Проект 2024 год

**КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

**АНТЕНАТАЛЬНЫЙ УХОД**

**1. Вводная часть.**

**1.1 Код(ы) МКБ-10**:

|  |  |
| --- | --- |
| **Код** | **Название** |
| 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 абортивными 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 |
| 36.0 | Антенатальный скрининг для выявления хромосомных аномалий |
| Z36.3 | Антенатальный скрининг с помощью ультразвука или других физических методов для выявления аномалий развития |
| Z36.4 | Антенатальный скрининг с помощью ультразвука или других физических методов для выявления задержки роста плода |
| Z36.5 | Антенатальный скрининг для выявления изоиммунизации |

**1.2 Дата разработки и пересмотра протокола:**2013 год (пересмотр2022 год).

**1.3 Сокращения, используемые в протоколе;**

|  |  |
| --- | --- |
| Аббревиатура | Расшифровка |
| RW |  – реакция Вассермана; |
| АД | – артериальное давление; |
| АНУ | – антенатальный уход; |
| ВДМ | – высота дна матки;  |
| ВРТ | – вспомогательные репродуктивные технологии; |
| ВИЧ | – вирус иммунодефицита человека; |
| ИМТ | – индекс массы тела; |
| ЗРП | – задержка роста плода;  |
| МСМ | - материнские сывороточные маркеры |
| ПГТТ | – пероральный глюкозотолерантный тест;  |
| ПЦР | – Полимеразная цепная реакция; |
| ПР | – преждевременные роды;  |
| ПЭ | – преэклампсия;  |
| ТЭО | – тромбоэмболические осложнения; |
| ТГВ | – тромбоз глубоких вен; |
| УЗИ | – ультразвуковое исследование;  |
| ЭКО | – экстракорпоральное оплодотворение; |
| ЭКГ | – электрокардиограмма; |
| КП | – клинический протокол. |

**1.4 Пользователи протокола –** врачи акушеры-гинекологи, врачи общей практики, терапевты, акушерки, средние медицинские работники.

**1.5 Категория пациентов –** женщины во время беременности и послеродовом периоде.

**1.6 Шкала уровня доказательности;**

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

**1.7 Определение**

**Антенатальный уход.** Антенатальный уход/помощь предоставляемая квалифицированными медицинскими работниками беременным женщинам в целях обеспечения лучших условий для здоровья матери и плода во время беременности. Компонентами дородовой помощи являются выявление рисков, профилактика и лечение патологии беременности и сопутствующих заболеваний, санитарное просвещение и пропаганда здорового образа жизни. АНУ снижает материнскую и перинатальную заболеваемость и смертность, как непосредственно путем выявления и лечения осложнений беременности, так и опосредованно путем выявления беременных женщин с высоким риском осложнений и их направления на консультацию на соответствующий уровень оказания медицинской помощи[1,2].

**Цель антенатального ухода**

1. **Первичный осмотр беременной.** Определение жалоб, сбор анамнеза, общий и акушерский осмотр, инструментальные и лабораторные исследования, консультации профильных специалистов (по показаниям). Эти мероприятия проводятся с целью: определения факторов риска развития осложнений беременности и родов, планирование индивидуального плана антенатального наблюдения. Повторная оценка проводится при каждом последующем посещение, назначение или изменение существующего плана наблюдения.

**2. Мониторинг состояния беременной и плода на протяжении беременности.** Беременные женщины наблюдаются согласно стандартному плану антенатального наблюдения, состоящего из не менее 8 посещений. Беременная обследуется для своевременного выявления отклонений от физиологического течения беременности. При наличии факторов риска, сопутствующих состояний/заболеваний или возникновения осложнений со стороны матери и/или плода, частота и содержание антенатальных посещений меняется и применяется существующий протокол диагностики и лечения.

**3. Информирование, консультирование и поддержка.** Предоставление рекомендаций по образу жизни, личной гигиене и питании, половой жизни. Консультирование по неотложным состояниям, которые могут потребовать срочного обращения за медицинской помощью, дискомфортным состояниям, возникающим во время беременности**.**

**4. Психоэмоциональная подготовка** к родам и роли родителя, рекомендуется посещение школы подготовки к родам.

**1.8 Классификация (по этиологии, стадиям):** нет**.**

**2. Методы, подходы и процедуры диагностики.**

**2.1 Диагностические критерии.**

Комплекс диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, направленных на оценку состояния здоровья беременной и плода.

**Жалобы и анамнез.** Жалоба на отсутствие менструации.

При сборе общего **анамнеза** на первом визите обратить внимание на:

* наличие наследственных, семейных заболеваний (указание на наличие у родственников первой линии таких заболеваний как, сахарный диабет, тромбоэмболические осложнения, гипертоническая болезнь, психические заболевания, акушерские и перинатальные осложнения), перенесенные заболевания в детском и взрослом возрасте, выявление перенесенных инфекционных заболеваний, профессиональных вредностей, состоит на диспансерном учете с хроническими заболеваниями, принимает лекарственные средства, имеет вредные привычки (курение, алкоголь, наркотические препараты);
* имеет аллергические реакции и их проявления;
* были ли гемотрансфузии, реакция на них, травмы и операции;
* при сборе специального анамнеза выяснить менструальную функцию: время появления менархе, длительность, регулярность, количество и болезненность менструального кровотечения, дата первого дня последней менструации;
* при выяснении половой функции: время начала половой жизни, состоит ли в браке, используемые методы контрацепции, перенесенные гинекологические заболевания, оперативные вмешательства на органах малого таза;
* при выяснении акушерского анамнеза определить число беременностей и родов, и их исходы в хронологическом порядке с указанием особенностей течения беременности и родов.
* Состояние здоровья супруга/партнера, группа крови и резус-фактор, наличие у него профессиональных вредностей и вредных привычек.
* Во время последующих посещений, следует обращать внимание на возникающие у беременной жалобы и тревожные признаки (см. Приложение 1).

**Физикальное обследование**:

* Диагностика беременности, наличие признаков беременности.

NB! Важно правильно определять срок беременности.

Акушерский (гестационный) срок определяют от первого дня последней менструации, предшествующей беременности. Если имеется разница 5 дней и более между сроком беременности по менструации и по УЗИ в первом триместре, следует брать за основу данные первого скринингового УЗИ, выполненного в сроке 10-14 недель беременности (УД-A)[1,2,3]. Определение акушерского (гестационного) срока беременности после ЭКО проводится следующим образом: дата переноса эмбриона соответствует сроку 2 недели беременности плюс количество дней жизни эмбриона на момент переноса (3-5 дней)[4]. При наступлении беременности в результате ВРТ расчет срока родов должен быть сделан по дате переноса эмбрионов (дата переноса «плюс» 266 дней (38 недель) «минус» число дней, равное сроку культивирования эмбриона)[5].

* Измерить массу тела, рост и рассчитать ИМТ при первом посещение до 12 недель.
* Провести пальпацию молочных желез, гинекологический осмотр при первом посещении беременной.
* Измерить артериальное давление и пульс, осмотр нижних конечностей при каждом посещении беременной пациентки.
* Измерить высоту дна матки (ВДМ) с ведением гравидограммы при каждом визите беременной с 20 недель, определить положение и предлежание плода после 34-36 недель беременности (см. Приложение 2).
* Проводить опрос беременной пациентки по поводу характера шевелений плода при каждом визите после 20 недель беременности. Нет доказательных данных по эффективности профилактики неблагоприятных перинатальных исходов на основании подсчета числа движений плода. Пациентке должны быть даны рекомендации, что при субъективном изменении активности и/или частоты шевелений плода, ей следует незамедлительно обратиться в родовспомогательную организацию для проведения дополнительного обследования (УД-С)[9].

**Лабораторные исследования:**

**Основные:**

* Общий анализ крови
* Глюкоза крови. Определение нарушения углеводного обмена при первом посещении путем определения уровня глюкозы в венозной крови натощак и в 24-28 недель беременности проведение ПГТТ в группе риска (УД-С)[3,7].
* Группа крови и резус-фактор;
* ВИЧ (100% претестовое консультирование, при получении согласия–тестирование),
* RW.
* Определение антител к вирусному гепатиту B в сыворотке крови
* Определения материнских сывороточных маркеров хромосомной патологии.
* Общий анализ мочи;
* Микробиологическое (культуральное) исследование средней порции мочи на бактериальные патогены однократно на выявление бессимптомной бактериурии при 1 посещении. Примечание: Бессимптомная бактериурия – это наличие колоний бактерий ≥ 105 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 (ЗРП) (УД-А)[3,7].
* Цитологическое исследование мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала при первом посещении. Примечание: Данное исследование проводится с целью скрининга рака шейки матки (УД-А)[3,7].

**Дополнительные:**

* Микроскопическое, бактериологическое и ПЦР исследование влагалищных мазков – при появлении жалоб на вагинальный дискомфорт, изменение характера выделений из половых путей, зуд, жжение, выделения с неприятным запахом (УД-В)[3].

**Инструментальные исследования:**

**Основные:**

* Пренатальный ультразвуковой скрининг в следующие сроки:

с 11 недель 0 дней по 13 недель 6 дней беременности;

с 19 недель 0 дней по 21 недели 0 дней беременности;

с 30 недель 0 дней по 32 недели 6 дней беременности.

**Дополнительные:** Исследования в зависимости от наличия экстрагенитальной патологии по соответствующим клиническим протоколам.

**Показания для консультации специалистов:**

* терапевт/ВОП/семейный врач – до 12 недель, в 30 недель и при наличии экстрагенитальных заболеваний;
* эндокринолог – при заболеваниях эндокринной системы;
* нефролог/уролог – при заболеваниях и нарушениях функции почек;
* гематолог – при заболеваниях органов кроветворения и крови;
* невролог – при заболеваниях нервной системы;
* кардиолог – при заболеваниях сердечно-сосудистой системы;
* ревматолог – при системных и ревматических заболеваниях;
* инфекционист – при инфекционных заболеваниях;
* дерматовенеролог – при заболеваниях кожи и ее придатков, инфекциях, передаваемых половым путем;
* хирург – при наличии варикозного расширения вен, геморроя, трещин и другой патологии прямой кишки;
* стоматолог – при патологии десен, полости рта, зубов;
* гастроэнтеролог – при заболеваниях пищеварительной системы.

**2.1 Диагностический алгоритм:**

**Акушер-гинеколог**

**Жалобы, анамнез, физикальные данные**

**Лабораторные исследования:** ОАК, Группа крови., резус фактор, глюкоза крови, ВИЧ, RW, антитела к гепатиту В, МСМ, ОАМ, бак посев мочи, онкоцитология

**Инструментальные исследования:** Пренатальный ультразвуковой скрининг

**Консультации профильных специалистов:** для выявления экстрагенитальной патологии

**Взятие на учет по беременности**

Беременность подтверждена?

НЕТ

Дообследование

ДА

**2.2 Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:** нет.

**3. Тактика лечения на амбулаторном уровне.**

* 1. **Немедикаментозное лечение**:

Основной принцип антенатального ухода — это индивидуальное ведение беременности и мультидисциплинарный подход с учетом факторов риска (акушерского, соматического и социального статуса каждой беременной женщины).

**Режим:**

**Исключение факторов риска для профилактики осложнений беременности:**

* **Отказ от курения.**

Примечание: Курение во время беременности ассоциировано с такими осложнениями как ЗРП, ПР, предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, гипотиреоз у матери, преждевременное излитие околоплодных вод, низкая масса тела при рождении, перинатальная смертность и эктопическая беременность, внезапная детская смерть, повышенный риск заболеваемости бронхиальной астмой, кишечными коликами и ожирением у ребенка (УД-В) [2,3,6].

* **Отказ от приема алкоголя** во время беременности, особенно в 1-м триместре. Алкоголь негативно влияет на течение беременности вне зависимости от принимаемой дозы алкоголя: алкогольный синдром плода и задержка психомоторного развития (УД-С)[2,3].
* **Прибавка массы тела в зависимости от исходного ИМТ**: избыточная или недостаточная прибавка массы тела во время беременности ассоциирована с акушерскими и перинатальными осложнениями.

Примечание: Беременные пациентки с ожирением (ИМТ≥30 кг/м) составляют группу высокого риска перинатальных осложнений: самопроизвольного выкидыша, ГСД, гипертензивных расстройств, ПР, оперативного родоразрешения, антенатальной и интранатальной гибели плода, ТЭО. Беременные с ИМТ≤18,5 кг/м составляют группу высокого риска по развитию ЗРП (УД-А). Беременной пациентке должны быть даны рекомендации по правильному питанию, такие как отказ от вегетарианства и снижение потребления кофеина**.** Вегетарианство во время беременности увеличивает риск ЗРП. Большое количество кофеина (более 300 мг/сут) увеличивает риск прерывания беременности и рождения маловесных детей. (УД-В)[3,4,7].

Таблица 1 Содержание антенатального ухода

|  |
| --- |
| I посещение – в сроке 10-12 недель |
| Консультирование | * сбор анамнеза, выявление факторов риска (см Приложение 3 и соответствующие КП «Гипертензивные состояния при беременности», «Дефицитные анемии у беременных», «Послеродовые кровотечения», «Преждевременные роды», «Многоплодная беременность», «Сахарный диабет во время беременности» и др.);
* посещение специалиста, ведущего антенатальный уход с представителем семьи;
* предоставить пациентке информацию с возможностью обсуждать проблемы и задавать вопросы; предложить устную информацию, подкрепленную печатной информацией;
* по опасным симптомам и действиях при них, образе жизни, гигиене и питании
* профилактические мероприятия (фолиевая кислота, препараты железа),
* выявление признаков депрессии, домашнего насилия – при выявлении направление к психологу;
* график антенатальных посещений;
* беременную научить знать тревожные признаки и своевременно обращаться за медицинской помощью;
* проведение ПСК перед тестированием на ВИЧ инфекцию.
 |
| Обследование: | подсчет индекс массы тела. ИМТ = вес (кг)/рост(м2):* + низкий ИМТ <18,5;
	+ нормальный 18,6-24,9;
	+ избыточный 25-30;
	+ ожирение >30;
	+ измерение АД, пульса;
* осмотр нижних конечностей на предмет наличия варикозного расширения вен;
* гинекологическое обследование;
* осмотр молочных желез для выявления онкопатологии;
* УЗИ в 11 недель 0 дней по 13 недель 6 дней беременности для пренатальной диагностики, уточнения срока беременности, выявления многоплодной беременности.
* ЭКГ.
 |
| Лабораторные исследования: | * Общий анализ крови, глюкоза крови;
* Общий анализ мочи;
* Группа крови и резус-фактор;
* Бактериологический посев мочи–скрининг (до 16 недель беременности);
* исследование на половые инфекции при наличии жалоб и/или клинических симптомах (патологические выделения, зуд, жжение, неприятный запах);
* мазок на онкоцитологию, если скрининг не проведен в течение последних 12 месяцев.
* ВИЧ (100% претестовое консультирование, при получении согласия–тестирование),
* RW.

- Определение антител к вирусному гепатиту B в сыворотке крови - Определения материнских сывороточных маркеров хромосомной патологии  |
| Консультация специалистов  | * Терапевт/ВОП/семейный врач
* Профильных специалистов по показаниям
 |
| Лечебно-профилактические мероприятия: | * фолиевая кислота 400 мкг ежедневно в течение первого триместра, в группе риска по развитию ВПР 800 – 1000 мкг/сут (УД – 2А)[2].

- Ежедневный прием препаратов железа в дозе 30-60 мг с 12 недель беременности. Если ежедневный прием железа невозможен из-за побочных эффектов, принимать внутрь препарат железа в дозе 120 мг 1 раз в неделю. При диагностике анемии см КП «Дефицитные анемии у беременных»).При наличии факторов риска по развитию преэклампсии:* прием аспирина (75-150 мг в сутки) с 12 недель до 36 недель,
* препарат кальция (не менее 1 г/сут, внутрь) рекомендуется женщинам с 12 недель с низким уровнем потребления кальция с пищей (<600 мг/сут) для профилактики ПЭ (УД-А) (см КП «Гипертензивные состояния при беременности»).
 |
| II посещение в сроке 16-20 недель |
| Консультирование | * Обзор, обсуждение и запись результатов всех пройденных скрининговых тестов;
* Выяснить наличие симптомов осложнений данной беременности
* Предоставлять информацию с возможностью обсуждения проблем, вопросов, «Тревожные признаки во время беременности» (см. Приложение 1)

- Рекомендовать занятия в школе по подготовке к родам |
| Обследование | * Измерение АД, пульса
* осмотр нижних конечностей
* Измерение высоты дна матки с 20 недель (отражать на гравидограмме) (Приложение 2).
 |
| Лабораторное обследование: | * Анализ мочи на белок
 |
| Инструментальное исследование: | * Скрининговое УЗИ 19 недель 0 дней по 21 недели 0 дней беременности
 |
| III посещение–в сроке 26 недель |
| Консультирование | * выявить симптомы осложнений данной беременности;
* при необходимости пересмотр плана ведения беременности, направление и консультирование врача акушера – гинеколога, если беременность ведется акушеркой или врачом ВОП/семейным врачом
* Предоставлять информацию с возможностью обсуждения проблем, вопросов «Тревожные признаки во время беременности» (Приложение 1)
 |
| Обследование: | * Измерение АД, пульса
* осмотр нижних конечностей
* измерение высоты дна матки (анализ данных в гравидограмме)
* аускультация сердцебиения плода
 |
| Лабораторные обследования: | * Анализ мочи на белок
* Определение антител при резус-отрицательном факторе крови 26-28 недель.

- Пероральный тест на гипергликемию между 24 и 28 неделями беременности при наличии факторов риска: ИМТ более 30 кг/м2 при взятии на учет, гестационный сахарный диабет в анамнезе, макросомия в анамнезе, семейный анамнез сахарного диабета, глюкозурия (См. КП «Сахарный диабет во время беременности»).  |
| Лечебно-профилактические мероприятия: | -Введение анти-Д иммуноглобулина человеческого в 28-30 недель беременным с резус-отрицательным фактором крови без титра антител. Если биологический отец ребенка имеет резус-отрицательную кровь данное исследование и введение иммуноглобулина не проводится (УД-В) [3,8]. |
| * IV посещение- в сроке 30 недель
 |
| Консультирование | * выявление симптомов осложнений данной беременности, тревожные признаки
* при необходимости пересмотр плана ведения беременности и консультирование врача акушера –гинеколога.
* Предоставлять информацию с возможностью обсуждения вопросов;
 |
| Консультация специалистов | * Терапевт/ВОП/ семейный врач
 |
| Обследование: | * Повторное измерение массы тела у женщин с исходным низким показателем ИМТ (ниже 18,5)
* Измерение АД, пульса;
* осмотр нижних конечностей
* измерение высоты дна матки (анализ данных в гравидограмме)
* аускультация сердцебиения плода
* Оформление дородового отпуска 30 недель
 |
| Лабораторные исследования: | * RW
* ВИЧ
* Общий анализ крови
* Общий анализ мочи
 |
| Инструментальное исследование: | * Скрининговое УЗИ 30 недель 0 дней по 32 недели 6 дней беременности
 |
| * V посещение - в сроке 34 недель
 |
| Консультирование | * выявление симптомов осложнений данной беременности
* при необходимости пересмотр плана ведения беременности
* Предоставлять информацию с возможностью обсуждения вопросов, занятиями в школе по подготовке к родам
 |
| Обследование: | * Измерение АД, пульса
* осмотр нижних конечностей
* измерение высоты дна матки (анализ данных в гравидограмме)
* аускультация сердцебиения плода
 |
| Лабораторные исследования: | * Анализ мочи на белок
 |
| VI посещение - в сроке 36 недель  |
| Консультирование | - выявление симптомов осложнений данной беременности.- при диагностировании тазового предлежания плода, наличии рубца на матке предоставить дополнительную информацию – см. КП «Кесарево сечение», «Ведение беременности и родов при тазовом предлежании плода».* при необходимости пересмотр плана ведения беременности, направление и консультирование врача акушера – гинеколога

− Предоставлять информацию с возможностью обсуждения вопросов по темам «Грудное вскармливание. Послеродовая контрацепция». |
| Обследование: | - наружное акушерское обследование (определить положение и предлежание плода);- осмотр нижних конечностей − измерение АД, пульса- измерение высоты дна матки (анализ данных в гравидограмме)- аускультация сердцебиения плода |
| Лабораторные исследования: | - Анализ мочи на белок,  |
| * VII посещение - в сроке 38 недель
 |
| Консультирование | * выявление симптомов осложнений данной беременности
* Предоставлять информацию с возможностью обсуждения вопросов по темам «Грудное вскармливание. Послеродовая контрацепция. Переношенная беременность»
 |
| Обследование: | * измерение АД, пульса
* осмотр нижних конечностей (варикозное расширение вен)
* наружное акушерское обследование (положение плода);
* измерение высоты дна матки (анализ данных в гравидограмме)
* аускультация сердцебиения плода
 |
| Лабораторные обследования: | * анализ мочи на белок
 |
| * VIII посещение -в сроке до 40 недель + 6 дней
 |
| Консультирование | - выявление симптомов осложнений данной беременности, обсуждение тревожных признаков.- при необходимости пересмотр плана ведения беременности, направление и консультирование врача акушера– гинеколога.- Предоставить информацию с возможностью обсуждения вопросов и проблем.- Обсуждение вопроса о госпитализации для родоразрешения в 41 неделю. См КП «Переношенная беременность»  |
| Обследование: | * Измерение АД, пульса
* осмотр нижних конечностей (варикозное расширение вен)
* наружное акушерское обследование (положение плода);
* измерение высоты дна матки (анализ данных в гравидограмме)
* аускультация сердцебиения плода
 |
| Лабораторные исследования: | * анализ мочи на белок
 |

* 1. **Медикаментозное лечение:**
* Беременной пациентке назначается пероральный прием фолиевой кислоты на протяжении первых 12 недель беременности в дозе 400 мкг в день. Назначение фолиевой кислоты на протяжении первых 12 недель беременности снижает риск рождения ребенка с дефектом нервной трубки (анэнцефалия, расщепление позвоночника и др.). В группе умеренного риска по ВПР доза 800-1000 мкг/сут (УД-А)[2,3,7].
* Для профилактики анемии, послеродового сепсиса, рождения маловесных детей и преждевременных родов беременным назначается ежедневный прием внутрь препаратов железа в дозе 30-60 мг в пересчете на железо c 12 недель.
* Дополнительное введение витамина D во время беременности 600 МЕ/сут-4000 МЕ/сут снижает риск преэклампсии, гестационного диабета, низкой массы тела при рождении и тяжелого послеродового кровотечения (УД-А)[10]. К группе высокого риска гиповитаминоза витамина D относятся женщины с темной кожей, имеющие ограничения пребывания на солнце, со сниженным уровнем потребления мяса, жирной рыбы, яиц, с ИМТ до беременности ≥30 кг/м. (УД-В) [2-7]. Добавки витамина D представляются безопасными (УД-А)[10].

**Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100 % вероятность применения):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Фармакотерапевтическая группа | МНН лекарственного средства | Способ применения | Уровень доказательности |
| Витамин | Фолиевая кислота | Перорально 400 мкг в сутки  | А [2] |
| Нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты | Ацетилсалициловая кислота | Перорально 75-150 мг в сутки с 12 недель до 36 недель беременности (в группе риска по преэклампсии) | В [3,6] |
| [Препараты](https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/292) кальция  | Кальций  | Перорально 1 г в сутки на протяжении всей беременности (в группе риска по преэклампсии) | В [2] |
| [Иммуноглобулин](https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/279)ы специфические  | Иммуноглобулин Анти-D(Rh) | внутримышечно (рекомендуемая доза в зависимости от формы выпуска) в 28 недель при отсутствии антител | А [3,8] |
| Препараты железа | Железа (III гидроксид декстран (Ferric (III) hydroxide destrane)Железа (III) гидроксид полимальтозат (Ferric (III) hydroxide polymaltosate)Железа (III) гидроксид сахарозный комплекс (Ferric (III) hydroxide sacharose complex)Железа глюконат (Ferrous gluconate)Железо в виде железа бисглицината хелатаЖелеза карбоксимальтозат (Ferric carboxymaltosate)Железа сульфат (Ferric sulfate)Железа фумарат (Ferrous fumarate) | 30-60 мг элементарного железа в сутки  | А [2] |

**Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100 % вероятности применения):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Фармакотерапевтическая группа** | **МНН лекарственного средства** | **Способ  применения** | **Уровень доказательности** |
| Витамин Д и его производные | Колекальциферол | 600-4000 МЕ в сутки  | В [2.3] |

**3.3 Хирургическое вмешательство** – нет.

**3.4 Дальнейшее ведение**: Во время наблюдения следует обращать внимание на возникающие у беременной жалобы и тревожные признаки (Приложение 1). При появлении данных признаков, следует пересмотреть план ведения, при необходимости вовремя госпитализировать в медицинскую организацию соответствующего уровня регионализации перинатальной помощи, беременную научить знать тревожные признаки и своевременно обращаться за медицинской помощью.

**3.5 Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:**

* своевременное выявление осложнений
* своевременная госпитализация по показаниям;
* отсутствие материнской и перинатальной смертности.
1. **ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:** нет.
2. **ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ:** нет.

**6. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе**:

1. Наблюдение за беременной в установленные сроки;
2. Полный перечень лабораторных и инструментальных исследований;
3. своевременное выявление осложнений и госпитализация по показаниям;

**7. Организационные аспекты протокола:**

**7.1 Список разработчиков протокола с указание квалификационных данных;**

1. Копобаева Ирина Леонидовна – магистр здравоохранения НАО «Медицинский университет Караганды», ассистент-профессор, врач акушер-гинеколог высшей категории.
2. Исенова Сауле Шакеновна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова»
3. Сармулдаева Шолпан Куанышбековна – врач акушер гинеколог высшей категории, кандидат медицинских наук, доцент кафедры клинических дисциплин ВШМ ФМиЗ КазНУ им.Аль Фараби.
4. Баймурзаева Лилия Григорьевна – врач акушер-гинеколог высшей категории, заведующий отделением института репродуктивной медицины г.Алматы
5. Исатаева Нагима Мухамедрахимовна – кандидат медицинских наук, эксперт по стандартизации здравоохранения, консультант Странового офиса ЮНФПА в Казахстане.
6. Гребенникова Галина Александровна – магистр медицинских наук, врач акушер-гинеколог, национальный консультант ЮНФПА, Казахстанская ассоциация по половому и репродуктивному здоровью (КМПА).
7. Ажетова Жанерке Рахимбаевна – акушер-гинеколог высшей категории, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии АО МУА, заместитель по вопросам материнства ТОО Салауатты Астана, эксперт ТОО Экомед Плюс
8. Акшалова Асель Талгатбековна – клинический фармаколог, АО «НЦАГиП».

**7.2 Указание на отсутствие конфликта интересов:** нет.

**7.3 Рецензенты:**

1) Тинатин Гагуа - д.м.н. эксперт ВОЗ, Профессор Медицинского университета Давида Твильдиани г. Тбилиси, Грузия. Руководитель программы резидентуры.

2) Нартаева Мухабат Моминовна - АО «НЦАГиП», руководитель отдела непрерывного образования, ассоциированный профессор, врач акушер-гинеколог высшей категории.

3) Тогызбаева Карлыгаш Тулебаевна - КФ «UMC», заведующий программой «Ведение беременных группы риска с экстрагенитальной патологией» департамента женского здоровья, кандидат медицинских наук.

**7.4 Указание условий пересмотра протокола:** пересмотр протокола через 5 лет после его разработки или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

**7.5 Список использованной литературы:**

# Шотландская межвузовская сеть руководящих принципов. Руководство для разработчиков. Краткое справочное руководство. Ноябрь 2015.

# WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. ISBN 9789241549912. 2016. WHO. Geneva. Ссылка: https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912.

1. Antenatal care. NICE guideline Published: 19 August 2021.[www.nice.org.uk/guidance/ng201](http://www.nice.org.uk/guidance/ng201).

# Национальное руководство. Акушерство. 2-е изд.. под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. 2022 г. Гэотар, Стр: 1080

1. Pregnancy Due Date and Gestational Age Calculator https://perinatology.com/calculators/Due-Date.htm
2. WHO recommendations on drug treatment for non-severe hypertension in pregnancy. 11 August 2020. Guideline. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240008793>.
3. Клинические рекомендации РОАГ. Нормальная беременность. ID:288. 2020г. <https://roag-portal.ru/recommendations_obstetrics>
4. Guidelines National Blood Authority, 2021. Prophilactic use of Rh D immunoglobulin in pregnancy care. Canberra ACT 2601.Email: guidelines@blood.gov.au
5. Mangesi L, Hofmeyr GJ, Smith V, Smyth RMD. Fetal movement counting for assessment of fetal wellbeing. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(10):CD004909.
6. Palacios C, Trak‐Fellermeier MA, Martinez RX, Lopez‐Perez L, Lips P, Salisi JA, John JC, Peña‐Rosas JP. Regimens of vitamin D supplementation for women during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 10. Art. No.: CD013446. DOI: 10.1002/14651858.CD013446. Accessed 15 February 2024.

Приложение 1

к клиническому протоколу диагностики и лечения «Антенатальный уход», одобренному Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения

Республики Казахстан

от «\_\_» \_\_\_\_\_\_ 202\_ года

**ТРЕВОЖНЫЕПРИЗНАКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

При появлении хотя бы одного из перечисленных тревожных признаков, следует немедленно обратиться за медицинской помощью

* Рвота по утрам (более 3-5раз)
* Кровянистые выделения из половых путей;
* Обильные жидкие выделения из влагалища;
* Постоянная головная боль, нарушение зрения с появлением в глазах пятнышек или вспышек;
* Внезапный и быстро нарастающий отек рук или лица;
* Повышение температуры до 38ºС и более;
* Сильный зуд и жжение во влагалище или усилившиеся влагалищные выделения;
* Жжение и боль при мочеиспускании;
* Сильная не стихающая боль в животе, даже когда вы лежите и расслабляетесь;
* Более 4-5 схваток в течение часа;
* Если вы ушибли живот во время падения, автомобильной аварии или кто-то вас ударил;
* После 24 недель беременности имеются субъективные изменения активности и/или частоты шевелений плода.

Приложение 2

к клиническому протоколу диагностики и лечения «Антенатальный уход», одобренному Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения

Республики Казахстан

от «\_\_» \_\_\_\_\_\_ 202\_ года

# ГРАВИДОГРАММА

 Заполнение и 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. Вариант нормы находится между указанными линиями (10-90 перцентили). Важно не только следить, чтобы нахождение измеренной высоты было в диапазоне нормы, но и отмечать динамику роста (параллельность линиям).

Недели беременности

Приложение 3

к клиническому протоколу диагностики и лечения «Антенатальный уход», одобренному Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения

Республики Казахстан

от «\_\_» \_\_\_\_\_\_ 202\_ года

**Оценка риска венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) в акушерстве**

 **(Королевский колледж акушеров и гинекологов рекомендации №37а, 2015) (RCOG Green-top Guideline No. 37а, 2015)**

**ФИО пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ИИН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Фактор риска** | Баллы | ДА/НЕТ |
| Перенесенное ранее ВТЭО не связанное с хирургическим вмешательством | 4 |  |
| Перенесенное ранее ВТЭО, спровоцированное крупным хирургическим вмешательством | 3 |  |
| Сопутствующие заболевания (онкология, сердечная недостаточность, СКВ, воспалительные заболевания кишечника, нефротический синдром, СД 1 типа, СКА) | 3 |  |
| Употребление наркотиков в настоящее время | 3 |  |
| Семейный анамнез ВТЭО у ближайших родственников | 1 |  |
| Генетическая тромбофилия низкого риска | 1 |  |
| **Возраст старше 35 лет** | 1 |  |
| ИМТ >30 / >40 | 1/2 |  |
| Количество родов в анамнезе (> 3) | 1 |  |
| Курение | 1 |  |
| Варикозное расширение крупных вен | 1 |  |
| **Акушерские факторы риска** |  |  |
| Преэклампсия во время текущей беременности/Тяжелая преэклампсия | 1/2 |  |
| ВРТ  | 1 |  |
| Многоплодная беременность | 1 |  |
| Плановое кесарево сечение | 1 |  |
| Экстренное кесарево сечение | 2 |  |
| Наложение акушерских щипцов | 1 |  |
| Роды более 24 ч. | 1 |  |
| Послеродовое кровотечение >1 л (или гемотрансфузия) | 1 |  |
| Преждевременные роды (до 37 недель) | 1 |  |
| Мертворождение/Антенальная гибель плода | 1/2 |  |
| Тромбофилия высокого риска (мутация F5 или F2, АФС, дефицит АТ III, протеина С, протеина S  | 3 |  |
| **Транзиторные факторы риска** |  |  |
| Хирургическое вмешательство во время беременности или в послеродовом периоде (включая стерилизация) | 3 |  |
| Рвота тяжелой степени | 3 |  |
| Синдром гиперстимуляции яичников | 4 |  |
| Текущая системная инфекция | 1 |  |
| Иммобилизация/постельный режим/длительная езда за рулем/сидячая работа | 1 |  |
| Дегидратация | 1 |  |
| **ВСЕГО** |  |  |
| **Очень низкий (1 балл)** - подвижность и избегание обезвоживания**Низкий (2 балла)** - в постнатальном периоде тромбопрофилактика НМГ не менее 10 дней**Средний (3 балла)** - в антенатальном периоде тромбопрофилактика НМГ с 28 недель, в постнатальном периоде до 6 недель **Высокий (4 балла и** ≥ **)** -в антенатальном периодетромбопрофилактика НМГ с 1 триместра, в постнатальном периоде до 6 недель |  |  |