в 1 мл средней порции мочи при отсутствии клинических симптомов.

3.3 Назначение витаминов и пищевых добавок

Беременной пациентке рекомендовано назначить пероральный прием фолиевой кислоты** на протяжении первых 12 недель беременности в дозе 400 мкг в день (118,119).[2] [3],[4] Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1). Комментарий: Назначение фолиевой кислоты** на протяжении первых 12 недель беременности снижает риск рождения ребенка с дефектом нервной трубки (например, анэнцефалией или расщеплением позвоночника). Беременной пациентке рекомендовано назначить пероральный прием препаратов йода (калия йодида)** на протяжении всей беременности в дозе 200 мкг в день (120–122). Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Беременной пациентке группы высокого риска ПЭ при низком потреблении кальция (менее 600 мг/день) рекомендовано назначить пероральный прием препаратов кальция на протяжении всей беременности в дозе 1 г/день (123–125). Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 1). Комментарии: Назначение препаратов кальция на протяжении всей беременности у пациенток группы высокого риска ПЭ снижает риск развития данного заболевания.

Беременной пациентке группы высокого риска гиповитаминоза витамина D рекомендовано назначить пероральный прием витамина D) (АТХ 5 , Комбинация производных витаминов D) на протяжении всей беременности в дозе 10 мкг (400 МЕ) в день (126,127). Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 1). Комментарии: В группе высокого риска гиповитаминоза витамина D его назначение снижает риск таких акушерских осложнений, как ПЭ, ЗРП и ГСД. К группе высокого риска гиповитаминоза витамина D относятся женщины с темной кожей, имеющие ограничения пребывания на солнце, со сниженным уровнем потребления мяса, жирной рыбы, яиц, с ИМТ до беременности ≥ 30 кг/м (128,129). Беременной пациентке группы низкого риска гиповитаминоза витамина D не рекомендовано назначать прием витамина D (АТХ Комбинация производных витаминов D) (130,131). Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2). Комментарии: В группе низкого риска гиповитаминоза витамина D его назначение не снижает риск таких акушерских осложнений, как ПЭ, ЗРП и ГСД.

Беременной пациентке группы низкого риска авитаминоза не рекомендовано рутинно назначать прием поливитаминов (132). Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 1). Комментарий: В группе низкого риска авитаминоза назначение поливитаминов не снижает риск перинатальных осложнений.

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

Беременной пациентке не рекомендовано рутинно назначать прием Омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (АТХ Омега-3 триглицериды, включая другие эфиры и кислоты) (133). Комментарий: Назначение Омега-3 полиненасыщенных жирных кислот не снижает риск таких акушерских и перинатальных осложнений, как ПЭ, ПР, ЗРП, ГСД, послеродовая депрессия, и нарушение нейроразвития 2 развития детей.

Курящей беременной пациентке может быть рекомендован прием Омега-3 полиненасыщенных жирных кислот, так как это снижает риск спонтанных ПР и рождения маловесных детей (134).

Беременной пациентке при нормальном уровне гемоглобина и/или ферритина не рекомендовано рутинно назначать прием препаратов железа (135,136). Уровень

убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств -2). Комментарии: Нет доказательств пользы рутинного назначения препаратов железа для здоровья матери или ребенка, но есть повышенный риск побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта (чаще всего – запоры или диарея).

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

Беременной пациентке не рекомендовано рутинно назначать прием витамина Е (138). Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1). Комментарии: Прием витамина Е не снижает риск таких акушерских и перинатальных осложнений, как ПЭ, ПР, ЗРП, антенатальная гибель плода и неонатальная смерть.

Беременной пациентке не рекомендовано рутинно назначать прием аскорбиновой кислоты (139). Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1). Комментарии: Рутинный прием витамина С не снижает риск таких акушерских и перинатальных осложнений, как ПЭ, ПР, ЗРП, антенатальная гибель плода и неонатальная смерть. [1]

5. Профилактика 5.1

Рекомендации по исключению факторов риска для профилактики осложнений беременности

Беременной пациентке должны быть даны рекомендации по прибавке массы тела в зависимости от исходного ИМТ (20,140–143). Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарии: Как избыточная, так и недостаточная прибавка массы тела во время беременности ассоциирована с акушерскими и перинатальными осложнениями. Беременные пациентки с ожирением (ИМТ \geq 30 кг/м) составляют группу высокого риска перинатальных осложнений: самопроизвольного выкидыша, ГСД, гипертензивных расстройств, ПР, оперативного родоразрешения, антенатальной и интранатальной гибели плода, ТЭО (20,144). Беременные с ИМТ \leq 20 кг/м составляют группу высокого риска ЗРП (143).

Беременной пациентке должны быть даны рекомендации по отказу от работы, связанной с длительным стоянием или с излишней физической нагрузкой, работы в ночное время и работы, вызывающей усталость (145– 147). Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2). Комментарий: Данные виды работ ассоциированы с повышенным риском ПР, гипертензии, ПЭ и ЗРП.

Беременной пациентке должны быть даны рекомендации по отказу от работы, связанной с воздействием рентгеновского излучения (148,149). Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).

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

2 2 Беременной пациентке должны быть даны рекомендации по избеганию 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) (153).

При нормальном течении беременности пациентке не должны даваться рекомендации по отказу от половой жизни, так как половые контакты при нормальном течении беременности не увеличивают риск ПР и перинатальной смертности (154–156). Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).

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

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

Беременной пациентке должны быть даны рекомендации по отказу от курения (169–171). 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 (169,170), преждевременное излитие околоплодных вод (171), низкая масса тела при рождении, перинатальная смертность (169) и эктопическая беременность (169).

Беременной пациентке должны быть даны рекомендации по отказу от приема алкоголя во время беременности, особенно в 1-м триместре

Беременной пациентке должны быть даны рекомендации по правильному питанию, такие как отказ от потребления рыбы, богатой метилртутью (186,187), снижение потребления пищи, богатой витамином А (например, говяжьей, куриной утиной печени и продуктов из нее) (188) и потребление пищи с достаточной калорийностью и содержанием белка, витаминов и минеральных веществ (189). Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Здоровое питание во время 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 (189).

Беременной пациентке должны быть даны рекомендации избегать потребления непастеризованного молока, созревших мягких сыров, паштета и плохо термически обработанных мяса и яиц, так как эти продукты являются источниками листериоза и сальмонеллеза (190,191).

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

Беременной пациентке группы высокого риска ПЭ рекомендовано назначить пероральный прием #ацетилсалициловой кислоты** с 12 недель беременности до 36 недель беременности по 150 мг/день (123,124). [1] Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 1). Комментарий: К группе высокого риска развития ПЭ относятся пациентки с указанием на раннюю и/или тяжелую ПЭ в анамнезе.

Беременной пациентке с беременностью, наступившей в результате ВРТ, рекомендовано назначение гестагенов (АТХ Половые гормоны и модуляторы половой системы) с момента трансвагинальной пункции яичников или в первые трое суток после нее (192–194). Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1) Комментарий: Назначение гестагенов пациенткам с беременностью, наступившей в результате ВРТ, производится по заключению врача акушера-гинеколога Центра ВРТ[2].

Беременной пациентке группы высокого риска самопроизвольного выкидыша рекомендовано назначить прием гестагенов с 1-го визита до 20 недель беременности (195,196). Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1). Комментарий: К группе высокого риска развития самопроизвольного выкидыша в 1-м триместре относятся пациентки с указанием на привычный выкидыш в анамнезе.

Беременной пациентке группы высокого риска ПР рекомендовано назначить прием препаратов прогестерона с 22 до 34 недель беременности (197,198) [3],[4]. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1). Комментарий: К группе высокого риска развития позднего выкидыша и ПР относятся пациентки с указанием на наличие поздних выкидышей/ПР в анамнезе.

Беременной резус-отрицательной пациентке с отрицательным уровнем антирезусных антител, не выявленными в 28 недель, рекомендовано назначить введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] в 28-30 недель беременности в дозе, согласно инструкции к препарату, внутримышечно (58,199).[5] Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1). Комментарии: При резус-отрицательной принадлежности крови мужа/ партнера, введение антирезусного иммуноглобулина Rho(D) в 28-30 недель не проводится. В случае неинвазивного определения резусотрицательной принадлежности крови у плода по циркулирующим в крови матери внеклеточным фрагментам плодовой ДНК, введение антирезусного иммуноглобулина Rho(D) в 28-30 недель не проводится.

Беременной резус-отрицательной пациентке с отрицательным уровнем антирезусных антител при проведении амниоцентеза или биопсии ворсин хориона рекомендовано назначить введение антирезусного иммуноглобулина Rho(D) в дозе, согласно инструкции к препарату, внутримышечно (20,200). Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4). Комментарий: Амниоцентез и биопсия ворсин хориона могут приводить к сенсбилизации матери по системе резус в случае, если кровь матери

резус-отрицательная, а кровь плода – резус-положительная (201–204).

5.3. Вакцинация во время беременности

При путешествии в тропические страны, а также в случае эпидемий, беременной пациентке рекомендовано проведение вакцинации с применением инактивированных и генно-инженерных вакцин, анатоксинов, оральной полиовакцины (205). Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5). Комментарий: Беременной пациентке противопоказано назначение живых вакцин (205) (Таблица 3).

Беременная пациентка подписывает информированное добровольное согласие на проведение вакцинации.

Вакцинация во время беременности (205) а – живая вакцина, противопоказана во время беременности в – беременность должна планироваться не ранее, чем через 3 месяца после вакцинации Организация оказания медицинской помощи

Показания для госпитализации в акушерско-гинекологический стационар:

1. Развитие родовой деятельности.
2. Излитие или подтекание околоплодных вод.
3. Кровянистые выделения из половых путей, свидетельствующие об угрозе выкидыша.
4. Признаки угрожающих ПР.
5. Признаки ПОНРП. 6.

Признаки ИЦН.

7. Рвота беременных > 10 раз в сутки и потеря массы тела > 3 кг за 1-1,5 недели при отсутствии эффекта от проводимой терапии.

8. Однократное повышение диастолического АД ≥ 110 мм рт. ст. или двукратное повышение диастолического АД ≥ 90 мм рт. ст. с интервалом не менее 4 часов.

9. Повышение систолического АД ≥ 160 мм рт. ст.

10. Протеинурия (1+).

11. Симптомы полиорганной недостаточности (головная боль, нарушения зрения, боли в эпигастрии, рвота, симптомы поражения печени, олигоанурия, 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.

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

1. После родов (см. клинические рекомендации «Послеродовая помощь и обследование»).

2. После купирования симптомов угрожающего выкидыша, угрожающих ПР, ИЦН с прогрессирующей беременностью (см. клинические рекомендации «Выкидыш в ранние сроки беременности», «Преждевременные роды и родоразрешение», «Истмико-цервикальная недостаточность»).

3. После купирования симптомов рвоты беременных с пролонгирующейся беременностью (см. клинические рекомендации «Рвота беременных»).

4. После купирования причины острого живота с пролонгирующейся беременностью.

5. После излечения острых инфекционных и воспалительных заболеваний с пролонгирующейся беременностью.

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

Наличие рубца на матке после операции кесарева сечения и расположение плаценты по передней стенке матки согласно данным УЗИ (группа высокого риска по вращению плаценты).

Кратность посещения врача акушера-гинеколога во время нормальной беременности:

Оптимальная кратность посещения врача акушера-гинеколога беременной женщиной с нормально протекающей беременностью составляет от 4 до 7 раз.

Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания

Не применимо

Приложение В.

Информация для пациентов

Беременность – это физиологический процесс, происходящий в организме женщины и заканчивающийся рождением ребенка.

Первым и самым важным пунктом в начале беременности является консультация врача акушера-гинеколога, во время которой подтверждается факт беременности и определяется ее срок, проводится общий и гинекологический осмотр, также составляется план дальнейших обследований, осмотров, и даются рекомендации по образу жизни, питанию, назначаются необходимые витамины и лекарственные препараты (при необходимости).

Кратность посещения врача акушера-гинеколога беременной женщиной с нормально протекающей беременностью составляет от 7 до 10 раз.

Оптимальным временем первого визита к врачу является 1-й триместр беременности (до 10 недель). Вы должны четко соблюдать все рекомендации врача, своевременно проходить плановое обследование, соблюдать рекомендации по правильному образу жизни во время беременности, а именно: избегать работы, связанной с длительным стоянием или с излишней физической нагрузкой, работы в ночное время и работы, вызывающей усталость, избегать физических упражнений, которые могут привести к травме живота, падениям, стрессу:

занятий контактными видами спорта, различных видов борьбы, видов спорта с ракеткой и мячом, подводного погружения, быть достаточно физически активной, ходить, делать физическую зарядку для беременных в течение 20-30 минут в день (при отсутствии жалоб и противопоказаний),

при путешествии в самолете, особенно на дальние расстояния, одевать компрессионный трикотаж на время всего полета, ходить по салону, получать обильное питье, исключить алкоголь и кофеин, при путешествии в автомобиле использовать специальный трехточечный ремень безопасности, сообщить врачу о планируемой поездке в тропические страны для проведения своевременной вакцинации,

правильно и регулярно питаться: потреблять 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 метилртутью (например, тунец, акула, рыба-меч, макрель), снизить потребление пищи, богатой витамином А (говяжьей, куриной утиной печени и продуктов из нее), ограничить потребление кофеина менее 300 мг/сутки (1,5 чашки эспрессо 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 кровянистых 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 выявление 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.