

**ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

П Р И К А З

Россия, 160000, г. Вологда, ул. Предтеченская, 19
тел.(817-2) 72-14-25,
факс (817-2) 72-02-67

09.07.2010 № 753

«Об утверждении алгоритмов ведения
нормальной беременности и нормальных
родов»

В соответствии с п. 2.3.3 Положения о департаменте здравоохранения Вологодской области, утвержденного постановлением Правительства Вологодской области от 26.04.2010 г. № 458 и с целью обеспечения доступной и качественной медицинской помощью беременных женщин, рожениц и родильниц

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить «Алгоритм ведения нормальной беременности» (приложение № 1).
2. Утвердить «Алгоритм ведения нормальных родов» (приложение № 2).
3. Рекомендовать руководителям органов и учреждений здравоохранения городов и муниципальных районов области, главным врачам областных лечебно-профилактических учреждений обеспечить оказание медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам при нормально протекающей беременности и родах согласно приложениям настоящего приказа.
4. Начальнику отдела охраны материнства, детства и противоэпидемической работы департамента здравоохранения области Волождиной Е.Л. организовать проведение областного совещания для врачей акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров по вопросу порядка оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и новорожденным детям на территории Вологодской области - в срок до 20 октября 2010 года.
5. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя начальника департамента здравоохранения области А.И. Попугаева.

Начальник департамента

А.А. Колинко

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Определение

Беременность высокого риска – беременность, которая с большой вероятности потребует в дальнейшем или потребовала уже вмешательство специалистов. Следовательно, все остальные беременности предлагается отнести к беременностям низкого риска, нормальным или неосложненным беременностям.

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

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

Все беременные имеют право отказаться вообще или отложить на время какие-то исследования. Показания для их назначения должны быть абсолютно понятны пациентам.

Ведение беременности может осуществлять врач акушер-гинеколог или подготовленная акушерка в муниципальной женской консультации или медицинском учреждении любой другой формы собственности, имеющее на это соответствующую лицензию.

Количество и частота посещений определяется потребностями самой женщины или течением настоящей беременности, но не менее 4-х. Продолжительность каждого посещения так же определяется желаниями пациентки, при этом продолжительность первого, а так же явок, посвященных обсуждению результатов обследования, заведомо должна быть больше, чем обычных, очередных явок.

МКБ-Х

Z32 – обследование и тесты для установления беременности:

Z32.0 – беременность (еще) не подтвержденная;

Z32.1 – беременность подтвержденная.

Z33 – состояние, свойственное беременности.

Z34 – наблюдение за течением нормальной беременности:

Z34.0 – наблюдение за течением нормальной первой беременности;

Z34.8 – наблюдение за течением другой нормальной беременности;

Z34.9 – наблюдение за течением нормальной беременности неуточненной.

Z35 – наблюдение за течением беременности, подверженной высокому

рisku:

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 высокому риску вследствие социальных проблем;

Z35.8 – наблюдение за течением беременности у женщины, подверженной другому высокому риску;

Z35.9 – наблюдение за течением беременности, подверженной высокому риску неуточненного характера.

Оценка степени риска

Распределение беременных женщин по группам низкого и высокого риска необходима для оказания своевременной и адекватной помощи, прежде всего женщинам, вошедшим в группу высокого риска.

Ни о какой беременности нельзя сказать, что нет вероятности возникновения тех или иных осложнений. Всегда есть вероятность изменений процесса к худшему. Тем не менее, рассматривать беременность пессимистично не следует. К беременности всегда изначально надо относиться как к нормальной (физиологической), но медработникам следует быть бдительными в отношении признаков имеющейся или грозящей опасности. Таким образом, в настоящее время основными принципами перинатального ухода должны являться:

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

Формализованная оценка степени перинатального риска, основанная на подсчете баллов (тем более суммирование этих баллов по триместрам) за определенные факторы риска не должна больше использоваться, так как слишком часто приводит к необоснованным вмешательствам, не изменяя при этом перинатальные исходы. Вместо этого предлагается перейти **от помощи, ориентированной на риск, к помощи, ориентированной на проблему.**

Образ жизни

Работа во время беременности

- нет никаких оснований для рекомендации прекращения работы при неосложненной беременности, но необходимо исключить тяжелые физические нагрузки, например, перенос тяжестей, и контакт с агрессивными жидкостями и газами;
- при первом визите необходимо предоставить всю имеющуюся юридическую информацию о льготах, правах, пособиях для всех беременных женщин, как имеющих постоянное место работы, так и домашних хозяек, и их семей;
- необходимо объяснить значение и составляющие родового сертификата, сроки его выдачи;
- при подтверждении наличия беременности выдать справку для предоставления по месту работы или учебы для изменения расписания работы или ее характера – исключение ночных или продолжительных смен, перевод на легкий труд;
- в течение наблюдения, заранее обсудить вопросы выдачи больничного листа, сроки, условия.

Занятия физической культурой и спортом

- нет никаких оснований для ограничений занятий физкультурой и спортом во время неосложненной беременности;
- необходимо предупредить беременную женщину о потенциальной опасности некоторых видов спорта, например: все виды единоборств, горнолыжный, парашютный, автомобильный спорт, дайвинг и т.д., так как они представляют большой риск абдоминальной травмы и могут вызвать повреждение плода.

Сексуальная жизнь

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

Курение

- необходимо предоставить информацию о связи между курением во время беременности и риском рождения маловесного ребенка и преждевременных родов.
- организовать работу по прекращению, или, по крайней мере, снижению количества потребляемых сигарет, которая может включать в себя индивидуальное консультирование или групповые занятия, раздачу специальной литературы или фильмов.

Необходима государственная политика по пропаганде вреда курения. Наибольший успех приносят специальные программы по снижению распространенности курения. Врачи и акушерки, наблюдающие за беременными, должны быть самыми активными ее участниками.

Алкоголь

- доказано негативное влияние алкоголя на плод в дозе превышающей 1 стандартную дозу (15 мл чистого спирта в день или до 30 мл крепких спиртных напитков или небольшой бокал некрепленого вина или около 300 мл светлого пива);
- необходимо убедить пациентку о полном прекращении приема алкоголя в антенатальный период или приема не более 1 стандартной дозы алкоголя один или два раза в неделю.

Наркотики

- доказано негативное влияние любых наркотиков на плод;
- необходимо убедить пациентку о полном прекращении приема наркотиков;
- предложить специализированную медицинскую помощь.

Беременные женщины курящие, принимающие наркотики или алкоголь должны быть наиболее опекаемы специалистами антенатального ухода. Необходимо использовать все имеющиеся ресурсы для помощи данной категории пациенток.

Воздушные путешествия

- необходимо предоставить информацию, что длительные перелеты опасны развитием венозного тромбоза, для профилактики которого рекомендуется использование компрессионных чулков или бинтов во время полета;
- никаких других влияний на беременность не отмечено;
- большинство компаний-авиаперевозчиков имеют ограничения в зависимости от срока беременности (чаще всего не допускают к полету после 34-36 недель).

Поездки на автомобиле

- необходимо напомнить об обязательном использовании ремней безопасности, причем сам ремень должен располагаться ниже или выше живота (в идеале должны использоваться специальные устройства с 2-мя ремнями).

Туристические путешествия

- необходимо напомнить беременным женщинам о важности приобретения соответствующей страховки при выезде за рубеж или наличия полиса обязательного медицинского страхования при всех поездках по России;
- предложить консультацию перед планированием поездки у своего специалиста, акушерки или врача, наблюдающих за беременностью.

Витамины и микроэлементы

Добавление в рацион питания искусственных витаминов при беременности необходимо крайне редко. Только при крайне нерациональном питании, а также в регионах, где население голодает, применение витаминов оказалось эффективным.

- рутинное применение фолиевой кислоты в дозе 400 мкг ежедневно в период до зачатия и в первые 12 недель беременности, достоверно снижает риск развития у плода дефектов нервной трубки (анэнцефалия, spina bifida), необходимо рекомендовать всем женщинам прием фолиевой кислоты;
- нет никаких оснований для рутинного использования фолатов для профилактики анемии;
- рутинное применение препаратов железа не показано из-за отсутствия эффекта на перинатальные исходы, уменьшая при этом количество беременных с уровнем Hb < 100 г/л к моменту родов, но часто вызывая побочные эффекты: раздражение желудка, запор или диарею;
- ежедневная доза витамина А более 700 мкг может иметь тератогенный эффект, поэтому рутинные добавки витамина А должны быть исключены. Кроме этого беременная должна иметь информацию о продуктах, содержащих повышенную концентрацию витамина А, например, печень или продукты из нее;
- нет данных, позволяющих рекомендовать дополнительное назначение витамина D из-за отсутствия явных преимуществ его применения;
- дополнительное назначение йода показано в регионах с высоким уровнем заболеваемости эндемическим кретинизмом.

Травы, травяные настойки и настои так же являются лекарствами, поэтому не должны приниматься без назначения врача. Безопасность подобных препаратов, как для будущего ребенка, так и для здоровья самой беременной женщины неизвестны.

Лекарственные препараты

Желательно исключить применение любых препаратов во время беременности, кроме случаев опасных для жизни и здоровья пациентки.

- любой врач, назначая лечение женщине репродуктивного возраста, должен задуматься о возможной беременности;
- практически ни один из лекарственных препаратов не может быть классифицирован как тератогенный или нетератогенный без анализа дозирования, продолжительности применения, гестационного срока;
- очень немногие лекарственные препараты прошли тестирование безопасности их применения во время беременности, то есть могут быть признаны полностью безопасными;
- наиболее опасными сроками по влиянию лекарственных средств на плод являются 15-56-й дни после зачатия, за исключением гипотензивных препаратов из группы ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (например: капотен, гоптен, ренитек) и антагонистов рецепторов АТ II (например: лозартан, эпросартан), применение которых во 2-м и 3-м триместрах может привести к маловодию из-за нарушений развития и функционирования почек плода;

- желательное назначение при беременности уже проверенных препаратов, стараться исключить применение новых, только что появившихся на фармацевтическом рынке;
- желательное использование минимально эффективных доз в минимально короткие сроки;
- при наличии хронических экстрагенитальных заболеваний у беременной лечение (выбор препарата, дозы, кратность приема, продолжительность курса) должно назначаться совместно с соответствующим узким специалистом.

Медицинские специалисты должны ясно представлять физические и психологические изменения в организме будущих родителей и этапы развития плода, что бы предоставить правильную информацию и консультативную помощь при необходимости

Дискомфортные состояния во время беременности

Беременность – не болезнь. Безусловно, соглашаясь с этим утверждением, тем не менее, надо признать, что существует достаточно много симптомов, которые в другой ситуации, у небеременной женщины, могли бы быть приняты за проявление болезни. Сами по себе эти состояния не опасны для нормального развития плода и не приводят к каким-либо осложнениям, но дискомфорт, который испытывает беременная, сказывается, иногда значительно, на ее работоспособности, настроении, общем восприятии беременности. Уменьшение влияния этих симптомов является важной составляющей антенатального ухода. Медицинский работник не должен ограничиваться фразами: «Это все норма, не волнуйтесь!» или «Это не представляет опасности для Вашего ребенка» и т.д. Только качественно проведенное консультирование, возможно, неоднократное, сможет по-настоящему помочь пациентке.

Тошнота и рвота, кроме случаев чрезмерной рвоты беременных (МКБ-Х – O21)

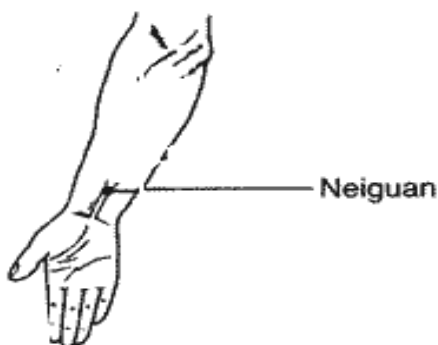
- причина неизвестна;
- наиболее часто проявляется при многоплодной беременности;
- тошнота встречается в 80-85 % случаев всех беременностей, рвота – до 52%;
- тяжелые случаи – чрезмерная рвота, приводящая к обезвоживанию и электролитным расстройствам – встречаются не чаще чем 3-4 случая на 1000 беременностей, и требует стационарного лечения;
- 34% женщин отмечают появления неприятных симптомов в течение 4 первых недель после последних месячных, 85 % – в течение 8 недель;
- около 90% отмечают уменьшение симптомов к 16-20-й неделям беременности;
- остальные отмечают неприятные симптомы тошноты по утрам в дальнейшем;
- не оказывает никакого влияние на исходы беременности, развитие плода, но может значительно повлиять на качество жизни пациентки.

Советы женщинам:

- рано утром съешьте несколько сухих крекеров или кусочек хлеба;
- избегайте острой и жирной пищи;
- ешьте чаще и небольшими порциями.

Лечение:

- нефармакологическое:
 - имбирь в виде порошков или сиропа по 250 мг 4 раза в день – снижение тяжести тошноты и рвоты после 4-х дней приема;
 - акупрессура точки Neiguan (примерно на 3 поперечных пальца выше запястья).



- фармакологическое:
 - антигистаминные – прометазин (дипразин, пипольфен), необходимо предупредить пациентку о возможной сонливости, как побочном эффекте;
 - метоклопрамид (церукал) из-за неизвестной безопасности не может быть рекомендован как препарат первой линии и может назначаться в особо тяжелых случаях;
 - есть данные об эффективности витамина В, но не ясна его токсичность, поэтому на данный момент не может быть рекомендован к применению;
 - есть данные об эффективности витамина В₁₂, но не доказана безопасность его применения.

Изжога

- патогенез не ясен, возможно, связана с гормональным статусом, изменяющим активность желудка, вызывающий гастро-пищеводный рефлюкс;
- частота зависит от гестационного срока: в 1 триместре встречается до 22%, во 2-м – 39%, в 3-м – до 72%;
- не оказывает никакого влияние на исходы беременности, развитие плода, но может повлиять на качество жизни пациентки.

Советы женщинам:

- ешьте чаще и небольшими порциями;
- избегайте острой и жирной пищи;
- избегайте употребления кофе и газированных напитков, содержащих кофеин;
- не ложитесь и не наклоняйтесь после еды;

- во время сна Ваша голова должна находиться на высокой подушке;
- при изжоге выпейте молоко или кефир либо съешьте йогурт.

Лечение:

- антацидные препараты могут быть использованы в случаях, когда изжога продолжает беспокоить, несмотря на изменение образа жизни и диеты.

Запоры

- может быть связана с уменьшением потребления пищи богатой клетчаткой, а также с влиянием прогестерона на активность желудка и, как следствие, увеличением продолжительности эвакуации из него пищи;
- частота снижается с увеличением гестационного срока: в 14 нед. – 39%, в 28 нед. – 30%, в 36 нед. – 20%.

Советы женщинам:

- выпивайте не менее 8 стаканов воды и других жидкостей в сутки;
- употребляйте продукты, богатые пищевыми волокнами, например, зеленые овощи и каши с отрубями (пшеница и отруби в 5 раз снижают частоту запоров).

Лечение:

- в случаях, когда использование физиологических способов не помогает, обосновано назначение слабительных, увеличивающих объем жидкости в кишечнике (морская капуста, льняное семя, агар-агар) и размягчающих стул (пактулоза), а также смягчающих консистенцию стула (докузат натрия). Доказана их безопасность при длительном применении во время беременности и кормления грудью;
- если эти группы слабительных препаратов не приводят к улучшению состояния в короткие промежутки времени показано назначение раздражающих слабительных (бисакодил, препараты сены);
- солевые слабительные и смазки (минеральные масла) не должны использоваться во время беременности.

Геморрой

- 8-10 % беременных предъявляют характерные жалобы в 3-м триместре;
- возникновению способствует как сама беременность, так и уменьшение в рационе питания грубой пищи.

Советы женщинам:

- изменение в диете – увеличение доли грубой, волокнистой пищи;
- при сохранении клинических симптомов возможно использование обычных противогеморроидальных кремов;
- хирургическое лечение во время беременности используется крайне редко.

Варикозное расширение вен

Советы женщинам:

- сообщите женщинам, что это распространенный симптом, не приносящий вреда, кроме эстетических проблем, чувства общего дискомфорта, иногда зуд;

- компрессионные эластичные чулки могут уменьшить отеки ног, но не являются профилактикой варикозного расширения вен.

Боли в спине

- распространенность высока – от 35% до 61% беременных предъявляют жалобы на боли в нижней части спины;
- 47–60% пациенток сообщили о первых симптомах в период с 5-го по 7-й месяцы беременности;
- у большинства интенсивность боли увеличивается к вечеру;
- боли связаны с изменением осанки беременных, массой беременной матки и расслабления поддерживающих мышц, как результат действия релаксина;
- не является признаком болезненного состояния, например, симптомом угрозы прерывания беременности, но значительно влияет на активность беременной в дневное время и невозможность полноценного ночного отдыха.

Советы женщинам:

- носите обувь без каблуков;
- избегайте поднятия тяжестей, если Вам приходится поднимать тяжести, сгибайте колени, а не спину;
- могут быть полезны упражнения в воде, массаж, индивидуальные или групповые занятия в специальных группах.

Судороги в ногах

- причины не ясны;
- беспокоят почти 50% беременных женщин, чаще в ночное время в последние недели беременности;
- не являются признаками какого-либо заболевания, но вызывают значительное беспокойство у женщин;
- нет никаких оснований для назначения препаратов Mg, Na, Ca, так как доказательства их эффективности отсутствуют;
- во время приступов целесообразны массаж и упражнения на растяжение мышц.

Влагалищные выделения

- количество и качество влагалищных выделений во время беременности меняется, чаще женщины обращают внимание на увеличение количества выделений, что в большинстве случаев не является признаком заболевания;
- жалобы на неприятный запах, зуд, болезненность могут быть симптомами бактериального вагиноза, трихомонадного вагинита или молочницы (кандидозного кольпита);
- иногда эти же признаки связаны с физиологическими или патологическими состояниями, такими как дерматоз вульвы и аллергические реакции;
- вагинальный кандидоз не оказывает влияния на беременность, нет связи с заболеваниями плода, поэтому скрининг и активное выявление женщин не имеет никакого смысла;

- однако при появлении жалоб наилучшим лечением является назначение имидазолов (миконазол (Гинезол 7, Гино-дактарин, Клион-Д 100) или клотримазол (Антифунгол, Йенамазол 100, Кандибене, Канестен, Канизон, Клотримазол) недельным курсом;
- безопасность и эффективность лечения препаратами per os для вагинального кандидоза не известна, поэтому эта группа лекарств назначаться не должна.

Советы женщинам:

- некоторое увеличение и изменение влагалищных выделений обычно характерно для нормальной беременности;
- в случаях появления неприятного запаха, зуда, болезненности необходимо обратиться к медицинскому специалисту для дополнительного обследования.

Клиническое обследование беременных женщин

Вес, рост, индекс массы тела (ИМТ)

- понятие нормы увеличения веса как во время беременности в целом, так и по неделям, месяцам и триместрам очень индивидуальна;
- так называемая патологическая прибавка веса за определенный период беременности не должна использоваться в качестве критерия оценки течения беременности и постановки диагноза каких-либо осложнений (например, преэклампсии) или прогнозирования рождения маловесных детей из-за крайне низкой прогностической ценности этого показателя с одной стороны, и вызывающим значительное беспокойство у беременной женщины с другой;
- вес и рост женщины должны быть определены во время первого визита для подсчета ИМТ;
- $ИМТ = \text{вес (кг)} / \text{рост (м)}^2$ в квадрате:
 - низкий ИМТ – <19,8
 - нормальный – 19,9-26,0
 - избыточный – 26,1-29,0
 - ожирение – >29,0
- большего внимания заслуживают пациентки с ИМТ, отличным от нормального, особенно с низким и ожирением.
-

Обследование молочных желез

- рутинный осмотр молочных желез проводится для выявления онкопатологии;
- специальная подготовка к грудному вскармливанию во время беременности не проводится.

Гинекологическое обследование

(может быть отложено до второго посещения, если пациентка не готова)

Осмотр в зеркалах:

- оценка шейки матки (формы, длины);
- анализ на онкоцитологию (мазок);

- при наличии патологических изменений на шейке пациентке должно быть предложено проведение кольпоскопии.
- **Бимануальное исследование** рутинно может не проводиться, так как точность подтверждения наличия беременности или уточнения срока гестации низка, диагностика внематочной беременности требует обязательного использования дополнительных исследований, распространенность объемных образований в малом тазу (кист) мала. Тем более что беременной женщине будет предложено пройти УЗИ в 1-м триместре, которое и будет являться более качественным и точным методом для определения и подтверждения всех описанных выше диагнозов.

Гематологический скрининг

- **Анемия**
 - низкий и высокий уровень Hb повышают риск рождения маловесных детей и преждевременных родов;
 - наиболее частая причина анемии во всем мире – недостаток железа в организме беременной;
 - с одной стороны – это следствие повышенного расхода железа, вследствие роста плода, с другой – относительно большое увеличение объема плазмы крови (до 50%) и меньшее увеличение объема эритроцитов (до 20%); другие причины анемии – талассемия или серповидноклеточная анемия достаточно редки в России;
 - нормой для беременности в 1-м и 3-м триместрах рекомендуется считать уровень Hb > 110 г/л, во 2-м триместре по причине физиологической анемии (максимальное относительное увеличение объема плазмы к объему эритроцитов) > 105 г/л;
 - уровень Hb < 70 г/л относится к тяжелой степени анемии, требующей обязательного лечения;
 - при скрининговом исследовании на анемию в ОАК достаточно определения только уровня Hb;
 - определение уровня Hb должно проводиться 2 раза в течение беременности – при постановке на учет и в 28-30 недель;
 - при этом рутинное применение препаратов железа при нормальных или умеренно сниженных (100 г/л) уровнях Hb не привело к улучшению перинатальных показателей, заболеваемости и смертности, как среди беременных, так и среди детей, при этом уменьшило количество пациенток с уровнем Hb < 100 г/л к моменту родов. Отмечена большая толерантность беременных с умеренным снижением уровня Hb к послеродовой кровопотере;
 - при наличии показаний препараты железа (сульфат) должны назначаться per os продолжительным курсом не менее 3-х месяцев с индивидуально подобранной дозой.
- **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, информация о результатах в обязательном порядке заносится в обменную карту или иной документ, постоянно находящийся на руках 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, затем 1 раз в месяц, в 26-27 недель (при отрицательном результате первого анализа) для своевременного проведения профилактики анти-D-иммуноглобулином, далее с 28 недель 1 раз в 2 недели, кроме случаев Rh-отрицательной принадлежности будущего отца;
- 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.

Скрининг патологии плода

• Скрининг на синдром Дауна

- распространенность в популяции – 6,2 на 10000 беременностей (1:1613);
- 80% детей с синдромом Дауна имеют тяжелые расстройства интеллекта, остальные 20% могут иметь средние или вовсе не иметь подобных расстройств;
- распространенность синдрома зависит от возраста матери:
 - в 20 лет – 1 на 1,440 беременностей;
 - в 35 лет – 1 на 338;
 - в 45 лет – 1 на 32;
- скрининг на синдром Дауна достаточно эффективен, однако не следует настаивать, если женщина отказывается от проведения теста;
- 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;
- необходимо также иметь высококачественное стандартное оборудование для ультразвукового сканирования, опытных сотрудников, а также возможность мониторинга эффективности тестирования;
- если эти условия соблюдены, рекомендуется проведение комплексного (интегрированного) тестирования, которое включает УЗИ на 11-14 неделях беременности для измерения толщины воротникового пространства, а также серологические тесты на 11-14 и 14-20 неделях; в настоящее время скрининг - на 16-19 неделях беременности;
- положительные результаты комплексного тестирования являются показанием для проведения амниоцентеза (риск прерывания беременности до 1 %). Кроме этого, следует, учитывать, что вероятность выявления патологии (чувствительность) при комплексном тестировании составляет 90%, а вероятность ложноположительного результата – 2,8%. То есть, на каждые девять

выявленных плодов с синдромом Дауна приходится один здоровый плод, ошибочно занесенный в разряд больных;

- при подтверждении наличия патологии инвазивными тестами и кариотипированием женщине предлагается прервать беременность желательно, в стационаре 3-го уровня.

• **Скрининг структурных аномалий**

- предлагается всем беременным в сроке 22-24 недель, при этом какая-то часть грубых структурных аномалий, например, анэнцефалия может быть выявлена при проведении первого УЗИ;
- качество скрининга (% выявленных аномалий) зависит от:
 - гестационного срока;
 - анатомической системы плода, в которой определяются аномалии;
 - опыта и навыков исследователя;
 - качества аппаратуры;
 - продолжительности исследования (в среднем на выполнение протокола УЗИ должно затрачиваться 30 мин);
- при подозрении на наличие структурных аномалий беременной предлагается пройти более детальное обследование в региональном консультационном центре.

Скрининг инфекций

• **Характеристики успешной программы скрининга:**

- заболевание должно быть общественной проблемой здоровья;
- история заболевания хорошо известна;
- тесты скрининга точны и достоверны;
- доказана эффективность лечения;
- программы скрининга оправдывают затраченные материальные средства.

Большинство инфекций, диагностируемых во время беременности, не заслуживают особого беспокойства, так как в большинстве случаев не влияют на течение беременности, риск внутриутробного или интранатального заражения. Поэтому, тем, кто ведет беременную женщину, важно не применять по отношению к беременности ненужных ограничений и не тратить необдуманно имеющиеся ресурсы

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

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

Не следует госпитализировать женщину для лечения кроме случаев, если амбулаторное лечение невозможно. Само по себе пребывание в больнице может представлять риск и для матери, и для ребенка (прежде всего, внутрибольничные инфекции).

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

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

• Бессимптомная бактериурия

- распространенность – 2-5% беременностей;
- увеличивает риск преждевременных родов, рождения маловесных детей, острых пиелонефритов у беременных (в среднем, развиваются у 28-30% среди не получавших лечения по поводу бессимптомной бактериурии);
- определение – наличие колоний бактерий – $>10^5$ в 1 мл средней порции мочи, определяемом культуральным методом (золотой стандарт) без клинических симптомов острого цистита или пиелонефрита;
- диагностическое исследование – посев средней порции мочи - должно предлагаться всем беременным, как минимум, один раз, при постановке на учет;
- для лечения могут применяться нитрофураны, ампициллин, сульфаниламиды, цефалоспорины 1-го поколения, которые в исследованиях показали одинаковую эффективность;
- лечение должно быть непрерывным при беременности при получении положительных результатов посевов, критерий успешного лечения – отсутствие бактерий в моче;
- однократная доза антибактериальных средств также эффективна как 4-х и 7-и дневные курсы, но из-за меньшего количества побочных эффектов должны использоваться именно одноразовые;
- логично использовать препараты, на которые установлена чувствительность;
- лечение тяжелых форм инфекции МВС (пиелонефрита) должно проводиться в профильном стационаре (урологическом).

• 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 (2 раза за беременность) необходимо предлагать всем беременным для 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.

• Гепатит С

- является одной из главных причин цирроза печени, гепатоцеллюлярной карциномы, печеночной недостаточности;
- нет эффективных методов профилактики и лечения – поэтому логично предложение не проводить рутинное обследование на гепатит С, возможно, более целесообразно исследовать только группу риска (потребители в/в наркотиков наркотиков, имеющие переливание крови и ее компонентов в анамнезе, асоциальные и т.д.);
- пациентки – носители вируса гепатита С не представляют опасности в быту для персонала и других женщин, равно как и для своих детей, поэтому не должны изолироваться в антенатальном и послеродовом периодах.

• Бактериальный вагиноз

- бессимптомное течение наблюдается у 50% беременных женщин;
- результаты РКИ доказывают, что проведение скрининга и лечение здоровых беременных (не предъявляющих жалоб) по поводу вагинального дисбактериоза не снижает риск преждевременных родов или иных осложнений, например, преждевременного разрыва плодных оболочек;
- у женщин с наличием в анамнезе преждевременных родов лечение не влияло на риск повторения преждевременных родов; однако оно, возможно, снижает риск преждевременного разрыва плодных оболочек и вероятность рождения ребенка со сниженной массой тела;
- для постановки диагноза «бактериальный вагиноз» должны присутствовать как минимум три или четыре признака:
 - негустые, белые однородные выделения;
 - наличие ключевых клеток в мазке;
 - рН вагинального секрета $>4,5$;
 - наличие «рыбного» запаха при добавлении щелочи в вагинальный секрет (аминный тест);
- показаниями для назначения лечения является наличие клинической симптоматики, прежде всего жалобы женщины на зуд, жжение, покраснение в области вульвы, обильные выделения с неприятным запахом;
- лечение – метронидазол в течение 7 дней (per os или местно), однако безопасность для плода не доказана при сроке до 13 недель беременности.

- **Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ)**

- риск вертикальной трансмиссии зависит от уровня вирусной нагрузки беременной и состояния иммунитета;
- риск вертикальной трансмиссии без проведения профилактики в развитых странах составляет 15-25%;
- 3-х этапная профилактика:
 - химиопрофилактика во время беременности и родов;
 - элективное кесарево сечение до начала родовой деятельности, при безводном периоде <4 часов;
 - отказ от грудного вскармливания снижает риск вертикальной трансмиссии 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 недели беременности);
- 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 женщиной, обязаны активно помогать формированию приверженности к лечению;
- часть пациенток с ВИЧ (+) статусом, относятся к группе социально дезадаптированных, поэтому им должно быть оказано повышенное внимание в вопросах возможного домашнего насилия, курения, алкоголизма, наркомании;
- пациентки-носители не представляют опасности в быту для персонала и других женщин, равно как и для своих детей, поэтому не должны изолироваться в антенатальном и послеродовом периодах.

- **Краснуха**

- заболевание не представляет опасности для матери;
- имеется риск дефектов развития у плода, если у матери возникают симптомы инфекции до 16-й недели беременности;
- для профилактики наиболее эффективна государственная программа универсальной всеобщей вакцинации детей первого года жизни и девочек-подростков, а также женщин в послеродовом периоде;
- скрининг необходимо предлагать всем беременным во время первого посещения, не имеющим документального подтверждения о вакцинации;
- случайная вакцинация женщин, в последующем оказавшимися беременными не является показанием для прерывания беременности из-за безопасности для плода живой вакцины;
- женщины с подозрением развития инфекции краснухи должны быть изолированы от других беременных (или потенциально беременных) женщин, но

после исчезновения клинических признаков инфекции опасности для других не представляют.

- **Хламидиоз**

- наиболее распространенная ИППП в европейском регионе;
- увеличивает риск преждевременных родов, ЗВУР, неонатальной смертности;
- передача от матери к ребенку приводит к неонатальным конъюнктивитам и пневмонии в 30-40% случаев;
- необходимо предоставить сведения о методах профилактики конъюнктивита во время родов – закладывание тетрациклиновой или эритромициновой мази в конъюнктивы новорожденного к концу первого часа после родов;
- скрининг на бессимптомный хламидиоз не должен предлагаться, так как нет достоверных доказательств их эффективности и рентабельности;
- «золотой стандарт» диагностики хламидиоза – проведение ПЦР;
- лечение неосложненной генитальной хламидиозной инфекции при беременности (амбулаторно):
 - эритромицин 500 мг четыре раза в день в течение 7 дней или
 - амоксицилином 500 мг три раза в день в течение 7 дней или
 - азитромицин или клиндамицин.

- **Цитомегаловирусная инфекция (ЦМВ)**

- ЦМВ остается наиболее важной причиной врожденных вирусных инфекций в популяции;
- риск передачи ЦМВ инфекции почти исключительно связан с первичным инфицированием (1-4% всех женщин);
- два возможных варианта течения ЦМВ инфекции среди новорожденных, инфицированных от матерей до рождения:
 - генерализованная инфекция (10-15% инфицированных плодов) - от умеренного увеличения печени и селезенки (с желтухой) до гибели. С поддерживающим лечением большинство новорожденных с ЦМВ заболеванием выживают. Несмотря на это от 80% до 90% из этих новорожденных имеют осложнения в первые годы жизни, которые могут включать потерю слуха, ухудшение зрения и разной степени задержку умственного развития;
 - бессимптомная форма (90% всех инфицированных плодов) – в 5-10% случаев могут развиваться разной степени слуховые, умственные или координационные проблемы;
- риск осложнений у женщин, которые были инфицированы как минимум за 6 месяцев до оплодотворения не превышает 1%;
- рутинный скрининг не должен предлагаться всем беременным из-за невозможности, практически, доказать наличие первичной инфекции, отсутствия эффективного способа лечения ЦМВ инфекции, трудностей диагностики инфицирования и поражения плода;

- прерывание беременности до 22 недель возможно в крайне редких случаях при:
 - подтвержденной первичной инфекции матери;
 - позитивных результатах амниоцентеза;
 - неспецифичные ультразвуковые данные (аномалии плода, задержка развития).

• Токсоплазмоз

- распространенность в России, в основном, низкая, поэтому рутинный скрининг не предлагается;
- путь передачи от матери к ребенку – трансплацентарный, может вызвать внутриутробную гибель, ЗВУР, задержку умственного развития, дефекты слуха и слепоту;
- риск передачи в основном связан с первичной инфекцией;
- риск инфекции плода зависит от гестационного срока:
 - самый низкий (10-25%), когда мать инфицируется в первом триместре – тяжелые поражения наблюдаются до 14% случаев;
 - самый высокий (60-90%), когда мать инфицируется в третьем триместре – тяжелые поражения практически не встречаются;
- лечение - Спирамицин, Пириметамин (не рекомендуется до 18-ой недели беременности), при этом отсутствуют достоверные доказательства эффективности лечения в предупреждении врожденных инфекций и поражений плода;
- при первом посещении медицинского специалиста должна быть предоставлена информация о профилактике заражения токсоплазмозом (и других инфекций, передающихся с пищей):
 - не есть сырое и непрожаренное мясо;
 - тщательно чистить и мыть овощи и фрукты перед едой;
 - мыть руки и кухонные поверхности, посуду, после контакта с сырым мясом, овощами и фруктами, морскими продуктами, домашней птице;
 - одевать перчатки во время садоводства или контакта с землей, которые могут быть заражены фекалиями кошек. После работы необходимо тщательно вымыть руки;
 - если есть возможность, избегать прикосновения с миской или туалетом кошек, если нет помощника, всегда делать это в перчатках;
 - не выпускать кошек из дома, не брать в дом во время беременности бродячих кошек, не рекомендуется давать кошкам сырое или недостаточно обработанное мясо;
- пациентки, перенесшие токсоплазмоз не представляют опасности для персонала и других женщин, равно как и для своих детей, поэтому не должны изолироваться в антенатальном и послеродовом периодах.

• Генитальный герпес

- распространенность носительства в России в большинстве регионов высокая;
- скрининг не рекомендуется, так как результаты не меняют тактику ведения;
- поражение плода варьирует в широких пределах – от бессимптомного течения до поражения только кожи, в тяжелых случаях – поражение глаз, нервной системы, генерализованные формы;
- риск заражения новорожденного высок в случае первичного заражения матери непосредственно перед родами (до 2-х недель) (риск до 30-50%) – необходимо предложить родоразрешение путем КС;
- при рецидивах инфекции риск очень низкий (<1-3%) – рекомендовано родоразрешение через естественные родовые пути;
- герпетическая инфекция не является показанием для госпитализации женщин. Женщины, у которых обнаруживается активная форма во время родов, должны соблюдать личную гигиену при контакте с ребенком, и не должны брать в руки другого ребенка. Изоляция не требуется.

• 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 собой риск для своего ребенка;
- консультирование, лечение и контроль – у венеролога.

• Туберкулез

- принята в России характер эпидемии;
- при заражении в неонатальный период – высокий риск смертности;
- активная форма туберкулеза – показание к лечению (изониазид, рифампицин, пиразинамид и этамбутол). Эти препараты безопасны для беременных женщин и для плода;
- стрептомицин, этионамид и протионамид должны быть исключены из-за своей опасности;
- необходимо информировать будущую мать о ведении послеродового периода:
 - изоляция от ребенка не потребуется;

- грудное вскармливание возможно, применение всех противотуберкулезных препаратов в период грудного вскармливания не представляет опасности;
- необходимо продолжение полного курса лечения матери;
- ребенок должен будет получить профилактическое лечение;
- необходимо иметь информацию о жилищных условиях проживания будущего ребенка, наличия проживающих в одной квартире или доме людей с активной формой туберкулеза для своевременных мер при выписке новорожденного из родильного отделения.

Рутинный антенатальный скрининг

Рекомендуемые рутинные обследования

- АД следует измерять при каждом посещении для определения признаков гипертензии. Гипертензия является только признаком и может как свидетельствовать, так и не свидетельствовать о наличии 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.
- Манжета аппарата для измерения давления должна соответствовать окружности плеча пациентки (лучше больше, чем меньше).
- 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.
- **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.
- **Измерение высоты стояния дна матки (ВДМ)** для прогнозирования низкой массы плода при рождении. Также этот тест может быть полезен для скрининга с целью дальнейшего исследования возможной задержки развития плода. Качество этого исследования повышается при использовании гравидограммы, которая должна быть в каждой обменной карте.
- **Пальпация живота.** Определение точного положения предлежащей части плода не всегда является точным до 36 недель и может причинить женщине дискомфорт, но в 36 недель необходимо определить предлежание.
- **Осмотр состояния ног** на предмет наличия варикозного расширения вен оценивается при каждом посещении. При этом наличие отеков (за исключением сильных или быстро возникающих отеков лица или нижней части спины) не следует

рассматривать как признаки патологического состояния, поскольку отеки нижних конечностей возникают в норме у 50-80% беременных.

Рутинные обследования, которые проводить не рекомендуется, так как их эффективность отсутствует или не доказана:

- **Вес женщины.** Измерение прибавки веса при каждом посещении необоснованно, и нет необходимости советовать женщинам вносить ограничения в режим питания, чтобы ограничить прибавку веса.
- **Пельвиометрия.** Доказано, что данные ни клинической, ни рентгенологической пельвиометрии не обладают достаточной прогностической значимостью для определения несоответствия размеров головки плода и таза матери, что лучше всего выявляется при тщательном наблюдении за течением родов.
- **Рутинная аускультация сердцебиения плода** не имеет никакой прогностической ценности, так как может лишь ответить на вопрос: жив ли ребенок? Но в некоторых случаях может придать уверенности пациентке, что с ребенком все хорошо.
- **Подсчет шевелений плода.** Рутинный подсчет приводит к более частому выявлению снижения активности плода, более частому применению дополнительных методов оценки состояния плода, к более частым госпитализациям беременных и к увеличению числа индуцированных родов. Большее значение имеет не количественная, а качественная характеристика шевелений плода.
- **Рутинное УЗИ во второй половине беременности.** Изучение клинической значимости рутинных ультразвуковых исследований на поздних сроках беременности выявило увеличение количества случаев дородовой госпитализации и индуцированных родов без какого-либо улучшения перинатальных исходов. Однако доказана целесообразность УЗИ в особых клинических ситуациях:
 - при определении точных признаков жизнедеятельности или гибели плода;
 - при оценке развития плода с подозрением на ЗВУР;
 - при определении локализации плаценты;
 - подтверждении предполагаемой многоплодной беременности;
 - оценке объема амниотической жидкости при подозрении на много- или маловодие;
 - уточнении положения плода;
 - при таких процедурах, как наложение кругового шва на шейку матки или наружный поворот плода на головку.
- **Стрессовая и нестрессовая КТГ.** Отсутствуют доказательства целесообразности применения КТГ в дородовый период в качестве дополнительной проверки благополучия плода при беременностях, даже высокого риска. В 4-х исследованиях, оценивающих влияние рутинной КТГ, были получены идентичные результаты – увеличение перинатальной смертности в группе КТГ (в 3 раза!), при отсутствии влияния на частоту кесаревых сечений, рождения детей с низкой оценкой по шкале Апгар, неврологических нарушений у новорожденных и госпитализации в неонатальный ПИТ. Применение этого метода показано только при внезапном уменьшении шевелений плода или при дородовом кровотечении.

Возможный минимум посещений врача акушера-гинеколога или акушерки во время беременности

В идеальной ситуации должно быть до зачатия

1

2

до 12 недель

- Сбор анамнеза:
 - Акушерский и гинекологический анамнез:
 - сведения о менструальном цикле и методах контрацепции. Знание особенностей менструального цикла помогает точнее определить предполагаемую дату родов. При этом важно учитывать, что у принимавших пероральные контрацептивы аменорея, развившаяся после их отмены, может привести к ошибочным расчетам. Обязательно уточняют, не применялись ли внутриматочные контрацептивы (если да, то отмечают дату удаления);
 - 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. Повторные самопроизвольные аборты в I или во II триместре беременности могут указывать на наследственную патологию, истмико-цервикальную недостаточность или инфекцию;
 - если в анамнезе было кесарево сечение, обсуждают с женщиной вопрос о возможности родов через естественные родовые пути. Необходимо собрать документы о предыдущей операции.
 - Перенесенные заболевания и 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.
 - 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.

- Клинический осмотр.
- Заполнение обменной карты и карты наблюдения (желательно электронный вариант).
- Измерение веса и роста женщины, подсчет ИМТ.
- Измерение АД.
- Гинекологический осмотр (может быть отложен до второго посещения): осмотр в зеркалах, взятие мазка на онкоцитологию, микрофлору, бимануальное исследование.
- Лабораторные тесты:
 - анализ крови общий;
 - сахар крови;
 - анализ мочи общий;
 - посев мочи;
 - кровь на гепатиты В, С, ВИЧ, RW;
 - определение группы крови и Rh-фактора.
- Направление на УЗИ в 11-14 недель.
- Консультация терапевтом, специалистами по профилю при необходимости (кардиолог, эндокринолог, нефролог, уролог, окулист – с составлением плана ведения беременности и способа родоразрешения) - на 3 уровне.
- Консультирование об образе жизни, правильном питании. Назначение фолиевой кислоты 400мкг (4 таблетки по 0,001 в день до 12 недель беременности) и препаратов йода (200мкг 1 раз в день).
- Предоставление следующей информации (в том числе в письменной форме): телефоны, адреса медицинских учреждений оказывающих экстренную помощь. Информирование о поведении в экстренных ситуациях.
- Выдача буклетов, справочной литературы, книг о беременности, родах, послеродовом периоде (желательна организации специальной библиотеки для беременных).

3

14-16 недель

- Обсуждение результатов обследования. Составление индивидуального плана ведения.
- Измерение АД.
- ОАМ.
- Направление на биохимический скрининг.

4

16-19 недель

- Биохимический скрининг на хромосомную патологию.
- Направление на УЗИ в 22-24 недели.

5**22 -24 недели**

- Обсуждение результатов УЗИ.
- Измерение АД.
- Сердцебиение плода.
- Измерение ВДМ (гравидограмма).
- ОАМ (общий белок).
- Осмотр ног – отеки.

6**26 недель**

- Измерение АД.
- Измерение ВДМ (гравидограмма).
- Сердцебиение плода.
- ОАМ (общий белок).
- Отеки ног.

7**30 недель**

- Выдача больничного листа (при необходимости) и родового сертификата.
- При необходимости корректировка плана ведения, решение вопроса о плановой дородовой госпитализации на 3 уровень для родоразрешения.
- Измерение АД.
- Измерение ВДМ (гравидограмма).
- Контроль массы тела.
- Отеки ног.
- Предоставление информации о курсах подготовки к родам.
- Лабораторные тесты:
 - анализ крови общий;
 - ОАМ;
 - кровь на гепатиты В, С, RW.
 - Мазок на микрофлору влагалища.

8**32 недели**

- Обсуждение результатов обследования.
- Измерение АД.
- Измерение ВДМ (гравидограмма).
- Сердцебиение плода.
- Отеки ног.
- ОАМ (общий белок).

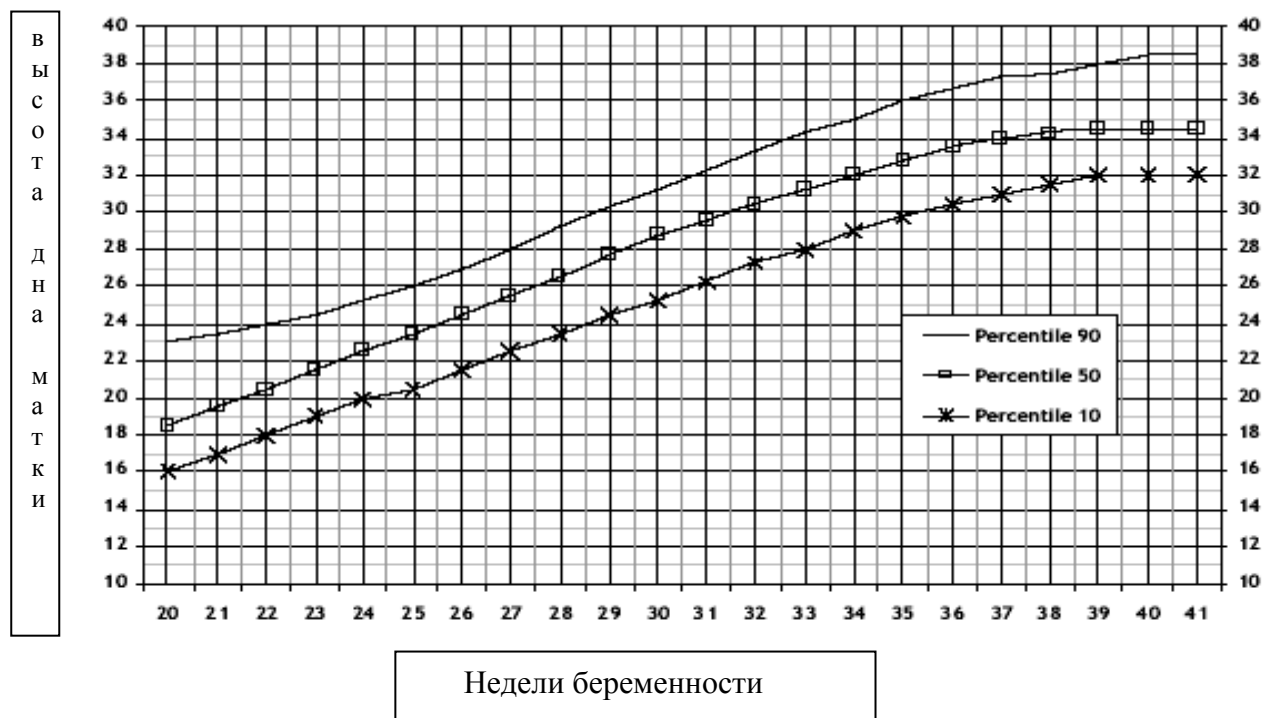
- Измерение АД.
- Измерение ВДМ (гравидограмма).
- Сердцебиение плода.
- Масса тела.
- Отеки ног.
- Кровь на ВИЧ.
- ОАМ (общий белок).
- Определение предлежащей части, при тазовом предлежании – предложение рододовой госпитализации на 3 уровень в 38 недель.
- Обсуждение места родов, организация посещения выбранного учреждения.

- Измерение АД.
- Измерение ВДМ (гравидограмма).
- Сердцебиение плода.
- Масса тела.
- Отеки ног.
- ОАМ (общий белок).
- **Тщательный анализ течения беременности, наличия экстрагенитальной патологии, течения предыдущих беременностей и родов, оценка риска преэклампсии, кровотечения в родах, послеродовых инфекций, возможной необходимости оказания неотложной и/или специализированной помощи новорожденному – для решения вопроса о родоразрешении на 2-3 уровне.**

- Измерение АД.
- Измерение ВДМ (гравидограмма).
- ОАМ (общий белок).

- Измерение АД.
- Сердцебиение плода.
- Кардиотокограмма (при изменениях на КТГ – 3 уровень)

Гравидограмма



АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ

I. При поступлении в родильный дом:

1. Изучение диспансерной книжки беременной.
2. Сбор анамнеза.
3. Обследование по системам.
4. определение группы риска.
5. Наружное акушерское исследование (измерение живота, размеров таза; четыре наружных приема акушерского исследования - определение высоты стояния дна матки, позиции плода, определение характера предлежащей части плода и отношение ее к малому тазу).
6. Аускультация сердцебиения плода.

II. Ведение первого периода родов:

1. Измерение АД, пульса с записью в истории родов и партограмме каждые 2 часа.
2. Наружное, акушерское исследование в периоде раскрытия проводится систематически и многократно; записи в истории родов должны производиться каждые два часа.
3. Подсчет частоты схваток за 10 минут и их интенсивность.
4. Влагалищное исследование (каждые 4 часа):
 - 1-е исследование для установления начала родов (имеется ли раскрытие шейки матки),
 - 2-е исследование через 4 часа или по показаниям - при излитии околоплодных вод, снижении интенсивности и частоты сокращений матки, при преждевременном появлении желаний тужиться, перед проведением анальгезии и т.д.,
 - при полном или почти полном открытии маточного зева производится амниотомия, которая также может производиться при плоском плодном пузыре (для профилактики слабости родовой деятельности).
5. После каждого влагалищного исследования пишется акушерский диагноз и заключение (оценка эффективности родовой деятельности).
6. Мониторинг частоты сердечных сокращений плода:
 - стетоскопом каждые 15-20 минут в течение 1 минуты после схватки.
7. Ведение партограммы (заполняется акушеркой).
8. Обезболивание родов:
 - немедикаментозные методы:
 - а) свободное движение роженицы в родах,
 - б) давление во время схватки,
 - в) принятие душа или ванны (при целом плодном пузыре),
 - г) массаж и поглаживание,

- д) управление дыханием,
- е) ароматерапия,
- ж) переключение внимания, музыка,
- медикаментозные средства:
 - а) системные анальгетики (анальгин, промедол),
 - б) региональная анестезия (эпидуральная).

III. Ведение второго периода родов:

1. Подготовить место для родов.
2. Подготовить оборудование и место для реанимации новорожденного.
3. Наблюдение за общим состоянием роженицы, периодический подсчет пульса, измерение температуры, артериального давления и др.
4. Аускультация сердцебиения плода после каждой потуги.
5. Наблюдение за родовыми путями - состояние нижнего сегмента матки; состояние нижних половых частей и влагалища; характер выделений из половых путей.
6. Наблюдение за продвижением головки плода.
7. В процессе родов роженица выбирает ту позицию, которая для нее удобна.
8. Женщина тужится в собственном ритме.
9. Оказание роженице акушерского пособия - при необходимости, очень бережно, не препятствуя разгибанию головки.
10. Эпизио- или перинеотомия, показания:
 - дистресс плода,
 - для укорочения потужного периода (по показаниям со стороны женщины).

IV. Ведение третьего периода родов:

1. Активная тактика ведения третьего периода родов:
 - введение 10 ЕД окситоцина в/м в течение 1 минуты после рождения ребенка,
 - раннее пережатие и пересечение пуповины к концу первой минуты,
 - контролируемое потягивание за пуповину при появлении последовой схватки или после появления признаков отделения плаценты,
 - после рождения последа провести массаж дна матки.
2. Осмотр родовых путей тампоном.
3. Зашивание травм родовых путей под местной анестезией (предпочтительно лидокаин) синтетическим рассасывающимся шовным материалом, предпочтительно с использованием в/к шва на промежности.
4. Наблюдение за женщиной в течение 2-х часов после окончания родов с записью в первый час каждые 15 мин, во второй час - каждые 30 мин.(массаж матки, контроль выделений).
5. Осмотр перед переводом в послеродовую палату врачом.

V. Уход за ребенком при рождении:

1. Акушерка не позднее, чем за 40 минут до рождения ребенка готовит необходимое оборудование и место для реанимации новорожденного.

2. Температура в родзале должна быть не менее 25 С.
3. В момент рождения ребенка акушерка и неонатолог/акушер-гинеколог оценивают состояние ребенка.
4. Акушерка обсушивает ребенка теплой пеленкой в течение первых 30 секунд после рождения, держа ребенка на своей руке или на животе у матери.
5. Мокрая пеленка сбрасывается.
6. Ребенок выкладывается матери на живот, накрывается теплой пеленкой и одеялом.
7. Надеть шапочку и носочки.
8. Акушерка накладывает зажимы на пуповину не ранее конца первой минуты.
9. Пуповина перерезается стерильными инструментами (специальной обработки пуповины не требуется).
10. Наложение на пуповину пластикового зажима или резинки проводится в удобное для акушерки время. При этом пуповина протирается стерильной марлевой салфеткой, ничем не обрабатывается. Во время данной процедуры ребенок находится в кожном контакте с матерью.
11. Ребенок осматривается неонатологом прямо на животе у матери.
12. Профилактика гонобленореи проводится после осуществления кожного и зрительного контакта.
13. Наблюдение за новорожденным в родильном зале осуществляется акушеркой:
 - проверять дыхание младенца и цвет кожных покровов каждые 15 мин в течение 1-го часа и каждые 30 мин в течение 2-го часа,
 - измерение температуры тела ребенка электронным термометром в течение первых 2-х часов каждые 30 мин в аксиллярной области (норм. температура 36,5-37,5 С),
 - если температура меньше 36,5 С - необходимо сменить пеленку, шапочку и носочки на теплые, дополнительные меры по согреванию укрыть одеялом. При этом контроль температуры проводится каждые 15 минут.
14. Данные измерения температуры внести в карту развития новорожденного.
15. Первое кормление осуществляется в первые 30-60 минут после рождения.
16. Взвешивание и измерение ребенка производится к концу второго часа после рождения.
17. Взвешивание и измерение производится под источником лучистого тепла.
18. После антропометрии измерить температуру ребенка, и лишь при условии ее нормальных показателей, завернуть ребенка в теплые пеленки, либо надеть распашонку и ползунки.
19. Если температура ниже нормы - положить обнаженного ребенка на живот матери и принять дополнительные меры для согревания.
20. Одетый ребенок передается матери.
21. Через два часа после родов мать с ребенком переводятся в послеродовую палату совместного пребывания.