

# ОГЛАВЛЕНИЕ

## ЧАСТЬ 1

Предисловие.....	6
Участники издания.....	7
Список сокращений и условных обозначений.....	11
Клинические рекомендации и доказательная медицина (Нестерова Л.А.).....	13

## РАЗДЕЛ I

### АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ ЖЕНЩИНАМ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

<b>Глава 1. Ведение беременной на амбулаторном этапе</b> (Долгушина Н.В., Тетруашвили Н.К.).....	16
<b>Глава 2. Ведение многоплодной беременности</b> (Гладкова К.А., Костюков К.В.).....	31
<b>Глава 3. Резус-изоиммунизация (гемолитическая болезнь плода)</b> (Тетруашвили Н.К.).....	43
<b>Глава 4. Беременность и экстрагенитальные заболевания</b> .....	53
4.1. Артериальная гипертония у беременных (Есяян Р.М., Чухарева Н.А.).....	53
4.2. Инфекции мочевых путей при беременности.....	61
4.2.1. Беременность и бессимптомная бактериурия (Тютюнник В.Л.).....	61
4.2.2. Беременность и цистит (Кравченко Н.Ф., Кирсанова Т.В.).....	67
4.2.3. Беременность и пиелонефрит (Кан Н.Е.).....	74
4.3. Анемия (Дегтярева Е.И.).....	82
<b>Глава 5. Гипертензивные состояния при беременности. Преэклампсия и эклампсия</b> (Ходжаева З.С., Нагоев Т.М., Муминова К.Т.).....	95
<b>Глава 6. Физиологический послеродовый период</b> (Тютюнник В.Л., Игнатьева А.А., Мешалкина И.В.).....	108

## РАЗДЕЛ II

### ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

<b>Глава 7. Папилломавирусная инфекция</b> (Прилепская В.Н., Пекарев О.Г., Назарова Н.М., Довлетханова Э.Р.).....	118
<b>Глава 8. Инфекции, передаваемые преимущественно половым путем</b> .....	127
8.1. Урогенитальная микоплазменная инфекция (Припутневич Т.В., Николаева А.В.).....	127
8.2. Урогенитальная хламидийная инфекция (Припутневич Т.В., Баранов И.И.).....	138
<b>Глава 9. Вульвовагинальный кандидоз</b> (Баранов И.И., Байрамова Г.Р.).....	148
<b>Глава 10. Бактериальный вагиноз</b> (Байрамова Г.Р., Припутневич Т.В.).....	162

## Читайте в части 2

### РАЗДЕЛ III

## АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

### Глава 11. Методы обследования гинекологических больных (*Шиляев А.Ю.*)

#### Введение

#### 11.1. Клинические методы диагностики

- 11.1.1. Опрос
- 11.1.2. Общий осмотр
- 11.1.3. Пальпация
- 11.1.4. Гинекологическое обследование
- 11.1.5. Тесты функциональной диагностики

#### 11.2. Лабораторные методы диагностики

- 11.2.1. Определение гормонов в крови
- 11.2.2. Микробиологические методы исследования
- 11.2.3. Иммунологическое исследование крови

#### 11.3. Инструментальные методы диагностики

- 11.3.1. Гистеросальпингография
- 11.3.2. Ультразвуковое исследование
- 11.3.3. Двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия
- 11.3.4. Магнитно-резонансная томография органов малого таза
- 11.3.5. Аспирационная биопсия эндометрия
- 11.3.6. Зондирование матки
- 11.3.7. Цитологический метод в диагностике заболеваний шейки матки
- 11.3.8. Кольпоскопия
- 11.3.9. Биопсия шейки матки
- 11.3.10. Гистероскопия

### Глава 12. Заболевания вульвы и влагалища (*Костава М.Н., Абакарова П.Р.*)

#### 12.1. Вульвиты и вагиниты

### Глава 13. Заболевания шейки матки

(*Прилепская В.Н., Костава М.Н., Назарова Н.М., Байрамова Г.Р.*)

- 13.1. Экзоцервицит и эндоцервицит
- 13.2. Эктропион шейки матки
- 13.3. Лейкоплакия шейки матки

### Глава 14. Контрацепция

#### 14.1. Гормональная контрацепция

(*Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Довлетханова Э.Р.*)

- 14.1.1. Комбинированные оральные контрацептивы
- 14.1.2. Прогестины
- 14.1.3. Гормонсодержащее влагалищное кольцо НоваРинг
- 14.1.4. Трансдермальные контрацептивные системы
- 14.1.5. Прогестиновые оральные контрацептивы
- 14.1.6. Подкожные имплантаты

#### 14.2. Экстренная (посткоитальная) контрацепция

(*Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Довлетханова Э.Р.*)

#### 14.3. Внутриматочная контрацепция

(*Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Довлетханова Э.Р.*)

14.4. Физиологические методы контрацепции  
(Назаренко Е.Г., Назарова Н.М.)

**Глава 15. Аменорея** (Чернуха Г.Е.)

**Глава 16. Аномальные маточные кровотечения** (Чернуха Г.Е.)

**Глава 17. Синдром предменструального напряжения** (Юренева С.В.,  
Карахалис Л.Ю.)

**Глава 18. Хроническая тазовая боль** (Яроцкая Е.Л.)

**Глава 19. Синдром поликистозных яичников** (Чернуха Г.Е.)

**Глава 20. Климактерический синдром** (Юренева С.В.)

**Глава 21. Гиперпластические процессы матки и придатков**

21.1. Эндометриоз (Адамян Л.В., Козаченко И.Ф.)

21.2. Миома матки (Адамян Л.В., Козаченко И.Ф.)

**Глава 22. Доброкачественные заболевания молочных желез**  
(Родионов В.В., Сметник А.А.)

**Глава 23. Проплапсы тазовых органов и недержание мочи**

23.1. Консервативное лечение пролапса тазовых органов  
(Аполихина И.А., Бычкова А.Е.)

23.2. Недержание мочи у женщин (Аполихина И.А., Тетерина Т.А.)

23.3. Генитоуринарный менопаузальный синдром  
(Аполихина И.А., Соколова А.В.)

Список литературы

Краткий справочник лекарственных средств

## ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

**Нормальная беременность** — одноплодная беременность плодом без генетической патологии или пороков развития, длящаяся 37–41 нед, протекающая без акушерских и перинатальных осложнений<sup>1</sup>.

Нормальная беременность может наступить самопроизвольно или после вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

### КОДЫ ПО МКБ

- Z32.1 Беременность подтвержденная.
- Z33 Состояние, свойственное беременности.
- Z34.0 Наблюдение за течением нормальной первой беременности.
- Z34.8 Наблюдение за течением другой нормальной беременности.
- Z35.0 Наблюдение за течением беременности у женщины с бесплодием в анамнезе.
- Z35.1 Наблюдение за течением беременности у женщины с абортными выкидышами в анамнезе.
- Z35.2 Наблюдение за течением беременности у женщины с другим отягощенным анамнезом, касающимся деторождения или акушерских проблем.
- Z35.3 Наблюдение за течением беременности у женщины с недостаточной предродовой помощью в анамнезе.
- Z35.4 Наблюдение за течением беременности у многорожавшей женщины.
- Z35.5 Наблюдение за старой первородящей.
- Z35.6 Наблюдение за очень юной первородящей.
- Z35.7 Наблюдение за беременностью у женщины, подверженной высокой степени риска вследствие социальных проблем.
- Z35.8 Наблюдение за беременностью у женщины, подверженной другой высокой степени риска.
- Z35.9 Наблюдение за беременностью у женщины, подверженной высокой степени риска неуточненного характера.
- Z36.0 Антенатальный скрининг для выявления хромосомных аномалий.
- Z36.3 Антенатальный скрининг с помощью ультразвука или других физических методов для выявления аномалий развития.

### КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Симптомы, выявляемые на ранних сроках беременности, — тошнота, рвота, сонливость, головокружение, нарушение аппетита, гиперчувствительность к за-

<sup>1</sup> Акушерство: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 1080 с.

пахам, масталгия, общая слабость, пигментация кожи — являются относительными признаками беременности. Диагностика беременности осуществляется по данным результатов исследования периферической крови на бета-субъединицу хорионического гонадотропина и, в дальнейшем, ультразвукового исследования (УЗИ). Нормальная беременность может протекать без наличия данных жалоб в I триместре.

Во II и III триместрах беременности частыми жалобами являются: боли в спине, в нижней части живота, изжога, сердцебиение, масталгия, запоры, боли в области лона. За 2–3 нед до родов могут регистрироваться кратковременные безболезненные напряжения матки с частотой до 10 раз в сутки.



## ДИАГНОСТИКА

Диагностика беременности проводится при первом обращении к акушеру-гинекологу исходя из анамнестических данных о длительности аменореи, уровне биохимического (бета-субъединица хорионического гонадотропина) и УЗИ.

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

- возраст;
- наличие профессиональных вредностей;
- наличие вредных привычек (курение, алкоголь, наркотические препараты);
- семейный анамнез [указание на наличие у родственников 1-й линии таких заболеваний, как сахарный диабет (СД), тромбоэмболические осложнения, гипертоническая болезнь, психические заболевания, акушерские и перинатальные осложнения];
- характер менструаций (возраст менархе, длительность и регулярность менструального цикла, продолжительность менструального кровотечения, болезненность, первый день последней менструации);
- акушерский анамнез (число беременностей и родов в анамнезе и их исход, наличие осложнений беременности, родов и/или аборт, весо-ростовые показатели и состояние здоровья рожденных детей, способ достижения беременности — самопроизвольная беременность или беременность в результате ВРТ);
- перенесенные и имеющиеся гинекологические заболевания, оперативные вмешательства на органах малого таза;
- перенесенные и имеющиеся соматические заболевания (в частности, детские инфекции, заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания почек, эндокринные заболевания, аллергические заболевания, тромбоэмболические осложнения и др.);
- с целью индивидуальной стратификации риска и выбора метода профилактики в данной беременности, родах и в послеродовом периоде может быть использована **шкала оценки риска тромбоэмболических осложнений**<sup>1</sup>;



<sup>1</sup> Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений в акушерстве и гинекологии. Клинические рекомендации Минздрава РФ, 2014.

- наличие травм, оперативных вмешательств и переливаний крови в анамнезе;
- аллергические реакции;
- принимаемые лекарственные средства (ЛС);
- возраст и состояние здоровья мужа/партнера, его группа крови и резус-фактор, наличие у него профессиональных вредностей и вредных привычек.

## **КРАТНОСТЬ ПОСЕЩЕНИЯ ВРАЧА АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА ВО ВРЕМЯ НОРМАЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

Оптимальная кратность посещения врача акушера-гинеколога беременной женщиной с нормально протекающей беременностью составляет от 4 до 7 раз. Оптимальным временем первого визита к врачу является I триместр беременности (до 10 нед беременности)<sup>1</sup>.

## **ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**

- 1. Определение срока беременности и родов по дате последней менструации и данным УЗИ органов малого таза и плода.**
  - Определение срока беременности при регулярном менструальном цикле и самопроизвольном наступлении беременности проводится от первого дня последней менструации.
    - ✧ При расчете срока родов по дате последней менструации необходимо прибавить 280 дней (40 нед) к первому дню последней менструации (при 28-дневном менструальном цикле).
    - ✧ При наступлении беременности в результате ВРТ расчет срока родов должен быть сделан по дате переноса эмбрионов [дата переноса плюс 266 дней (38 нед) минус число дней, равное сроку культивирования эмбриона].
  - УЗИ в I триместре беременности является более точным методом определения срока беременности и предполагаемого срока родов, при этом руководствуются измерением копчико-теменного размера плода.
  - Для определения срока беременности и родов по данным УЗИ на более поздних сроках беременности (при копчико-теменном размере >84 мм) рекомендовано использовать показатель окружности головки плода.
- 2. Измерение массы тела, роста и индекса массы тела (ИМТ) (масса тела в кг/рост в м<sup>2</sup>).**
  - Основное влияние на акушерские и перинатальные исходы оказывает прибавка массы тела во время беременности, а не ИМТ до беременности. Рекомендуемая еженедельная прибавка массы тела в I триместре составляет не более 0,5–2 кг/нед.
- 3. Измерение артериального давления (АД) и пульса.**
  - Необходимо для определения исходного уровня АД и диагностики гипертензивных расстройств. Беременной пациентке группы высокого риска преэклампсии (ПЭ) с наличием ПЭ в анамнезе рекомендовано назначить ежедневный мониторинг АД на протяжении всей беременности.
- 4. Пальпация молочных желез.**
  - При обнаружении узловых образований молочных желез рекомендовано направить пациентку на консультацию к врачу-онкологу.

<sup>1</sup> Antenatal Care. Routine care for the Healthy Pregnant Woman. NICE&NCCWCH, RCOG Press, 2008.

## 5. Гинекологический осмотр.

- Гинекологический осмотр во время беременности включает визуальный осмотр наружных половых органов, осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах, бимануальное влагалищное исследование с определением размеров, консистенции, подвижности и болезненности матки и придатков матки.

### ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И КОНСУЛЬТАЦИИ СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ

1. Исследование уровня антител (АТ) классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ)-1/2 и антигена р24 (ВИЧ-1/2 + Agp24) в крови при 1-м визите<sup>1, 2</sup>.
  - При выявлении инфекции беременная женщина должна быть направлена в Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями для подтверждения/исключения диагноза.
2. Определение АТ к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови.
  - При выявлении инфекции беременная женщина должна быть направлена на консультацию к врачу-инфекционисту для подтверждения/исключения диагноза.
3. Определение суммарных АТ классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови<sup>3</sup>.
  - При выявлении инфекции беременная женщина должна быть направлена на консультацию к врачу-инфекционисту для подтверждения/исключения диагноза.
4. Определение АТ к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) в крови<sup>4</sup>.
  - При выявлении инфекции беременная женщина должна быть направлена на консультацию к врачу-дерматовенерологу для подтверждения/исключения диагноза.
5. Определение АТ IgG и IgM к вирусу краснухи (*Rubella virus*) в крови однократно при 1-м визите.
  - Обследование на ранних сроках беременности позволяет выявить серонегативных пациенток и информировать их о возможности инфицирования. При отсутствии или недостаточном уровне иммуноглобулинов класса G к вирусу краснухи пациентка должна быть информирована о риске инфицирования краснухой во время беременности.
6. Проведение общего (клинического) анализа крови. Раннее обследование и выявление анемии способствуют своевременной терапии и снижению риска негативных перинатальных исходов. Нормальный уровень гемогло-

<sup>1</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

<sup>2</sup> CDC. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002 // Morbidity and Mortality Weekly Report. 2002. Vol. 51. P. 1–80.

<sup>3</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

<sup>4</sup> Guidelines for Perinatal Care. 8<sup>th</sup> Edition. ACOG&AAP, 2017.

- бина в I триместре составляет  $\geq 110$  г/л. Для подтверждения латентного дефицита железа может быть рекомендовано определение сывороточного ферритина, как наиболее точного показателя определения уровня железа.
7. Проведение биохимического общетерапевтического анализа крови при 1-м обращении с обязательным определением уровня глюкозы крови (нормативный показатель менее 5,1 ммоль/л).
  8. Беременные группы высокого риска гестационного СД должны быть направлены на проведение перорального глюкозотолерантного теста с 75 г глюкозы при 1-м визите в случае, если у них не было выявлено нарушение углеводного обмена. К группе высокого риска развития гестационного СД относятся пациентки с ИМТ  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>, указанием в анамнезе на роды плодом с массой тела  $\geq 4,5$  кг или гестационным СД, отягощенным по СД семейным анамнезом.
  9. Исследование уровня тиреотропного гормона в крови однократно при 1-м визите<sup>1, 2</sup>.
    - Определение уровня тиреотропного гормона проводится с целью раннего выявления и терапии гипотиреоза. Референсное значение уровня тиреотропного гормона у беременной составляет  $< 3,0$  МЕ/мл. При тиреотропном гормоне  $\geq 3,0$  МЕ/мл беременную следует направить на консультацию к врачу-эндокринологу.
  10. Определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы резус (резус-фактор) однократно при 1-м обращении.
  11. Определение антирезусных АТ<sup>3</sup> у резус-отрицательных женщин, беременных от резус-положительного партнера.
  12. Рекомендовано направлять беременную пациентку на проведение коагулограммы (ориентировочного исследования системы гемостаза) при 1-м визите<sup>4</sup>. Исследование коагулограммы включает: активированное частичное тромбoplastиновое время, фибриноген, протромбиновое (тромбoplastиновое) время и количество тромбоцитов.
  13. Проведение общего (клинического) анализа мочи.
  14. Микробиологическое (культуральное) исследование средней порции мочи на бактериальные патогены однократно на выявление бессимптомной бактериурии при 1-м визите. Бессимптомная бактериурия — это наличие колоний бактерий  $> 10^5$  в 1 мл средней порции мочи при отсутствии клинических симптомов. Раннее выявление бактериурии и проведение терапии снижает риск развития пиелонефрита, преждевременных родов (ПР) и задержки роста плода.
  15. Микроскопическое исследование влагалищных мазков (влагалищного отделяемого) на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*), на трихомонады (*Trichomonas vaginalis*), на дрожжевые грибы<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum. An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. 2012.

<sup>2</sup> 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease during Pregnancy and the Postpartum of American Thyroid Association.

<sup>3</sup> ACOG Practice Bulletin N. 192: Management of Alloimmunization during Pregnancy. March 2018.

<sup>4</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

16. Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала) при 1-м обращении во время беременности<sup>1</sup> [скрининг рака шейки матки (РШМ)]. Цитологическое исследование мазка с поверхности шейки матки и из цервикального канала следует рекомендовать, если с момента последнего исследования прошло более 3 лет при отрицательном анализе на вирус папилломы человека (ВПЧ) и нормальных данных предыдущих цитологических исследований, или если с момента последнего исследования прошло более 1 года при положительном или неизвестном ВПЧ-статусе, или хотя бы одном патологическом предыдущем цитологическом исследовании (ASCUS, LSIL, HSIL) вне зависимости от проведения терапии в анамнезе.
17. Консультация врача-окулиста.
18. Консультация врача-терапевта.
19. Консультация врача-стоматолога.
20. Медико-генетическое консультирование при выявлении у женщины и/или ее партнера факторов риска рождения ребенка с хромосомной или генной патологией<sup>2</sup>.

При консультировании рассматривается вопрос о целесообразности проведения неинвазивного пренатального ДНК-скрининга анеуплоидий или инвазивной пренатальной диагностики в зависимости от риска анеуплоидии и клинической ситуации.

## **ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

1. УЗИ в I триместре беременности назначается при раннем первом визите и сроке задержки менструации  $\geq 7$  дней для исключения внематочной беременности.
2. Для проведения УЗИ плода при сроке беременности 11–13 нед беременная направляется в медицинскую организацию, осуществляющую экспертный уровень пренатальной диагностики<sup>3</sup>, для определения срока беременности, проведения комбинированного скрининга I триместра, диагностики многоплодной беременности. Во время проведения скринингового УЗИ также рекомендовано измерить пульсационный индекс в маточных артериях для предикции ранней ПЭ.

## **ОБСЛЕДОВАНИЯ ВО ВТОРОМ И ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРАХ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Физикальное обследование** проводится на приемах акушером-гинекологом (при неосложненной беременности кратность от 4 до 7 раз) и включает следующие обязательные опции.

1. Опрос и анализ жалоб.
2. Опрос беременной по поводу характера шевелений плода при каждом визите после 16–20 нед беременности (после начала ощущения шевелений

<sup>1</sup> Доброкачественные и предраковые заболевания шейки матки с позиции профилактики рака. Клинические рекомендации Минздрава РФ, 2017.

<sup>2</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

<sup>3</sup> Там же.

плода). Пациентке должны быть даны рекомендации, что при субъективном снижении активности и/или частоты шевелений плода ей следует незамедлительно обратиться в специализированный стационар или женскую консультацию для проведения дополнительного обследования.

3. Измерение АД, пульса, контроль динамики прибавки массы тела беременной (см. Рекомендуемую еженедельную и общую прибавку веса в зависимости от индекса массы тела).
4. Выслушивание сердцебиения плода (частота сердечных сокращений) при каждом визите пациентки после 20 нед беременности при помощи акушерского стетоскопа или после 12 нед беременности при помощи фетального доплера для подтверждения жизнедеятельности плода<sup>1</sup>.

#### Рекомендуемая еженедельная и общая прибавка веса в зависимости от индекса массы тела<sup>2</sup>

Категория	ИМТ (кг/м <sup>2</sup> )	Рекомендуемая прибавка массы тела	
		за всю беременность (кг)	еженедельная (кг/нед) (во II и III триместре)
Недостаток массы тела	<18,5	12,5–18	0,44–0,58
Нормальная масса тела	18,5–24,9	11,5–16	0,35–0,50
Избыток массы тела	25,0–29,9	7–11	0,23–0,33
Ожирение	≥30,0	5–9	0,17–0,27

5. Определение окружности живота и высоты стояния дна матки (см. Соответствие высоты стояния дна матки сроку беременности).
  - Если высота стояния дна матки согласно гравидограмме ниже 10-й или выше 90-й перцентили распределения высоты стояния дна матки, то необходимо проведение УЗИ для оценки развития плода и определения количества околоплодных вод.

#### ОБРАЗЕЦ ГРАВИДОГРАММЫ



6. Гинекологическое исследование проводится при наличии жалоб на боли или патологический характер выделений из половых путей, а также у женщин с наличием в анамнезе истмико-цервикальной недостаточности, ПР, для оценки подлежащей части плода.
7. Определение протеинурии тест-полосками в случае, если не выполнен общий анализ мочи.
8. Измерение размеров таза (пельвиометрия) в III триместре для определения акушерской тактики при родоразрешении.

<sup>1</sup> Antenatal care for uncomplicated pregnancies. RCOG 2008, updated February 2019.

<sup>2</sup> Guidelines for Perinatal Care. 8th Edition. ACOG&AAP, 2017.

## Соответствие высоты стояния дна матки сроку беременности<sup>1</sup>

Срок беременности, нед	Высота стояния дна матки, см
20–21	18–24
22–23	21–25
24–25	23–27
26–27	25–28
28–29	26–31
30–31	29–32
32–33	31–33
34–35	32–33
36–37	32–37
38–39	35–38
40–42	34–35

## ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Клинический анализ крови — 1 раз в триместр (3 раза за беременность).
2. Повторное определение уровня глюкозы или гликированного гемоглобина в венозной крови натощак в сроке 24–26 нед. Для беременной женщины нормальное значение глюкозы натощак составляет  $<5,1$  ммоль/л, уровня гликированного гемоглобина —  $<6,5\%$ . При значениях глюкозы  $\geq 5,1$  ммоль/л или гликированного гемоглобина  $\geq 6,5\%$  беременную женщину следует направить на консультацию к эндокринологу.
3. Проведение перорального глюкозотолерантного теста с 75 г глюкозы в 24–28 нед беременности в случае, если у нее не было выявлено нарушение углеводного обмена<sup>2</sup>.
4. Биохимический анализ крови — в III триместре беременности с определением уровней общего белка, мочевины, креатинина, общего билирубина, прямого билирубина, аланинаминотрансферазы, аспаратаминотрансферазы и глюкозы.
5. Общий (клинический) анализ мочи при каждом визите к акушеру-гинекологу или определение на приеме тест-полосками.
6. Коагулограмма выполняется в III триместре беременности, перед родами.
7. Анализы крови на АТ к ВИЧ, сифилису, гепатитам В и С должны быть повторно проведены в III триместре беременности перед родами.
8. У резус-отрицательных женщин, беременных от резус-положительного партнера, уровни анти-Rh(D)-АТ должны быть определены в сроках 18 и 28 нед — до проведения специфической профилактики резус-изоиммунизации. После проведения специфической профилактики анти-Rh(D)-иммуноглобулином определение анти-Rh(D)-АТ не проводится.
9. Определение антигена стрептококка группы В (*S. agalactiae*) в отделяемом цервикального канала в 35–37 нед беременности.

<sup>1</sup> Акушерство: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 1080 с.

<sup>2</sup> Гестационный сахарный диабет. Клинические рекомендации Минздрава РФ, 2016.

10. Микроскопическое исследование влагалищных мазков (влагалищного отделяемого) на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*), трихомонады (*Trichomonas vaginalis*), дрожжевые грибы<sup>1, 2</sup>.

## ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Ультразвуковой скрининг II триместра в 18–20 нед беременности для оценки роста плода, диагностики ранних форм задержки роста плода, исключения врожденных аномалий развития, оценки экстраэмбриональных структур (локализации, толщины, структуры плаценты, количества околоплодных вод) и УЗИ шейки матки (ультразвуковая цервикометрия) в медицинской организации, осуществляющей пренатальную диагностику. Дополнительные УЗИ во II триместре беременности могут быть назначены при отсутствии или нарушении частоты сердечных сокращений плода (тахикардия, брадикардия, аритмия) во время аускультации частоты сердечных сокращений плода.
2. УЗИ плода при сроке беременности 30–34 нед для диагностики поздно манифестирующих пороков развития плода, крупного или маловесного плода. Группу высокого риска акушерских и перинатальных осложнений составляют женщины с наличием в анамнезе ПЭ, ПР, задержки роста плода, предлежания плаценты и в случае несоответствия высоты стояния дна матки сроку беременности, согласно гравидограмме.
3. Дополнительные УЗИ в III триместре беременности (после 34–36 нед) могут быть назначены для уточнения при подозрении на неправильное положение или предлежание плода, при отсутствии или нарушении частоты сердечных сокращений плода (тахикардия, брадикардия, аритмия) во время аускультации частоты сердечных сокращений плода, при несоответствии размеров матки и срока беременности.
4. Ультразвуковая цервикометрия проводится у беременных группы высокого риска позднего выкидыша и ПР с 15–16 до 24 нед беременности с кратностью 1 раз в 1–2 нед<sup>3</sup>.

К группе высокого риска развития позднего выкидыша и ПР относятся пациентки с указанием на наличие поздних выкидышей/ПР в анамнезе.

5. Рекомендовано направлять беременную пациентку группы высокого риска акушерских и перинатальных осложнений (ПЭ, ПР, задержки роста плода) на проведение ультразвуковой доплерографии маточно-плацентарного кровотока во время ультразвукового скрининга II триместра (при сроке беременности 18–20 нед)<sup>4</sup>, и в III триместре беременности (при сроке беременности 30–34 нед).
6. Кардиотокография плода проводится с 33 нед беременности с кратностью 1 раз в 2 нед.

<sup>1</sup> Antenatal Care. Routine care for the Healthy Pregnant Woman. NICE&NCCWCH, RCOG Press, 2008.

<sup>2</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

<sup>3</sup> Истмико-цервикальная недостаточность. Клинические рекомендации Минздрава РФ. 2018.

<sup>4</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».