

## Обследования при беременности

### Клинические рекомендации Нормальная беременность

<b>РЕКОМЕНДОВАНО</b>	
Сбор семейного анамнеза (указать на наличие у родственников 1-й линии таких заболеваний как, сахарный диабет, тромбоэмболические осложнения (ТЭО), гипертоническая болезнь, психические заболевания, акушерские и перинатальные осложнения)	<i>При остановке на учет (первый визит)</i>
При первом визите рекомендовано провести пальпацию молочных желез беременной. При обнаружении узловых образований молочных желез рекомендовано направить пациентку на консультацию к врачу-онкологу.	<i>При остановке на учет(первый визит)</i>
Рекомендовано провести беременной пациентке измерение размеров таза (пельвиометрию).	<i>При остановке на учет (первый визит)</i>  <i>3-й триместр</i>
Рекомендовано проводить опрос беременной пациентки по поводу характера шевелений плода при каждом визите после 16-20 недель беременности (после начала ощущения шевелений плода)	<i>После 16-20 недели</i>
При постановке беременной женщины на учет в соответствии с заключениями профильных врачей-специалистов врачом - акушером-гинекологом до 11 - 12 недель беременности делается заключение о возможности вынашивания беременности. Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности с учетом состояния беременной женщины и плода делается врачом - акушером-гинекологом до 20 недель беременности.	
При сроке беременности 36 - 37 недель беременности формулируется полный клинический диагноз и определяется место планового родоразрешения.	<i>36-37 недель</i>
Своевременное поступление беременной женщины с ВИЧ-инфекцией на госпитализацию в акушерский стационар (в плановом порядке - на сроке 38 недель).	<i>38 недель</i>
<b>Обследования при постановке на учет:</b>	

<p>Исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека-1/2 (далее – ВИЧ) и антигена р24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови.</p>	<p><i>При остановке на учет (первый визит)</i></p> <p><i>Повторно до 36 недель</i></p>
<p>Определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови.</p>	<p><i>При остановке на учет (первый визит)</i></p> <p><i>Повторно до 36 недель</i></p>
<p>Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови.</p>	<p><i>При остановке на учет (первый визит)</i></p> <p><i>Повторно до 36 недель</i></p>
<p>Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови</p>	<p><i>При остановке на учет (первый визит)</i></p> <p><i>Повторно до 36 недель</i></p>
<p>Определение антител класса G (IgG) и класса М (IgM) к вирусу краснухи (Rubella virus) в крови однократно.</p>	<p><i>При остановке на учет (первый визит)</i></p> <p><i>Или во 2-триместре</i></p>
<p>Общий (клинический) анализ крови</p> <p>Нормальный уровень гемоглобина в 1-м триместре составляет <math>\geq 110</math> г/л, в 3-м триместре – <math>\geq 105</math> г/л. Для подтверждения латентного дефицита железа может быть рекомендовано определение сывороточного ферритина, как наиболее точного показателя определения уровня железа</p>	<p><i>При остановке на учет (первый визит)</i></p> <p><i>2 -триместр</i> <i>3- триместр</i></p>
<p>Проведение биохимического общетерапевтического анализа крови при 1-м визите и в 3-м триместре беременности.</p> <p>Биохимический общетерапевтический анализ крови включает обязательное определение общего белка, мочевины, креатинина, общего билирубина, прямого билирубина, аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспаратаминотрансферазы (АСТ) и глюкозы.</p>	<p><i>При остановке на учет (первый визит)</i></p> <p><i>3-й триместр</i></p>
<p>Определение нарушения углеводного обмена включает: определение <b>уровня глюкозы</b> или <b>гликированного гемоглобина (HbA1c) в венозной крови натощак</b>. Рекомендовано направлять беременную пациентку группы высокого риска гестационного сахарного диабета (ГСД) на проведение ПГТТ с 75 г глюкозы при</p>	<p><i>При остановке на учет (первый визит)</i></p> <p><i>24-28 недель</i></p>

<p>1-м визите <b><u>в случае, если у нее не было выявлено нарушение углеводного обмена.</u></b></p> <p>К группе высокого риска развития ГСД относятся пациентки с ИМТ<math>\geq</math>30 кг/м<sup>2</sup>, указанием в анамнезе на роды плодом с массой тела <math>\geq</math> 4,5 кг или ГСД, отягощенным по сахарному диабету семейным анамнезом.</p> <p>Для беременной женщины нормальное значение глюкозы натощак составляет <math>&lt;5,1</math> ммоль/л, уровня HbA1c – <math>&lt;6,5\%</math>. При значениях глюкозы <math>\geq 5,1</math> ммоль/л или HbA1c <math>\geq 6,5\%</math> беременную женщину следует направить на консультацию к эндокринологу.</p>	
<p>Проведение коагулограммы включает: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), фибриноген, протромбиновое (тромбопластиновое) время (ПВ) и количество тромбоцитов.</p>	<p><i>При остановке на учет (первый визит)</i></p> <p><i>3- триместр</i></p>
<p>Исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови однократно.</p> <p>Определение уровня ТТГ проводится с целью раннего выявления и терапии гипотиреоза.</p> <p>Референсное значение уровня ТТГ у беременной женщины составляет <math>&lt;3,0</math> МЕ/мл. При ТТГ <math>\geq 3,0</math> МЕ/мл беременную женщину следует направить на консультацию к врачу-эндокринологу.</p>	<p><i>При остановке на учет (первый визит)</i></p>
<p>Проведение общего (клинического) анализа мочи.</p> <p>Рекомендовано после 22 недель беременности во время каждого визита беременной пациентки определять белок в моче с помощью специальных индикаторных полосок.</p>	<p><i>При остановке на учет (первый визит)</i></p> <p><i>2 -триместр</i></p> <p><i>3 -триместр</i></p>
<p>Микробиологическое (культуральное) исследование средней порции мочи на бактериальные патогены однократно на выявление бессимптомной бактериурии</p>	<p><i>При остановке на учет (первый визит)</i></p>
<p>Определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус фактор) однократно.</p>	<p><i>При остановке на учет (первый визит)</i></p>
<p>Рекомендовано направлять резус-отрицательную беременную пациентку на определение антирезусных антител при 1-м визите, затем <b>при отсутствии антител в 18-20 недель беременности и в 28 недель беременности.</b></p>	<p><i>18-20 недель</i></p> <p><i>28 недель</i></p>

<p><b>При выявлении антирезусных антител беременная женщина должна быть направлена на консультацию в медицинскую организацию 3-й группы.</b></p>	
<p>У резус отрицательных женщин следует определить резус-фактор мужа/партнера.  При резус-отрицательной принадлежности крови мужа/партнера определение антирезусных антител не проводится.  При неизвестной или резус-положительной принадлежности крови мужа/партнера беременной женщине можно предложить неинвазивное определение резус-фактора плода по циркулирующим в крови матери внеклеточным фрагментам плодовой ДНК.  При определении резус-отрицательной принадлежности крови у плода определение антирезусных антител в крови матери не проводится.</p>	<p><i>Первый триместр</i></p>
<p>Микроскопическое исследование влагалищных мазков включая микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>), микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на трихомонады (<i>Trichomonas vaginalis</i>), микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на дрожжевые грибы</p>	<p><i>В третьем триместре</i></p>
<p>Проведение цитологического исследования микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала) во время беременности.  Цитологическое исследование мазка с поверхности шейки матки и из цервикального канала следует рекомендовать, если с момента последнего исследования прошло более 3-х лет при отрицательном анализе на вирус папилломы человека (ВПЧ) и нормальных данных предыдущих цитологических исследований (NILM), или если с момента последнего исследования прошло более 1 года при положительном или неизвестном ВПЧ-статусе, или хотя бы одним патологическом предыдущем цитологическом</p>	<p><i>При остановке на учет (первый визит)</i></p>

исследования (ASCUS, LSIL, HSIL) вне зависимости от проведения терапии в анамнезе.	
Определение антигена стрептококка группы В ( <i>S. agalactiae</i> ) в отделяемом цервикального канала	35-37 недель беременности

<b>НЕ РЕКОМЕНДОВАНО</b>	
рутинно направлять беременную пациентку на определение антител класса G (IgG) и класса M (IgM) к токсоплазме ( <i>Toxoplasma gondii</i> ) в крови.	
рутинно направлять беременную пациентку на определение антител классов M, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу ( <i>Cytomegalovirus</i> ) в крови.	
рутинно направлять беременную пациентку на определение антител к вирусу простого герпеса ( <i>Herpes simplex virus</i> ) в крови, вне зависимости от наличия или отсутствия симптомов рецидивирующей ВПГ-инфекции в анамнезе	
рутинно направлять беременную пациентку на определение ДНК <i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Atopobium vaginae</i> , <i>Lactobacillus spp.</i> и общего количества бактерий во влагалищном отделяемом методом ПЦР и молекулярно-биологическое исследование отделяемого женских половых органов на условно-патогенные генитальные микоплазмы ( <i>Ureaplasma parvum</i> , <i>Ureaplasma urealyticum</i> , <i>Mycoplasma hominis</i> )	
рутинно направлять беременную пациентку на молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей инфекций, передаваемых половым путем ( <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Mycoplasma genitalium</i> ), нецелесообразно - данное исследование может быть рекомендовано при появлении жалоб на вагинальный дискомфорт, изменение характера выделений из половых путей, зуд, жжение, выделения с неприятным запахом воспалительным характером микроскопического исследования мазка	

<b>РЕКОМЕНДОВАНО</b> (Функциональная диагностика)	
--	--

<p>Проведение УЗИ плода при сроке беременности 11-13 недель в медицинской организации, осуществляющей экспертный уровень пренатальной диагностики, для определения срока беременности (14–16), проведения скрининга 1-го триместра, диагностики многоплодной беременности.</p>	<p><i>11-14 неделя</i></p>
<p>Дополнительные УЗИ во 2-м триместре беременности могут быть назначены при отсутствии или нарушении ЧСС плода (тахикардия, брадикардия, аритмия) во время аускультации ЧСС плода.</p>	<p><i>Второй триместр</i></p>
<p>Рекомендовано беременной пациентке группы высокого риска позднего выкидыша и ПР на проведение УЗИ шейки матки (УЗ цервикометрии) с 15-16 до 24 недель беременности с кратностью 1 раз в 1-2 недели. К группе высокого риска развития позднего выкидыша и ПР относятся пациентки с указанием на наличие поздних выкидышей/ПР в анамнезе.</p>	<p><i>15-16 недель, 1 раз в 1-2 недели</i></p>
<p>Проведение УЗИ плода (УЗ скрининга 2-го триместра) в 18-20 недель беременности для оценки роста плода, диагностики ранних форм ЗРП, исключения врожденных аномалий развития, оценки экстра эмбриональных структур (локализации, толщины, структуры плаценты, количества околоплодных вод) и УЗИ шейки матки (УЗ-цервикометрию) в медицинской организации, осуществляющей пренатальную диагностику.</p>	<p><i>19-21 неделя</i></p>
<p>Рекомендовано проведение беременной пациентке группы высокого риска акушерских и перинатальных осложнений (ПЭ, ПР, ЗРП, предлежание плаценты) и в случае несоответствия ВДМ сроку беременности согласно гравидограмме , УЗИ плода при сроке беременности 30-34 недели для диагностики поздно манифестирующих пороков развития плода, крупного или маловесного плода.</p>	<p><i>30-34 недели</i></p>
<p>Дополнительные УЗИ в 3-м триместре беременности (после 34-36 недель) могут быть назначены для уточнения при подозрении на неправильное положение или предлежание плода (при отсутствии или нарушении ЧСС плода (тахикардия, брадикардия, аритмия) во время аускультации ЧСС плода, при несоответствии размеров матки и срока беременности.</p>	<p><i>После 34- 36 недель</i></p>

Проведение кардиотокографии (КТГ) плода с 33 недель беременности с кратностью 1 раз в 2 недели.	<i>С 33 недель 1 раз в 2 недели</i>
---	-------------------------------------

<b>РЕКОМЕНДОВАНО</b> При физиологическом течении беременности	
осмотры врача - акушера-гинеколога	<i>не менее пяти раз;</i>
направлять беременную пациентку на консультацию к <b>врачу-терапевту.</b>	<i>При первом визите (не позднее 7 - 10 дней от первичного обращения) 3- триместр</i>
направлять беременную пациентку на консультацию к <b>врачу-стоматологу.</b>	<i>При первом визите 3- триместр</i>
направлять беременную пациентку на консультацию к <b>врачу-офтальмологу.</b>	<i>При первом визите (не позднее 14 дней после первичного обращения в женскую консультацию);</i>
другие врачи-специалисты - по показаниям, с учетом сопутствующей патологии.	

<b>Оказание медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи</b>	
Беременные женщины с подтвержденными сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, <b>в сроке до 10-12 недель</b> беременности обследуются в амбулаторных условиях или при наличии показаний направляются в стационар. Консилиум врачей в составе врача-кардиолога, врача - сердечно-сосудистого хирурга и врача-акушера-гинеколога на основании результатов клинического обследования делает заключение о тяжести состояния женщины и представляет ей информацию о состоянии ее здоровья, включая сведения о результатах	<b><i>До 10-12 недель</i></b>

<p>обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения для решения вопроса о возможности дальнейшего вынашивания беременности</p>	
<p>При сроке беременности <b>18-22 недели</b> женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, обследуются амбулаторно или стационарно (по показаниям), для уточнения функционального состояния сердечно-сосудистой системы, подбора (коррекции) медикаментозной терапии, дородовой диагностики с целью исключения ПРП, проведения УЗИ и доплерометрии для оценки состояния фетоплацентарного комплекса.</p>	<p><b>18-22 недели</b></p>
<p>При сроке беременности <b>27-32 недели</b> беременные женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи, направляются в стационар, для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы, проведения УЗИ и доплерометрии, подбора (коррекции) медикаментозной терапии, оценки состояния фетоплацентарного комплекса, определения предполагаемых сроков родоразрешения.</p> <p>Консилиум врачей медицинской организации, в стационар которой направлена беременная женщина, в составе врача - сердечно-сосудистого хирурга, врача-кардиолога и врача-акушера-гинеколога на основании осмотра, результатов обследования (электрокардиографии и эхокардиографии, УЗИ с доплерометрией) составляет заключение о тяжести состояния женщины и делает заключение о дальнейшей тактике ведения беременности, а при наличии показаний - о досрочном родоразрешении.</p>	<p><b>27-32 недели</b></p>
<p>При сроке беременности <b>35-37 недель</b> консилиумом врачей в составе врача-кардиолога (врача - сердечно-сосудистого хирурга), врача-акушера-гинеколога и врача-анестезиолога-реаниматолога в соответствии с функциональным классом по сердечной недостаточности и динамической оценкой, а также течением беременности и особенностями состояния фетоплацентарного комплекса, определяется медицинская</p>	<p><b>35-37недель</b></p>

<p>организация для родоразрешения, срок родов и способ родоразрешения.</p> <p>Функциональный класс по сердечной недостаточности уточняется непосредственно перед родами с внесением необходимых корректив в план ведения беременности, сроки и способы родоразрешения.</p>	
--	--