

**Утвержден протоколом  
заседания Экспертной комиссии  
по вопросам развития  
здравоохранения № 18 МЗ РК  
от 19 сентября 2013 года**

**Ведение физиологической беременности**

**I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ**

**1. Название протокола:** Ведение физиологической беременности

**2. Код протокола:**

**3. Код(ы) МКБ-10:**

Z34 – наблюдение за течением нормальной беременности:

Z34.8

Z34.9

**4. Сокращения, используемые в протоколе:**

АД — артериальное давление

ВУИ — внутриутробная инфекция

ИМТ — индекс массы тела

ИППП — инфекции, передаваемые половым путем

ПМСП – первичная медико - санитарная помощь

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

УЗИ – ультразвуковое исследование

ВИЧ - Вирус иммунодефицита человека

**5. Дата разработки протокола:** апрель 2013 год

**6. Категория пациентов:** беременные женщины

**7. Пользователи протокола:** акушерки амбулаторно- поликлинической службы, ВОП, акушеры гинекологи

**8. Указание на отсутствие конфликта интересов:** интересов - разработчики не сотрудничают с фармацевтическими компаниями и не имеют конфликта интересов.

**9. Определение:** *Физиологическая беременность* – течение беременности без осложнений соответственно сроку гестации. *Беременность высокого риска* — беременность, которая с большой вероятностью потребует в дальнейшем или потребовала уже вмешательства специалистов. Следовательно, все остальные беременности предлагается отнести к беременностям *низкого риска*, нормальным или неосложненным беременностям (определение ВОЗ).

## II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

**10. Клиническая классификация:** нет

**11. Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации:** нет

**12. Диагностические критерии:** наличие сомнительных и достоверных признаков беременности.

**13. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:**

<i>I посещение – (рекомендовано в сроке до 12 недель)</i>	
<i>Консультирование</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– сбор анамнеза, выявление риска</li> <li>– выявление перенесенных инфекционных заболеваний (краснуха, гепатит) (см. Приложение А)</li> <li>– Рекомендовать школу подготовки к родам</li> <li>– Рекомендовать посещение специалиста с представителем семьи</li> <li>– Предоставлять информацию с возможностью обсуждать проблемы и задавать вопросы; предложить устную информацию, подкрепленную занятиями по подготовке к родам и печатной информацией. (см. пример Приложение Ж)</li> </ul>
Обследование:	<ul style="list-style-type: none"> <li>– росто-весовые показатели (подсчитать индекс массы тела (ИМТ) (2а); ИМТ= вес (кг) / рост (м) в квадрате:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– низкий ИМТ – &lt;19,8</li> <li>– нормальный – 19,9-26,0</li> <li>– избыточный – 26,1-29,0</li> <li>– ожирение – &gt;29,0</li> <li>– пациентки с ИМТ, отличным от нормального, направляются на консультацию к врачу акушеру-гинекологу</li> </ul> </li> <li>– измерение АД;</li> <li>– осмотр ног (варикозное расширение вен)</li> <li>– осмотр в зеркалах – оценка состояния шейки матки и влагалища (формы, длины, рубцовые</li> </ul>

	<p>деформации, варикозное расширение вен);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– внутреннее акушерское обследование;</li> <li>– рутинный осмотр молочных желез проводится для выявления онкопатологии;</li> <li>– УЗИ в 10-14 недель беременности: для пренатальной диагностики, уточнения срока беременности, выявления многоплодной беременности.</li> </ul>
<p>Лабораторные исследования:</p> <p>Обязательные:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– общий анализ крови и мочи</li> <li>– сахар крови при ИМТ выше 25,0</li> <li>– группа крови и резус-фактор</li> <li>– бак. посев мочи - скрининг (до 16 недель беременности)</li> <li>– исследование на половые инфекции только при клинических симптомах (см. Приложение А)</li> <li>– мазок на онкоцитологию (приложение)</li> <li>– ВИЧ (100% претестовое консультирование, при получении согласия - тестирование), (см. Приложение В)</li> <li>– RW</li> <li>– биохимические генетические маркеры</li> <li>– HBsAg (проводить обследование на HBsAg при внесении иммунизации иммуноглобулином новорожденного рожденного от носителя HBsAg в ГОБМП приложение В)</li> </ul>
<p>Консультация специалистов</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Терапевт/ВОП</li> <li>– Генетик при возрасте старше 35 лет, ВПР у плода в анамнезе, 2 выкидыша в анамнезе, кровнородственный брак</li> </ul>
<p>Лечебно-профилактические мероприятия:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– фолиевая кислота 0,4 мг ежедневно в течение первого триместра</li> </ul>
<p><i>II посещение - в сроке 16-20 недель</i></p>	
<p><i>Беседа</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Обзор, обсуждение и запись результатов всех пройденных скрининговых тестов;</li> <li>– выяснение симптомов осложнений данной беременности (кровотечение, подтекание околоплодных вод, шевеление плода)</li> <li>– Предоставлять информацию с возможностью обсуждения проблем, вопросов, «Тревожные признаки во время беременности» (см. пример Приложение Ж)</li> <li>– Рекомендовать занятия по подготовке к родам</li> </ul>

Обследование:	<ul style="list-style-type: none"> <li>– измерение АД</li> <li>– осмотр ног (варикозное расширение вен)</li> <li>– измерение высоты дна матки с 20 нед (нанести на гравидограмму) (см. Приложение Д)</li> </ul>
Лабораторное обследование:	<ul style="list-style-type: none"> <li>– анализ мочи на белок</li> <li>– биохимические генетические маркеры (если не проводились при первом визите)</li> </ul>
Инструментальное исследование:	<ul style="list-style-type: none"> <li>– скрининговое УЗИ (18-20 нед.)</li> </ul>
Лечебно-профилактические мероприятия:	<ul style="list-style-type: none"> <li>– прием кальция 1 г в сутки с факторами риска преэклампсии, а также у беременных с низким потреблением кальция до 40 недель</li> <li>– прием ацетилсалициловой кислоты в дозе 75 -125 мг 1 раз в сутки с факторами риска преэклампсии до 36 недель</li> </ul>
<i>III посещение - в сроке 24-25 недель</i>	
Консультирование	<ul style="list-style-type: none"> <li>– выявление осложнений данной беременности (преэклампсия, кровотечение, подтекание околоплодных вод, шевеление плода)</li> <li>– при необходимости пересмотр плана ведения беременности и направление и консультирование врача акушер – гинеколога</li> <li>– Предоставлять информацию с возможностью обсуждения проблем, вопросов, «Тревожные признаки во время беременности» (см. пример Приложение Ж)</li> </ul>
Обследование:	<ul style="list-style-type: none"> <li>– измерение АД.</li> <li>– осмотр ног (варикозное расширение вен)</li> <li>– измерение высоты дна матки (нанести на гравидограмму) (см. Приложение Д)</li> <li>– сердцебиение плода</li> </ul>
Лабораторные обследования:	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Анализ мочи на белок</li> <li>– Антитела при резус-отрицательном факторе крови</li> </ul>
Лечебно-профилактические мероприятия:	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Введение анти-Д иммуноглобулин человеческий с 28 нед. беременным с резус-отрицательным фактором крови без титра антител. В последующем определение титра антител не проводится. Если биологический отец ребенка имеет резус-отрицательную кровь, данное исследование и</li> </ul>

	введение иммуноглобулина не проводится.
<i>IV посещение - в сроке 30-32 недели</i>	
<i>Беседа</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– выявление осложнений данной беременности (преэклампсия, кровотечение, подтекание околоплодных вод, шевеление плода), тревожные признаки</li> <li>– при необходимости пересмотр плана ведения беременности и консультирование врача акушер – гинеколога, при наличии осложнений - госпитализация</li> <li>– Предоставлять информацию с возможностью обсуждения проблем, вопросов; «План родов» ( см. приложение E)</li> </ul>
Обследование:	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Повторное измерение ИМТ у женщин с исходно низким показателем (ниже 18,0)</li> <li>– измерение АД;</li> <li>– осмотр ног (варикозное расширение вен)</li> <li>– измерение высоты дна матки (нанести на гравидограмму)</li> <li>– сердцебиение плода</li> <li>– оформление дородового отпуска</li> </ul>
Лабораторные исследования:	<ul style="list-style-type: none"> <li>– RW, ВИЧ</li> <li>– анализ мочи на белок</li> <li>– общий анализ крови</li> </ul>
<i>V посещение - в сроке 36 недель</i>	
<i>Беседа</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– выявление симптомов осложнений данной беременности (преэклампсия, кровотечение, подтекание околоплодных вод, шевеление плода)</li> <li>– Предоставлять информацию с возможностью обсуждения проблем, вопросов; «Грудное вскармливание. Послеродовая контрацепция»</li> </ul>
Обследование:	<ul style="list-style-type: none"> <li>– наружное акушерское обследование (положение плода);</li> <li>– осмотр ног (варикозное расширение вен)</li> <li>– измерение АД;</li> <li>– измерение высота дна матки (нанести на гравидограмму)</li> <li>– наружное акушерское обследование</li> <li>– сердцебиение плода</li> <li>– анализ мочи на белок</li> </ul>
<i>VI посещение- в сроке 38-40 недель</i>	

<i>Беседа</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– выявление симптомов осложнений данной беременности (преэклампсия, кровотечение, подтекание околоплодных вод, шевеление плода)</li> <li>– при необходимости пересмотр плана ведения беременности и направление и консультирование врача акушер – гинеколога</li> <li>– Предоставлять информацию с возможностью обсуждения проблем, вопросов;</li> <li>– <i>«Грудное вскармливание. Послеродовая контрацепция»</i></li> </ul>
Обследование:	<ul style="list-style-type: none"> <li>– измерение АД;</li> <li>– осмотр ног (варикозное расширение вен)</li> <li>– наружное акушерское обследование (положение плода);</li> <li>– измерение высоты дна матки (нанести на гравидограмму)</li> <li>– наружное акушерское обследование</li> <li>– сердцебиение плода</li> <li>– анализ мочи на белок</li> </ul>
<i>VII посещение - в сроке 41 недель</i>	
<i>Беседа</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– выявление симптомов осложнений данной беременности (преэклампсия, кровотечение, подтекание околоплодных вод, шевеление плода), тревожные признаки</li> <li>– при необходимости пересмотр плана ведения беременности и направление и консультирование врача акушер – гинеколога</li> <li>– Предоставлять информацию с возможностью обсуждения проблем, вопросов;</li> <li>– Обсуждение вопросов о госпитализации для родоразрешения.</li> </ul>
Обследование:	<ul style="list-style-type: none"> <li>– измерение АД;</li> <li>– осмотр ног (варикозное расширение вен)</li> <li>– наружное акушерское обследование (положение плода);</li> <li>– измерение высоты дна матки (нанести на гравидограмму)</li> <li>– наружное акушерское обследование</li> <li>– сердцебиение плода</li> <li>– анализ мочи на белок</li> </ul>

**14. Цели лечения:** Физиологическое течение беременности и рождение живого доношенного новорожденного.

**15. Тактика лечения:**

15.1. Немедикаментозное лечение: нет

15.2. Медикаментозное лечение: фолиевая кислота, ацетилсалициловая кислота, препараты кальция

15.3. Другие виды лечения: нет

15.4. Хирургическое вмешательство: нет

15.5. Профилактические мероприятия: прием фолиевой кислоты

15.6. Дальнейшее ведение: роды

Первый патронаж проводится акушеркой/медсестрой/ ВОП в течение первых 3 суток после родов (По приказу №593 от 27.08.12г. «Положение о деятельности организации здравоохранения, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь»). Осмотр через 6 недель после родов для определения группы диспансеризации, согласно приказа №452 от 03.07.12г. «О мерах совершенствования медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и женщинам фертильного возраста».

*Цели послеродового осмотра:*

- Определение существующих проблем при грудном вскармливании, необходимости использования средств контрацепции и выбора метода контрацепции.
- Измерение АД.
- При необходимости определения уровня гемоглобина в крови, СОЭ направить в поликлинику;
- При наличии признаков инфекции следует направить к врачу акушер-гинекологу.
- При подозрении на наличие у ребёнка какой-либо патологии наследственного характера необходимо направить женщину на консультацию к врачу.

**Активности лечения и безопасности методов диагностики и лечения:**

- отсутствие осложнений во время беременности;
- своевременное выявление, консультирование, при необходимости госпитализация при осложнениях;
- отсутствие перинатальной смертности.

**III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:**

**17. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:** Майшина М.Ш. – врач акушер-гинеколог высшей категории, старший ординатор отделения акушерство 2 АО «ННЦМД».

**18. Рецензенты:** Кудайбергенов Т.К. – главный внештатный акушер-гинеколог МЗ РК, директор РГП «Национальный центр акушерства, гинекологии и перинатологии».

Кобзарь Н. Н. - к.м.н., врач высшей категории по специальности акушерства и гинекологии, по социальной гигиене и организации здравоохранения, зав. кафедрой акушерства и гинекологии КРМУ.

**19. Указание условий пересмотра протокола:** Пересмотр протокола производится не реже, чем 1 раз в 5 лет, либо при поступлении новых данных, связанных с применением данного протокола.

**20. Список использованной литературы:**

1. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. National Collaborating
2. Centre for Women's and Children's Health Commissioned by the National Institute for
3. Clinical Excellence. 2nd edition © 2008 National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. 1st edition published in 2003
4. Клинический протокол «Ведение нормальной беременности (беременности низкого риска, неосложненной беременности)», Проект «Мать и Дитя», Россия, 2007
5. Routine Prenatal Care ICSI Management of Labor Guidelines for hospital-based care. August 2005, 80 p.
6. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка.. Энкин М, Кейрс М, Нейлсон Д и др. перевод с английского под редакцией Михайлова А.В, С-П «Петрополис», 2007
7. Руководство ВОЗ по эффективному перинатальному уходу. 2009.
8. Кокрановское руководство. Беременность роды. 2010г
9. Приказы МЗРК №452 03.07.12г.«о мерах совершенствования медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и женщинам фертильного возраста»
10. Приказ №593 от 27.08.12г. «Об утверждении положения деятельности организаций здравоохранения, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь»



## ПРИЛОЖЕНИЕ А

### 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 (2а);
- 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
- Если женщина не вакцинирована против краснухи или, рекомендовать введение вакцины после родов

## ПРИЛОЖЕНИЕ В

### Вагинальный кандидоз - инфекция, не влияющая на беременность.

- Диагноз вагинального кандидоза ставится на основании микроскопии выделений из влагалища. Для подтверждения диагноза используется посев.
- Скрининг на наличие вагинального кандидоза не рекомендуется.
- Лечение инфекции показано только при наличии клинических проявлений: бутоконазол, клотримазол, эконазол, терконазолом или нистатином. Однако, очень важно помнить, что воздействие препаратов, принятых матерью per os, на ребенка неизвестно.
- Нет необходимости в госпитализации или изоляции женщин с вагинальным кандидозом от других женщин.
- Новорожденный должен находиться на совместном пребывании со своей матерью, а также может вскармливаться грудным молоком.

### 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 (1a);
- для лечения могут применяться ампициллин, 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 – анти-Д иммуноглобулин человеческий + вакцинация в первые сутки жизни (1b);
- 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 (3a), возможно, более целесообразно исследовать только группу риска (потребители в/в наркотиков, имеющие переливание крови и ее компонентов в анамнезе, асоциальные и т.д.);
- но при большой распространенности гепатита С в популяции и финансовых возможностей региона рутинный скрининг может проводиться по решению местных властей;
- 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 (1a);
- у беременных с преждевременными родами в анамнезе
- 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) (1a);
- учреждения родовспоможения должны иметь экспресс-тесты для обследования беременных с неизвестным ВИЧ статусом;
- 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.

## **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 (3а);
- «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 (2а);

- 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 Казахстане, в основном, низкая, поэтому рутинный скрининг не предлагается (2а);
- 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 (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 бездомных кошек, не рекомендуется давать кошкам сырое или недостаточно обработанное мясо;
- пациентки, перенесшие токсоплазмоз не представляют опасности для персонала и других женщин, равно как и для своих детей, поэтому не должны изолироваться в антенатальном и послеродовом периодах.

## **Генитальный герпес**

- распространенность носительства в Казахстане в большинстве регионов высокая;
- скрининг не рекомендуется, так как результаты не меняют тактику ведения (2а);
- 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) (2а);
- 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**

- 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.

## ПРИЛОЖЕНИЕ С

### Избранные доказательные рекомендации по антенатальному скринингу

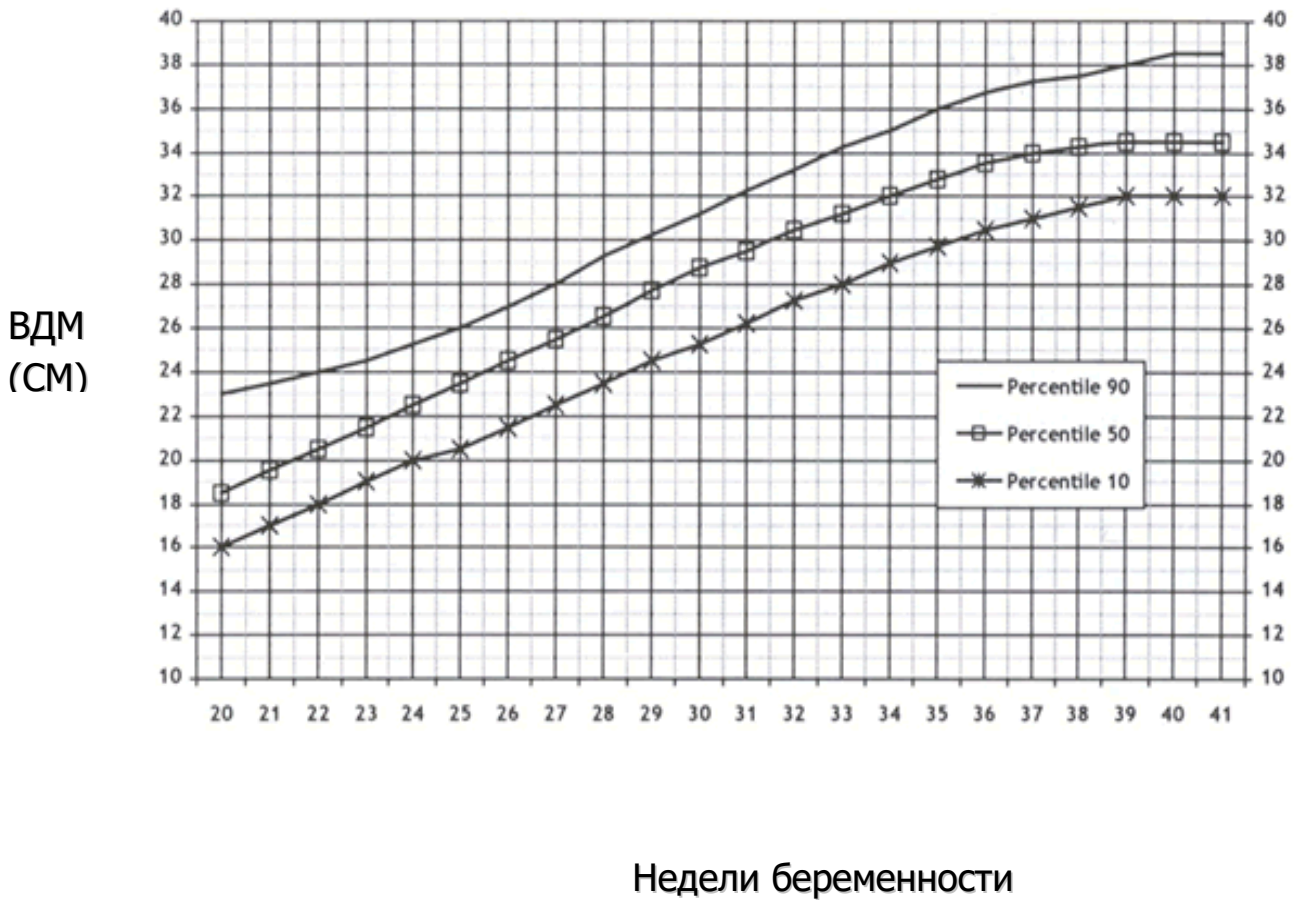
- **Вес женщины.** Измерение прибавки веса при каждом посещении необоснованно, и нет необходимости советовать женщинам вносить ограничения в режим питания, чтобы ограничить прибавку веса.
- **Пельвиметрия.** Рутинная пельвиметрия не рекомендуется. Доказано, что данные ни клинической, ни рентгенологической 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 (2a).
- **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 (1b).
- **Преэклампсия.**
  - Риск развития преэклампсии должен оцениваться при первом посещении для определения соответствующего расписания антенатальных визитов. Факторы риска, вызывающие необходимость более частого посещения после 20 недель, включают: первые предстоящие роды, возраст старше 40 лет; наличие преэклампсии в анамнезе у близких родственников (мать или сестра), ИМТ >35 при первом посещении, многоплодие или имеющееся заболевание сосудов (гипертензия или диабет)

- Всякий раз, когда измеряется артериальное давление во время беременности, нужно брать порцию мочи на определение протеинурии
  - Беременные должны быть проинформированы о симптомах тяжелой преэклампсии, так как их наличие может быть связано с более неблагоприятными исходами для матери и ребенка (головная боль, затуманенное зрение или мелькание в глазах; умеренная или сильная боль под ребрами; рвота; быстрое возникновение отеков лица, рук и ног)
- **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 (1b). Однако доказана целесообразность УЗИ в особых клинических ситуациях:
- при определении точных признаков жизнедеятельности или гибели плода;
  - при оценке развития плода с подозрением на ЗВУР;
  - при определении локализации плаценты;
  - 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.
- **Допплеровское УЗИ пупочных и маточных артерий.** Рутинное Допплеровское ультразвуковое исследование пупочной артерии не должно предлагаться.
- **Стрессовая и нестрессовая КТГ.** Отсутствуют доказательства целесообразности применения КТГ в дородовой период в качестве дополнительной проверки благополучия плода при беременностях, даже высокого риска (1a). 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.



ГРАВИДОГРАММА

Ведение гравидограммы обязательно при каждом посещении во втором и третьем триместре. На гравидограмме отмечается высота стояния дна матки (ВДМ) в см (на вертикальной оси) соответственно сроку беременности (на горизонтальной оси). Строится график изменения ВДМ при беременности. *Важно не находжение измеренной высоты дна матки между линиями, а параллельность им.*



## ПРИЛОЖЕНИЕ Е

### План родов

(Заполняется совместно с медицинским работником)

Мое имя \_\_\_\_\_

Ожидаемый срок родов \_\_\_\_\_

Имя моего доктора \_\_\_\_\_

Доктором моего ребенка будет \_\_\_\_\_

Поддерживающий человек во время родов будет \_\_\_\_\_

Эти люди будут присутствовать в родах \_\_\_\_\_

---

#### *Дородовое обучение в ПМСП*

Занятия для пап

Родильный дом

#### *Дородовые курсы помимо ПМСП*

Хотите ли Вы сообщить что-либо дополнительно о себе (важные моменты, страх, озабоченность) \_\_\_\_\_

#### **Моя цель:**

Чтобы только близкие мне люди и медсестра поддерживали и успокаивали меня

Чтобы проводилось медикаментозное обезболивание помимо поддержки и утешения

Другое, объясните \_\_\_\_\_

#### **Первый период родов (схватки)**

Пожалуйста, отметьте, какие успокаивающие меры Вы бы хотели, чтобы Ваша акушерка предложила Вам во время родов:

Надеть свою собственную одежду

Прогулка

Горячий/холодный компресс

Много подушек

Использование родового шара

Слушать мою любимую музыку

Сосредоточиться на любимом предмете

Массаж

Эпидуральная анестезия

## **Рождение ребенка**

Ваша акушерка поможет Вам найти различные удобные позиции во втором периоде родов. Какие из нижеследующих моментов Вы бы хотели попробовать:

- Вертикальное положение во время родов
- На боку
- Не хочу использовать акушерское кресло

После рождения моего ребенка, мне хотелось бы:

- Чтобы \_\_\_\_\_ перерезал пуповину
- Положили ребенка мне на живот сразу после рождения
- Завернули в одеяло прежде, чем передать его мне
- Чтобы ребенку надели собственную шапочку и носочки
- Что бы в первый раз запеленали моего ребенка
- Чтобы сняли видео или сделали фотографии во время родов

## **Неожиданные случаи во время родов**

Если Вам необходимо получить больше информации по следующим вопросам, спросите Вашего врача или акушерку:

Использование щипцов/вакуум экстракции

- Амниотомия
- Эпизиотомия
- Мониторинг плода
- Родовозбуждение
- Родостимуляция
- Роды путем кесарева сечения

## **От рождения ребенка до выписки**

Наше акушерское отделение считает необходимым совместное пребывание матери и ребенка в течение 24 часов. Медицинские работники будут Вас поддерживать и помогать Вам в уходе за Вашим ребенком, когда он будет находиться с вами в одной палате.

## **Я собираюсь:**

- Кормить ребенка грудью
- Давать дополнительное питание или докорм моему ребенку

**Во время нахождения в отделении мне хотелось бы:**

- Все время находиться с ребенком
- Присутствовать во время исследования моего ребенка неонатологом
- Присутствовать во время проведения процедур моему ребенку
- Чтобы медсестра показала, как купать моего ребенка
- Купать моего ребенка самой

- Произвести моему ребенку обрезание
- Чтобы ребенку сделали прививки БЦЖ и гепатит В
- Другое \_\_\_\_\_

**Следующие люди будут помогать мне дома**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ваши предложения и комментарии**

Я хотела бы, чтобы меня навестили после выписки из роддома:

- Да. Кто? \_\_\_\_\_
- Нет
- Не решила

Подпись \_\_\_\_\_

дата \_\_\_\_\_

Подпись                      специалиста                      собравшего                      информацию

\_\_\_\_\_

### Как заботиться о себе в период беременности

- Полноценная забота о себе в период беременности поможет Вам сохранить не только свое здоровье, но и здоровье Вашего будущего ребенка. Как только вам показалось, что Вы беременны, сразу обратитесь в женскую консультацию. Если беременность подтвердится, и Вас поставят на учет, регулярно посещайте своего лечащего врача в соответствии с установленным расписанием.
- Ешьте здоровую пищу (более подробную информацию см. ниже). Вы прибавите в весе примерно 8-16 кг в зависимости от того, сколько Вы весили до беременности. Беременность – не время для похудения.
- Спите или отдыхайте, когда испытываете в этом потребность. Не изнуряйте себя, но и не расслабляйтесь полностью. Потребность во сне у каждого человека индивидуальна, но большинству достаточно восьми часов в сутки.
- Не курите и избегайте пребывания рядом с курящими. Если вы курите, бросайте как можно скорее!
- Не употребляйте никаких алкогольных напитков (пиво, вино, крепкие спиртные напитки и т.п.). Разумеется, о наркотиках не может быть и речи!
- Не принимайте никаких таблеток или других медикаментов, кроме тех, которые прописал Вам врач. Помните, что травы и травяные настойки/чай также являются лекарствами.
- Во время беременности Вам также следует избегать сильных и едких запахов (таких, как запах краски или лака). Необходимы также меры предосторожности при обращении с хозяйственными чистящими и моющими средствами: внимательно читайте инструкции на этикетках и следуйте им, пользуйтесь перчатками и не работайте в плохо проветриваемом помещении.
- Если у Вас есть кошка, попросите кого-нибудь из участников семьи убирать ее туалет, либо обязательно пользуйтесь резиновыми перчатками (существует заболевание – токсоплазмоз, передаваемое через кошачьи испражнения и опасное для беременных женщин). Во всем остальном Ваши домашние любимцы не представляют опасности для Вас и для Вашего ребенка.
- Физические упражнения полезны как Вам, так и Вашему ребенку. Если не возникает проблем (подробный список проблем см. ниже), Вы можете продолжать выполнять те же упражнения, что и до беременности. Пешие прогулки и плавание – особенно хорошие и удобные способы сохранить активность, стимулировать кровообращение и контролировать прибавку в весе.

- Сексуальные отношения во время беременности нормальны и безопасны для Вашего здоровья. Они не причинят вреда и Вашему ребенку. Не беспокойтесь, если из-за гормональных изменений сексуальное желание возросло или снизилось – это также нормально и для каждой женщины индивидуально. Есть несколько мер предосторожности, которые Вы должны соблюдать. Поскольку Ваш живот будет постепенно увеличиваться, Вам, возможно, придется попробовать различные позы для выбора наиболее удобной. Не рекомендуется лежать на спине. Если ранее у Вас был выкидыш или преждевременные роды, врач может посоветовать Вам воздержаться от сексуальных контактов. А в случае, если у Вас открылось вагинальное кровотечение, появились боли или начали истекать околоплодные воды, исключите сексуальные контакты и как можно скорее обратитесь к врачу.
- Не стесняйтесь обращаться к своему лечащему врачу или акушерке за информацией и ставить их в известность, если Вы плохо себя почувствовали. Именно сейчас своевременно получить информацию о пользе грудного вскармливания и методах планирования семьи для кормящих женщин.

### **Здоровое питание для Вас и Вашего ребенка**

- Конечно, хорошее питание важно как для Вашего здоровья, так и для роста и развития Вашего ребенка. Здоровое питание во время беременности столь же важно, как здоровое питание в любой другой период жизни женщины. Не существует «магических» продуктов, которые особо необходимы для нормального течения беременности. Очень мало и «запрещенных» продуктов. Конечно, Вам следует избегать продуктов, на которые у Вас есть аллергия; старайтесь также употреблять как можно меньше сладостей, жирной пищи.
- По структуре Ваше питание должно напоминать пирамиду: наиболее широкая часть, «базис», состоит из хлеба, зерновых культур, каш и макаронных изделий. Вам следует есть этих продуктов больше, чем каких-либо других. Фрукты и овощи образуют вторую по величине группу необходимых продуктов питания. Третью, еще меньшую группу составляют молочные продукты, а также мясо, бобовые яйца и орехи. На верхушке пирамиды находятся жиры, масла и сладости, которые рекомендуется есть в минимальных количествах. Если у Вас возникают какие-либо вопросы относительно здорового питания, обратитесь за помощью к врачу.
- Беременные нуждаются в большем количестве железа и фолиевой кислоты. Ешьте продукты, богатые железом (бобовые, листовые зеленые овощи, молоко, яйца, мясо, рыба, домашняя птица) и фолиевой кислотой (бобовые, яйца, печень, свекла, капуста, горох, помидоры). Также

принимайте витамины и таблетки, содержащие железо, если их Вам порекомендует врач.

- Если у Вас не очень хороший аппетит, принимайте пищу небольшими порциями по 5-6 раз в день вместо 3 больших приемов пищи.
- Выпивайте восемь стаканов жидкости, желательно воды, ежедневно. Не пейте более трех стаканов в день напитков, содержащих кофеин (чай, кофе, кола) или напитков с большим содержанием сахара. Особенно не рекомендуется употреблять чай и кофе вместе с пищей (кофеин препятствует усвоению железа).

### **Неудобства, связанные с беременностью**

Беременность – время физических и эмоциональных изменений. В определенные периоды беременности многие женщины испытывают некоторый дискомфорт. Не волнуйтесь. Это обычные проблемы, которые уйдут после рождения ребенка. Наиболее распространенные неудобства таковы:

- Учащенное мочеиспускание, особенно в первые три и последние три месяца.
- Повышенная утомляемость, особенно в первые три месяца. Чаще отдыхайте, ешьте здоровую пищу и выполняйте легкие физические упражнения. Это поможет Вас ощутить себя менее усталой.
- Тошнота по утрам или в другое время суток зачастую проходит после первых трех месяцев. Старайтесь рано утром съесть сухое печенье или кусочек хлеба. Избегайте острой и жирной пищи. Ешьте понемногу, но часто.
- На пятом месяце беременности может появиться изжога. Чтобы ее избежать, не пейте кофе или газированную воду с кофеином; не ложитесь и не наклоняйтесь сразу после еды; спите, подложив под голову подушку. Если изжога не проходит, обратитесь за советом к лечащему врачу.
- В течение беременности Вас могут беспокоить запоры. Выпивайте по крайней мере 8 стаканов воды и других жидкостей в сутки и ешьте пищу, богатую клетчаткой, например, зеленые овощи и каши с отрубями. Указанный объем воды также поможет Вам избежать инфекций мочеполового тракта.
- Могут отекать лодыжки или ступни. Несколько раз в день поднимайте ноги; спите на боку, чтобы уменьшить отечность.
- В последние 3-4 месяца беременности может появиться боль в пояснице. Носите туфли без каблука, старайтесь не поднимать тяжести; если поднимать тяжести все же приходится, сгибайте колени, а не спину.

### **Тревожные сигналы**

Немедленно обратитесь к медицинскому работнику, если у Вас появится хотя бы один из следующих симптомов:

- кровянистые выделения из половых путей;
- обильные жидкие выделения из влагалища;
- постоянная головная боль, нарушение зрения с появлением в глазах пятнышек или вспышек;
- внезапный отек рук или лица;
- повышение температуры до 38° С и более;
- сильный зуд и жжение во влагалище или усилившиеся влагалищные выделения;
- жжение и боль при мочеиспускании;
- сильная боль в животе, не стихающая, даже когда Вы лежите и расслабляетесь;
- более 4-5 схваток в течение часа;
- если Вы ушибли живот во время падения, автомобильной аварии, или если кто-то Вас ударил;
- после шести месяцев беременности – если Ваш ребенок совершает менее 10 движений в течение 12 часов.