

ОГЛАВЛЕНИЕ

ЧАСТЬ 1

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

РАЗДЕЛ I

АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ ЖЕНЩИНАМ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

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

РАЗДЕЛ II

ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

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

Раздел I

АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ ЖЕНЩИНАМ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

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 осложнений¹.

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-

¹ 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**¹;



¹ 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)¹.

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 м²).**
 - 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.

¹ 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^{1, 2}.
 - 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 крови³.
 - 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 крови⁴.
 - 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-

¹ 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)».

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

³ 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)».

⁴ Guidelines for Perinatal Care. 8th Edition. ACOG&AAP, 2017.

- бина в I триместре составляет ≥ 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 ≥ 30 кг/м², 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^{1, 2}.
 - 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 АТ³ у резус-отрицательных женщин, беременных от резус-положительного партнера.
 12. Рекомендовано направлять беременную пациентку на проведение коагулограммы (ориентировочного исследования системы гемостаза) при 1-м визите⁴. 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 грибы⁴.

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

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

³ ACOG Practice Bulletin N. 192: Management of Alloimmunization during Pregnancy. March 2018.

⁴ 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 беременности¹ [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 патологией².

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 ≥ 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 диагностики³, 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

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

² 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)».

³ 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 плода¹.

Рекомендуемая еженедельная и общая прибавка веса в зависимости от индекса массы тела²

Категория	ИМТ (кг/м ²)	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.

¹ Antenatal care for uncomplicated pregnancies. RCOG 2008, updated February 2019.

² Guidelines for Perinatal Care. 8th Edition. ACOG&AAP, 2017.

Соответствие высоты стояния дна матки сроку беременности¹

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 обмена².
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.

¹ 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.

² Гестационный сахарный диабет. Клинические рекомендации Минздрава РФ, 2016.

10. Микроскопическое исследование влагалищных мазков (влагалищного отделяемого) на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*), трихомонады (*Trichomonas vaginalis*), дрожжевые грибы^{1, 2}.

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 нед³.

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)⁴, 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.

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

² 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)».

³ Истмико-цервикальная недостаточность. Клинические рекомендации Минздрава РФ. 2018.

⁴ 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)».

КОНСУЛЬТАЦИИ СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ

1. Консультация врача-терапевта в III триместре беременности.
2. Консультация врача-стоматолога в III триместре беременности.



ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

1. Развитие родовой деятельности.
2. Излитие или подтекание околоплодных вод.
3. Кровянистые выделения из половых путей, свидетельствующие об угрозе выкидыша.
4. Признаки угрожающих ПР.
5. Признаки преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.
6. Признаки истмико-цервикальной недостаточности.
7. Рвота беременных >10 раз в сутки и потеря массы тела >3 кг за 1–1,5 нед при отсутствии эффекта от проводимой терапии.
8. Однократное повышение диастолического АД (ДАД) ≥ 110 мм рт. ст. или двукратное повышение ДАД ≥ 90 мм рт.ст. с интервалом не менее 4 ч.
9. Повышение систолического АД (САД) ≥ 160 мм рт.ст.
10. Протеинурия (1+).
11. Симптомы полиорганной недостаточности (головная боль, нарушения зрения, боли в эпигастрии, рвота, симптомы поражения печени, олиго/анурия, нарушения сознания, судороги в анамнезе, гиперрефлексия).
12. Признаки хориоамнионита.
13. Задержка роста плода 2–3-й степени.
14. Нарушение функционального состояния плода по данным доплерометрии и кардиотокографии.
15. Внутриутробная гибель плода.
16. Острый живот.
17. Острые инфекционные и воспалительные заболевания.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР 3-Й ГРУППЫ

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

ПОКАЗАНИЯ К ВЫПИСКЕ ПАЦИЕНТА ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

1. После родов (см. клинические рекомендации «Послеродовая помощь и обследование»).
2. После купирования симптомов угрожающего выкидыша, угрожающих ПР, истмико-цервикальной недостаточности с прогрессирующей беременностью (см. клинические рекомендации «Выкидыш в ранние сроки беременности», «Преждевременные роды и родоразрешение», «Истмико-цервикальная недостаточность»).
3. После купирования симптомов рвоты беременных с пролонгирующей беременностью (см. клинические рекомендации «Рвота беременных»).

4. После купирования причины острого живота с пролонгирующейся беременностью.
5. После излечения острых инфекционных и воспалительных заболеваний с пролонгирующейся беременностью.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПИТАНИЮ И ОБРАЗУ ЖИЗНИ

1. Беременной пациентке должны быть даны рекомендации по отказу от работы, связанной с длительным стоянием или с излишней физической нагрузкой, работы в ночное время и работы, вызывающей усталость. Необходимо отказаться от работы, связанной с воздействием рентгеновского излучения.
2. Беременной пациентке должны быть даны рекомендации по отказу от курения в течение всей беременности и приема алкоголя, особенно в I триместре.
3. Как избыточная, так и недостаточная прибавка массы тела во время беременности ассоциирована с акушерскими и перинатальными осложнениями. Беременные пациентки с ожирением ($\text{ИМТ} \geq 30 \text{ кг/м}^2$) составляют группу высокого риска перинатальных осложнений: самопроизвольного выкидыша, гестационного СД, гипертензивных расстройств, ПР, оперативного родоразрешения, антенатальной и интранатальной гибели плода, тромбоемболических осложнений. Беременные с $\text{ИМТ} \leq 20 \text{ кг/м}^2$ составляют группу высокого риска задержки роста плода.
4. Здоровое питание во время беременности характеризуется достаточной калорийностью и содержанием белка, витаминов и минеральных веществ, получаемых в результате употребления в пищу разнообразных продуктов, включая зеленые и оранжевые овощи, мясо, рыбу, бобовые, орехи, фрукты и продукты из цельного зерна. Необходимо придерживаться следующих правил в питании: отказаться от вегетарианства, снизить потребление кофеина, избегать потребления непастеризованного молока, созревших мягких сыров, паштета и плохо термически обработанных мяса и яиц, так как эти продукты являются источниками листериоза и сальмонеллеза.
5. Необходимо отказаться от потребления рыбы, богатой метилртутью, снизить потребление пищи, богатой витамином А (например, говяжьей, куриной, утиной печени и продуктов из нее).
6. Беременной пациентке с нормальным течением беременности должна быть рекомендована умеренная физическая нагрузка (20–30 мин в день). Беременной должны быть даны разъяснения, что физические упражнения, не сопряженные с избыточной физической нагрузкой или возможной травматизацией, не увеличивают риск ПР и нарушение развития детей. Необходимо избегать физических упражнений, которые могут привести к травме живота, падениям, стрессу (например, контактные виды спорта, такие как борьба, виды спорта с ракеткой и мячом, подводные погружения).
7. Половые контакты при нормальном течении беременности не увеличивают риск ПР и перинатальной смертности, в связи с чем при отсутствии осложнений они не противопоказаны.
8. Беременной пациентке с нарушением микрофлоры влагалища должны быть даны рекомендации по воздержанию от половой жизни до восстановления микробиоты влагалища.

ПРИЕМ ВИТАМИНОВ И МИКРОЭЛЕМЕНТОВ

1. Беременной пациентке рекомендовано назначить пероральный прием фолиевой кислоты на протяжении первых 12 нед беременности в дозе 400 мкг в день^{1, 2, 3}. Назначение фолиевой кислоты на протяжении первых 12 нед беременности снижает риск рождения ребенка с дефектом нервной трубки (например, анэнцефалией или расщеплением позвоночника).
2. Беременной пациентке рекомендовано назначить пероральный прием препаратов йода (калия йодида) на протяжении всей беременности в дозе 200 мкг в день.
3. Беременной пациентке группы высокого риска ПЭ при низком потреблении кальция (менее 600 мг/день) рекомендовано назначить пероральный прием препаратов кальция на протяжении всей беременности в дозе 1 г в день.
4. Беременной пациентке группы высокого риска гиповитаминоза витамина D рекомендовано назначить пероральный прием витамина D) (АТХ Комбинация производных витаминов D) на протяжении всей беременности в дозе 10 мкг (400 МЕ) в день.
5. 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/м².
6. Беременной пациентке группы низкого риска авитаминоза не рекомендовано рутинно назначать прием поливитаминов. К группе высокого риска авитаминоза относятся женщины низкого социально-экономического класса, с неправильным образом жизни, недостатком питания, с особенностью диеты (вегетарианки).

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК ГРУПП ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ АКУШЕРСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ НОРМАЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ НАСТОЯЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

1. Беременной пациентке с наличием в анамнезе ранней или тяжелой ПЭ с профилактической целью рекомендовано назначить пероральный прием ацетилсалициловой кислоты с 12 до 36 нед беременности по 150 мг/день⁴.
2. При беременности, наступившей в результате ВРТ, рекомендовано назначение гестагенов (АТХ Половые гормоны и модуляторы половой системы) с момента трансвагинальной пункции яичников или в первые 3 сут после нее.
3. Беременной пациентке группы высокого риска самопроизвольного выкидыша рекомендовано назначить прием гестагенов с 1-го визита до 20 нед беременности.

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

² Maternal and child nutrition. NICE, March 2008.

³ WHO. Guideline: Daily iron and folic acid supplementation in pregnant women. Geneva, WHO, 2012.

⁴ Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и в послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия. Клинические рекомендации Минздрава РФ, 2016.

4. Беременной пациентке группы высокого риска ПР рекомендовано назначить прием препаратов прогестерона с 22 до 34 нед беременности^{1,2}.
5. Беременной резус-отрицательной пациентке с отрицательным уровнем антирезусных АТ, не выявленных в 28 нед, рекомендовано назначить введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) в 28–30 нед беременности в дозе, согласно инструкции к препарату, внутримышечно³.
6. В случае неинвазивного определения резус-отрицательной принадлежности крови плода по циркулирующим в крови матери внеклеточным фрагментам плодовой ДНК введение антирезусного иммуноглобулина Rho(D) в 28–30 нед не проводится.
7. Беременной резус-отрицательной пациентке с отрицательным уровнем антирезусных АТ при проведении амниоцентеза или биопсии ворсин хориона рекомендовано назначить введение антирезусного иммуноглобулина Rho(D) в дозе, согласно инструкции к препарату, внутримышечно.

¹ Истмико-цервикальная недостаточность. Клинические рекомендации Минздрава РФ, 2018.

² Преждевременные роды. Клинические рекомендации Минздрава РФ, 2013.

³ Antenatal Care. Routine care for the Healthy Pregnant Woman. NICE&NCCWCH, RCOG Press, 2008.



РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ



Беременной пациентке должны быть даны рекомендации по отказу от работы, связанной с длительным стоянием или с излишней физической нагрузкой, работы в ночное время и работы, вызывающей усталость. Необходимо отказаться от работы, связанной с воздействием рентгеновского излучения



Беременной пациентке должны быть даны рекомендации по отказу от курения в течение всей беременности и приема алкоголя, особенно в I триместре



Рекомендации по питанию. Как избыточная, так и недостаточная прибавка массы тела во время беременности ассоциирована с акушерскими и перинатальными осложнениями. Беременные пациентки с ожирением (ИМТ ≥ 30 кг/м²) составляют группу высокого риска перинатальных осложнений: самопроизвольного выкидыша, гестационного СД, гипертензивных расстройств, ПР, оперативного родоразрешения, антенатальной и интранатальной гибели плода, тромбоэмболических осложнений. Беременные с ИМТ ≤ 20 кг/м² составляют группу высокого риска задержки роста плода



Здоровое питание во время беременности характеризуется достаточной калорийностью и содержанием белка, витаминов и минеральных веществ, получаемых в результате употребления в пищу разнообразных продуктов, включая зеленые и оранжевые овощи, мясо, рыбу, бобовые, орехи, фрукты и продукты из цельного зерна. Необходимо придерживаться следующих правил в питании: отказаться от вегетарианства, снизить потребление кофеина, избегать потребления непастеризованного молока, созревших мягких сыров, паштета и плохо термически обработанных мяса и яиц, так как эти продукты являются источниками листериоза и сальмонеллеза



Необходимо отказаться от потребления рыбы, богатой метилртутью, снизить потребление пищи, богатой витамином А (например говяжьей, куриной, утиной печени и продуктов из нее)



Беременной пациентке с нормальным течением беременности должна быть рекомендована умеренная физическая нагрузка (20–30 минут в день). Беременной должны быть даны разъяснения, что физические упражнения, не сопряженные с избыточной физической нагрузкой или возможной травматизацией, не увеличивают риск ПР и нарушение развития детей. Необходимо избегать физических упражнений, которые могут привести к травме живота, падениям, стрессу (например, контактные виды спорта, такие как борьба, виды спорта с ракеткой и мячом, подводные погружения)



Половые контакты при нормальном течении беременности не увеличивают риск ПР и перинатальной смертности, в связи с чем при отсутствии осложнений они не противопоказаны



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

ВЕДЕНИЕ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Многоплодной называют беременность, при которой в организме женщины развиваются два или более плодов.

КОДЫ ПО МКБ-10

- О30 Многоплодная беременность.
- О30.0 Беременность двойней.
- О30.1 Беременность тройней.
- О30.2 Беременность четырьмя плодами.
- О30.8 Другие формы многоплодной беременности.
- О30.9 Многоплодная беременность неуточненная.
- О31 Осложнения, характерные для многоплодной беременности.
- О31.0 Бумажный плод.
- О31.1 Продолжающаяся беременность после аборта одного или более чем одного плода.
- О31.2 Продолжающаяся беременность после внутриутробной гибели одного или более чем одного плода.
- О31.8 Другие осложнения, характерные для многоплодной беременности.
- О32.5 Многоплодная беременность с неправильным предлежанием одного или нескольких плодов, требующая предоставления медицинской помощи матери.
- О33.7 Другие аномалии плода, приводящие к диспропорции, требующей предоставления медицинской помощи матери (сросшаяся двойня).
- О43.0 Синдромы плацентарной трансфузии.

КЛАССИФИКАЦИЯ (ОСНОВАНА НА КОЛИЧЕСТВЕ ПЛОДОВ, ТИПЕ ХОРИАЛЬНОСТИ И КОЛИЧЕСТВЕ АМНИОТИЧЕСКИХ ПОЛОСТЕЙ)

I. Двойни:

- дихориальная диамниотическая двойня — у каждого плода своя плацента и амниотическая полость;
- монохориальная диамниотическая двойня — плацента общая для плодов, две амниотические полости;
- монохориальная моноамниотическая двойня — у плодов общие плацента и амниотическая полость.

II. Тройни:

- трихориальная триамниотическая тройня — каждый из плодов имеет собственную плаценту и амниотическую полость;
- дихориальная триамниотическая тройня — у одного плода своя плацента, вторая плацента — общая для двух других плодов. У каждого из плодов собственная амниотическая полость;

- дихориальная диамниотическая тройня — у одного плода своя плацента и своя амниотическая полость, другая плацента и амниотическая полость — общие для двух других плодов;
- монохориальная триамниотическая тройня — плацента общая для трех плодов, но у каждого плода своя амниотическая полость;
- монохориальная диамниотическая тройня — плацента общая для трех плодов, у одного плода — отдельная амниотическая полость, два других находятся в общей амниотической полости;
- монохориальная моноамниотическая тройня — у всех трех плодов общие плацента и амниотическая полость.





ПРИМЕРЫ ДИАГНОЗОВ

- Беременность 7–8 нед. Дихориальная диамниотическая двойня.
- Беременность 19–20 нед. Монохориальная диамниотическая двойня. Фето-фетальный трансфузионный синдром Quintero II стадия.
- Беременность 22–23 нед. Монохориальная диамниотическая двойня. Синдром селективной задержки роста 2-го плода I тип.
- Беременность 28–29 нед. Монохориальная диамниотическая двойня. Головное предлежание 1-го плода.
- Беременность 30–31 нед. Трихориальная триамниотическая тройня. Тазовое предлежание 1-го плода.



ДИАГНОСТИКА

Критерии диагностики	Комментарии
1. Рекомендованы сбор анамнеза и оценка клинических данных	
1.1. Жалобы <ul style="list-style-type: none"> • Оценка жалоб и сбор общего и специального анамнеза у беременной с многоплодием проводятся по схеме, принятой при одноплодной беременности. • Срок беременности и родов устанавливают по дате последней менструации и данным УЗИ органов малого таза и плодов при 1-м визите беременной пациентки 	<ul style="list-style-type: none"> • Боли различной локализации, характера и интенсивности. • Наличие тошноты, рвоты. • Изжога. • Запоры. • При наступлении беременности в результате ВРТ, с целью определения срока учитывается дата переноса эмбрионов и срок культивирования
2. Рекомендовано физикальное обследование	
2.1. Объективное обследование <ul style="list-style-type: none"> • Измерение массы тела, роста, ИМТ, измерение АД. • Осмотр кожных покровов, пальпация молочных желез, осмотр и пальпация живота, пальпация лонного сочленения 	<ul style="list-style-type: none"> • Беременную обследуют акушер-гинеколог, терапевт, стоматолог, оториноларинголог, окулист, при необходимости эндокринолог, уролог, хирург, кардиолог, гематолог. • Проводится исследование органов кровообращения, дыхания, пищеварения, мочевыделительной, нервной и эндокринных систем

Критерии диагностики	Комментарии
<p>2.2. Гинекологический осмотр</p> <ul style="list-style-type: none"> • Наружное акушерское исследование. • Внутреннее акушерское исследование 	<ul style="list-style-type: none"> • Наружное акушерское исследование. • Аускультация сердцебиения плода. • Осмотр шейки матки в зеркалах. • Бимануальный влагалищный осмотр. • Определение размеров тела матки
3. Рекомендовано лабораторное обследование	
Лабораторное обследование проводится по схеме, принятой при одноплодной беременности	
4. Инструментальные методы обследования	
<p>В 11–13⁺⁶ нед беременности проведение комбинированного скрининга I триместра с последующим программным расчетом индивидуального риска рождения детей с хромосомной патологией.</p> <p>При беременности тремя и более плодами показано проведение экспертного УЗИ в 11–13 нед с оценкой анатомии плодов, маркеров хромосомных аномалий, толщины воротникового пространства.</p> <p>Беременным с многоплодием и высоким риском хромосомной патологии плодов по результатам комбинированного скрининга рекомендовано консультирование генетиком и, возможно, проведение инвазивной пренатальной диагностики.</p> <p>Во II триместре с целью проведения скрининга аномалий развития проведение УЗИ плодов в сроках 18–20⁺⁶ нед.</p> <p>УЗИ и ультразвуковая доплерография маточно-плацентарного, фето-плацентарного и плодового кровотока проводится всем беременным с монохориальным многоплодием с 16 нед беременности — каждые 2 нед.</p> <p>Проведение УЗИ плодов всем беременным с ди/трихориальным многоплодием с 16 нед беременности — каждые 4 нед.</p> <p>Характеристики, позволяющие диагностировать задержку роста плода/плодов</p>  <p>Характеристики, позволяющие диагностировать фето-фетальный трансфузионный синдром</p> 	<p>При многоплодной беременности дополнительно устанавливается тип хориальности и амниальности. При дихориальном типе плацентации характерно наличие λ-признака, при монохориальном — Т-признака. Отсутствие визуализации межамниотических оболочек между эмбрионами свидетельствует о наличии моноамниотического многоплодия. Диагноз неразделившихся близнецов также устанавливается во время 1-го ультразвукового исследования.</p>  <p>При невозможности однозначного определения типа хориальности многоплодную беременность рекомендовано вести как монохориальную, пока не будет подтверждено обратное.</p> <p>При монохориальном типе плацентации возможно развитие специфических осложнений, своевременная диагностика которых позволяет улучшить перинатальные исходы.</p> 

Критерии диагностики	Комментарии
<p>Характеристики, позволяющие диагностировать синдром селективной задержки роста плода</p> 	
<p>Характеристики, позволяющие диагностировать синдром анемии-полицитемии</p> 	
<p>Характеристики, позволяющие диагностировать синдром обратной артериальной перфузии</p> 	
<p>Диагностика внутриутробной гибели одного и более плодов</p> 	
<p>Диагностика осложнений монохориального моноамниотического многоплодия</p> 	
5. Дополнительные методы обследования	
Дополнительное обследование проводится по схеме, принятой при одноплодной беременности	

СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

При многоплодной беременности листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается в 28 нед беременности единовременно продолжительностью 194 календарных дня (84 календарных дня до родов и 110 календарных дней после родов).



ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

- При установлении факта многоплодия рекомендовано проведение пренатального консультирования в медицинской организации 2-й и 3-й группы (*уровень доказательности С4*).
- Беременным с неосложненным течением дихориальной диамниотической беременности рекомендовано родоразрешение в родовспомогательных учреждениях 2-й группы (*уровень доказательности С4*).
- Пациенткам с дихориальной двойней при осложненном течении беременности и со всеми другими видами многоплодия рекомендовано родоразрешение в учреждениях 3-й группы (*уровень доказательности С4*).

Показания к госпитализации в акушерско-гинекологический стационар

Показания для госпитализации (плановой, неотложной и экстренной)
Клинические проявления угрожающего выкидыша
Рвота беременных >10 раз в сутки и потеря массы тела >3 кг за 1–1,5 нед при отсутствии эффекта от проводимой терапии
Укорочение шейки матки менее 25 мм по данным трансвагинальной эхографии
Развитие специфических осложнений монохориальной многоплодной беременности, требующих проведения внутриутробных вмешательств (фето-фетальный трансфузионный синдром, синдром обратной артериальной перфузии, синдром анемии-полицитемии)
Пациентки с синдромом селективной задержки роста плода, I тип — в 33–34 нед, II, III тип — в 29–30 нед
Аntenатальная гибель одного или обоих плодов
Клинические проявления угрожающих преждевременных родов
Излитие или подтекание околоплодных вод
Клинические проявления преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты
Клинические проявления ПЭ
Пациентки с монохориальной многоплодной беременностью, осложненной фето-фетальным трансфузионным синдромом, синдромом анемии-полицитемии, после внутриутробного оперативного лечения в сроке 34–35 нед беременности



ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Амбулаторное ведение многоплодной беременности:

- консультирование врачом акушером-гинекологом в ранние сроки — диагностика маточной беременности;
- комбинированный скрининг I триместра 11⁺⁰–13⁺⁶ нед;
- консультация смежных специалистов (терапевт, стоматолог, оториноларинголог, окулист, эндокринолог, при необходимости уролог, хирург, кардиолог, гематолог);

- беременной пациентке должны быть даны рекомендации по образу жизни, питанию, прибавке веса, физическим нагрузкам, работе, отказу от вредных привычек;
- с 16 нед беременности УЗИ с интервалом 14 дней при монохориальной беременности и интервалом 28 дней при дихориальной беременности;



- консультации врача акушера-гинеколога 1 раз в 2 нед с 16 нед беременности при монохориальном многоплодии, каждые 4 нед до 32 нед с последующей явкой каждые 2 нед при дихориальном многоплодии (в том числе контроль АД, прибавки массы тела, лабораторных показателей) (*уровень доказательности С4*).



Профилактика осложнений:

- проведение профилактики ПЭ при наличии у пациентки еще одного фактора риска (возраст 40 лет и старше, перерыв между беременностями более 10 лет, ИМТ 35 кг/м² и более при первой явке, ПЭ в анамнезе) — назначение 150 мг ацетилсалициловой кислоты ежедневно с 12–16 до 36 нед беременности (*уровень доказательности В3*);
- назначение препаратов прогестерона (микронизированный прогестерон 200 мг вагинально) в случае клинических проявлений угрозы прерывания беременности и/или укорочения шейки матки менее 25 мм по данным трансвагинальной эхографии до 34 нед беременности (*уровень доказательности А1*);
- применение акушерского пессария при укорочении шейки матки, так как это снижает частоту спонтанных преждевременных родов до 34 нед беременности (*уровень доказательности С4*);
- проведение профилактики респираторного дистресс-синдрома плодов при многоплодной беременности в случае родоразрешения до 34 нед (*уровень доказательности В3*);
- пациенткам с многоплодием не рекомендовано проведение фармакологической тромбопрофилактики без дополнительных значимых факторов риска (*уровень доказательности С4*);
- назначение витаминно-минеральных комплексов, содержащих фолиевую кислоту и метафолин¹, с целью профилактики дефектов развития нервной трубки и врожденных пороков сердца плода, нормального развития ребенка после рождения. Прием фолиевой кислоты снижает риск преждевременных родов и рождения детей с низкой массой тела.


¹ Торговое наименование Фемибион, компания-производитель «Мерк КраА энд Ко Верк Шпитталь», Германия.

ТЕРАПИЯ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОБРАЗУ ЖИЗНИ В ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ

- Во время беременности следует отказаться от работы, связанной с длительным стоянием или с излишней физической нагрузкой, работы в ночное время и работы, вызывающей усталость (*уровень доказательности B2*).
- Следует отказаться от работы, связанной с воздействием рентгеновского излучения (*уровень доказательности C4*).
- Во время беременности рекомендована умеренная физическая нагрузка (20–30 мин в день) (*уровень доказательности C4*).
- Рекомендовано избегать физических упражнений, которые могут привести к травме живота, падениям (*уровень доказательности C4*).
- При нормальном течении беременности нет показаний к отказу от половой жизни, так как половые контакты при нормальном течении беременности не увеличивают риск преждевременных родов (*уровень доказательности C4*).
- При длительных авиаперелетах во время беременности рекомендованы ходьба по салону самолета, обильное питье, исключение алкоголя и кофеина и ношение компрессионного трикотажа на время полета (*уровень доказательности B1*).
- Обязательно правильное использование ремня безопасности при путешествии в автомобиле, так как это снижает риск потери плода в случае аварий в 2–3 раза (*уровень доказательности C4*). Правильное использование ремня безопасности у беременной заключается в использовании трехточечного ремня, где первый ремень протягивается под животом по бедрам, второй ремень — через плечи, третий ремень — над животом между молочными железами.
- Важно придерживаться образа жизни, направленного на снижение воздействия на организм вредных факторов окружающей среды (*уровень доказательности B2*).
- Беременной пациентке следует отказаться от курения (*уровень доказательности B2*).
- Беременной пациентке рекомендовано отказаться от приема алкоголя, особенно в I триместре (*уровень доказательности C4*).
- Во время беременности важно придерживаться правильного сбалансированного рациона питания с достаточной калорийностью и содержанием белка, витаминов и минеральных веществ, отказаться от вегетарианства и снизить потребление кофеина (*уровень доказательности B2*).
- Следует избегать потребления непастеризованного молока, созревших мягких сыров, паштета и плохо термически обработанных мяса и яиц, так как эти продукты являются источниками листериоза и сальмонеллеза (*уровень доказательности C4*).



ФАРМАКОТЕРАПИЯ

Препарат	Уровень доказательности	Ожидаемый эффект/комментарии
Микронизированный прогестерон 	A1	Профилактика преждевременных родов
Дексаметазон,  бетаметазон 	B3	Профилактика респираторного дистресса плодов при угрожающих преждевременных родах
Ацетилсалициловая кислота 	B3	Профилактика преэклампсии
Фолиевая кислота 	C1	Профилактика дефектов развития нервной трубки и врожденных пороков сердца плода, нормального развития ребенка после рождения. Снижение риска ПР и рождения детей с низкой массой тела



ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ

Соответствие поведения пациента рекомендациям врача, включая прием препаратов.

ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- При своевременной диагностике многоплодной беременности и определении типа хориальности необходим тщательный мониторинг. При отсутствии специфических осложнений прогноз благоприятный.

КАЧЕСТВО ТЕРАПИИ

- Терапия соответствует национальным клиническим рекомендациям по многоплодной беременности.
- Несоблюдение врачебных назначений, например отказ или несвоевременное прекращение обследования и лечения, повышает риски перинатальных осложнений.

ЦЕЛЬ ТЕРАПИИ – БОРЬБА С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

- Медикаментозное лечение применяется с целью профилактики ПР, ПЭ, венозных тромбозмболических осложнений, а также с целью коррекции осложнений, не связанных с многоплодием.
- Хирургическое лечение применяется при наличии таких специфических осложнений монохориального многоплодия, как фето-фетальный трансфузионный синдром, синдром анемии-полицитемии, синдром обратной артериальной перфузии. Данное лечение способствует пролонгированию беременности и улучшению перинатальных исходов.

ПРИМЕНЯЕМЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

- Все назначенные лекарственные препараты разрешены к медицинскому применению в Российской Федерации.
- При назначении лечения врач учитывает эффективность препарата и возможные побочные эффекты, потенциальная польза лечения превышает вероятность развития побочных эффектов.
- Соблюдайте правила приема лекарственных препаратов.
- Не допускайте самолечения.



- Развернутые речевые модули формирования приверженности терапии



РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ



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



Кратность посещения врача акушера-гинеколога беременной с нормально протекающей беременностью монохориальной двойней составляет в среднем 12 раз, дихориальной двойней — 7 раз. Оптимальным временем первого визита к врачу является I триместр беременности (до 10 нед)



Избегать работы, связанной с длительным стоянием или с излишней физической нагрузкой, работы в ночное время и работы, вызывающей усталость



Избегать физических упражнений, которые могут привести к травме живота, падениям, стрессу: занятий контактными видами спорта, различных видов борьбы, видов спорта с ракеткой и мячом, подводного погружения:

- быть достаточно физически активной, ходить, делать физическую зарядку для беременных в течение 20–30 мин в день (при отсутствии жалоб и противопоказаний);
- при путешествии в самолете, особенно на дальние расстояния, одевать компрессионный трикотаж на время всего полета, ходить по салону, получать обильное питье, исключить алкоголь и кофеин;
- при путешествии в автомобиле использовать специальный трехточечный ремень безопасности



Правильно и регулярно питаться: потреблять пищу достаточной калорийности с оптимальным содержанием белка, витаминов и минеральных веществ, с обязательным включением в рацион овощей, мяса, рыбы, бобовых, орехов, фруктов и продуктов из цельного зерна. Помимо сбалансированного рациона, необходимо помнить о профилактике анемии с 18–20 нед (диета, основанная на потреблении продуктов питания, обогащенных железом, и/или препаратов железа)



Контролировать прибавку массы тела (в зависимости от исходного ИМТ)



Ограничить потребление кофеина менее 300 мг/сут (1,5 чашки эспрессо по 200 мл, или 2 чашки капучино/латте/американо по 250 мл, или 3 чашки растворимого кофе по 250 мл)



Беременной пациентке должны быть даны рекомендации по отказу от работы, связанной с длительным стоянием или с излишней физической нагрузкой, работы в ночное время и работы, вызывающей усталость. Необходимо отказаться от работы, связанной с воздействием рентгеновского излучения



Если Вы курите, постараться бросить курить или снизить число выкуриваемых в день сигарет



Избегать приема алкоголя во время беременности, особенно в первые 3 мес



Немаловажным для беременной женщины является ее эмоциональный фон. На всем протяжении беременности нужно избегать стрессовых ситуаций и эмоциональных переживаний



Половые контакты во время беременности не запрещены при нормальном самочувствии. В случае болей, дискомфорта, при появлении кровянистых выделений при половых контактах, а также при появлении зуда, жжения во влагалище необходимо прекратить половые контакты и обратиться к врачу



Также вы должны обратиться к врачу при появлении следующих жалоб:

- рвота >5 раз в сутки;
- потеря массы тела >3 кг за 1–1,5 нед;
- повышение АД >135/90 мм рт.ст.;
- проблемы со зрением, такие как размытие или «мелькание мушек» перед глазами;
- сильная головная боль;
- боль внизу живота любого характера (ноющая, схваткообразная, колющая и др.);
- эпигастральная боль (в области желудка);
- отек лица, рук или ног;
- появление кровянистых или обильных жидких выделений из половых путей;
- лихорадка более 37,5 °С;
- резкое увеличение размеров живота, резкий набор массы тела;
- отсутствие или изменение шевелений плода на протяжении более 12 ч (после 20 нед беременности)



Если у беременной резус-отрицательная кровь, то ее мужу желательно сдать анализ на определение резус-фактора. При резус-отрицательной принадлежности крови мужа дальнейшие исследования на выявление антирезусных АТ и введение антирезусного иммуноглобулина не потребуются