

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

КЫРГЫЗСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ПЕРЕПОДГОТОВКИ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

Физиологическая беременность
Многоплодная беременность
Острый пиелонефрит при беременности
Самопроизвольный выкидыш
Преждевременная родовая деятельность
Инфекции во время беременности

Сборник клинических протоколов

для медицинских специалистов организаций здравоохранения

БИШКЕК-2013

УДК 618
ББК 57.1
Ф 50

Рабочая группа по разработке протоколов:

Акматова Б.А. – и.о.доцента КГМИПиПК, к.м.н.

Болоцкого И.В. – ассистент кафедры семейной медицины КГМИПиПК

Бообекова А.А. – главный специалист УОМПиЛП МЗ КР

Бозова С.Д. – специалист Проекта USAID «Качественное здравоохранение»

Ешходжаева А.С. – начальник УОМПиЛП МЗ КР

Ф 50 «Физиологическая беременность», «Многоплодная беременность», «Острый пиелонефрит при беременности», «Самопроизвольный выкидыш», «Преждевременная родовая деятельность», «Инфекции во время беременности» - Б.: 2013. - 116 с.

ISBN 978-9967-603-62-2

Национальные клинические протоколы для провайдеров услуг по антенатальному уходу «Физиологическая беременность», «Многоплодная беременность», «Острый пиелонефрит при беременности», «Самопроизвольный выкидыш», «Преждевременная родовая деятельность», «Инфекции во время беременности» для первичного уровня организаций здравоохранения утверждены Приказом МЗ КР № 660 от 20 ноября 2013 г.

Клиническая проблема: предоставление услуг по антенатальному уходу

Этапы оказания помощи: первичный уровень организаций здравоохранения Кыргызской Республики.

Дата создания: 2013 год

Целевая группа: сборник протоколов разработан для медицинских специалистов ЦСМ/ГСВ/ФАПов, служб родовспоможения и других организаций здравоохранения.

Целевая группа пользователей: женщины, нуждающиеся в антенатальном наблюдении, и члены их семей.

Планируемая дата обновления: проведение следующего пересмотра планируется в январе 2017 г. либо при появлении новых ключевых доказательств. Все поправки к клиническим протоколам будут опубликованы в периодической печати.

Любые комментарии и пожелания по содержанию клинических протоколов приветствуются.

Данный сборник клинических протоколов опубликован при поддержке Агентства США по международному развитию (USAID). Авторы несут ответственность за содержание данного руководства, которое не обязательно отражает позицию USAID или Правительства США.

Ф 4108160000-14
ISBN 978-9967-603-62-2

УДК 618
ББК 57.1

Содержание

Список сокращений	4
Введение	5
Физиологическая беременность	6
Приложения	
1. Домашняя карта беременной	15
2. Подход к оценке факторов риска во время беременности	16
3. Подсчет индекса массы тела	21
4. Правила измерения артериального давления	22
5. Гравидограмма	23
6. Содержание бесед с беременной и членами ее семьи	24
7. План родов	31
8. Тактика при переношенной беременности	33
9. Тактика при отрицательной резус-принадлежности беременной	34
10. Информированное согласие на введение анти-Rh0(D)-иммуноглобулина	35
11. Тактика при тазовом предлежании плода	36
12. Памятка для беременной женщины	37
Используемая литература	43
Многплодная беременность	47
Приложения	
1. Ультразвуковые критерии определения типа плацентации	57
2. Ультразвуковые критерии болезни Дауна	58
3. Информация для пациентов	59
4. Сравнительная ультразвуковая фетометрия для прогнозирования внутриутробной задержки роста плода/плодов	61
Используемая литература	62
Острый пиелонефрит при беременности	63
Приложение	
1. Информация для пациентов	67
Используемая литература	69
Самопроизвольный выкидыш	71
Приложения	
1. Критерии жизнеспособности плода при УЗИ	78
2. Информация для пациентов	79
Используемая литература	82
Преждевременная родовая деятельность	85
Приложение	
1. Информация для пациентов	91
Используемая литература	93
Инфекции во время беременности	95
Приложение	
1. Информация для пациентов	109
Используемая литература	112

Внутренние эксперты:

Абазбекова Н.С. – директор программы по охране материнства и детства Проекта USAID «Качественное здравоохранение»

Аскеров А.А. – заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2 КГМА имени И.К.Ахунбаева, д.м.н., Президент КААН

Ракишев М.А. – заведующий отделением Городской гинекологической больницы г. Бишкек

Сексенбаева Д.Б. – акушер-гинеколог Перинатального центра г. Бишкек

Внешние эксперты:

Руфь Чу, международный консультант, Институт научных технологий и языков

Швабский О.Р. - главный специалист по клиническим вопросам Института Здоровья Семьи, Россия. Адрес для переписки с рабочей группой: Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Тоголока Молдо, 1 , 720040. Тел. 66-27-98, 62-18-29

Барыктабасова Б.К. – ответственный эксперт-методолог разработки и внедрения КР/КП и секретарь Экспертного совета МЗ КР по оценке качества, консультант Министерства здравоохранения по вопросам доказательной медицины и методологии разработки клинических руководств и протоколов, к.м.н.

Список сокращений

АНУ - Антенатальный уход
АД – Артериальное давление
БВ - Бактериальный вагиноз
ВИЧ/СПИД –Вирус иммунодефицита человека/Синдром приобретенного иммунодефицита
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ВДМ - Высота стояния дна матки
ВПР – Врожденные пороки развития
ВПГ – Вирус простого герпеса
ВМС - Внутриматочное средство
ГСВ – Группы семейных врачей
ГНБ - Гипертензивные нарушения беременности
НЦОМид - Национальный центр охраны материнства и детства
ИМТ-Индекс массы тела
ИР - Индекс резистентности
ИМП – Инфекции мочевых путей
ИППП – Инфекции, передающиеся половым путем
ЗВРП – Задержка внутриутробного развития плода
КГМИИПК – Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации
КП – Клинический протокол
КС – Контрацептивные средства
ТБ - Территориальная больница
ПМП-Предполагаемая масса плода
ПИ - Пульсационный индекс
ПОНРП - Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
ПРПП – Преждевременный разрыв плодного пузыря
ПЦР - Метод полимеразной цепной реакции
ПИФ -Метод прямой иммунофлюоресценции
СДО – Систоло-диастолическое отношение
САД – Систолическое артериальное давление
СФФГ – Синдром фето-фетальной гемотрансфузии
ОЗ – Организация здравоохранения
МЗ – Министерство здравоохранения
МКБ – Международная классификация болезней
МС – Материнская смертность
ПМСП – Первичная медико-санитарная помощь
ППМР – Профилактика передачи от матери ребенку
ПС – Перинатальная смертность
УЗИ – Ультразвуковое исследование
УОМПиЛП – Управление организации медицинской помощи и лекарственной политики
ФАП – Фельдшерско-акушерский пункт
ФОМС – Фонд обязательного медицинского страхования
ЦРТ – Цели развития тысячелетия
ЦСМ – Центр семейной медицины
ЦМВ – Цитомегаловирус
ЮСАИД – Агентство США по международному развитию
ХГЧ- Хорионический гонадотропин человека

ВВЕДЕНИЕ

Одним из приоритетных направлений Национальной программы реформирования здравоохранения «Ден соолук» на 2012-2016 годы и Национальной стратегии охраны репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики является охрана материнства и детства. Цели и задачи вышеперечисленных программных документов совпадают с Целями развития тысячелетия (ЦРТ 5).

Аntenатальный уход является частью перинатальных программ, разработанных с целью найти пути для снижения материнской и перинатальной смертности и заболеваемости. Одной из основных задач родового и послеродового периода является помощь в обеспечении сохранения как здоровья женщины, так и здоровья и благополучия ребенка. Antenатальный уход означает также информирование, оказание поддержки и помощи женщине и членам ее семьи в период родительства. Медицинские работники должны обеспечивать женщину важной информацией, касающейся ее здоровья (питание, профилактика ВИЧ, планирование семьи, прекращение курения и др.). Они должны уметь выявлять признаки акушерских осложнений и оказывать квалифицированную помощь. В задачи антенатального ухода входит также предоставление женщине больше возможностей для самоконтроля за течением беременности, которые отвечают ее желаниям и возможностям. Но наиболее важным является информирование женщины об опасных признаках во время беременности и о своевременном обращении за медицинской помощью.

В последние годы в Кыргызстане проделаны мероприятия, направленные на улучшение репродуктивного здоровья населения. Однако, предоставляемые медицинские услуги по родовому наблюдению беременных находятся еще ниже уровня возможностей и требований. Для качественного предоставления медицинских услуг женщинам и членам их семей, до и во время беременности, в послеродовом периоде, по вопросам ухода за новорожденными и подготовки беременных к родам необходимо внедрение эффективных методов родовспоможения, основанных на доказательной медицине.

Данные клинические протоколы — это современный взгляд на антенатальный уход, с целью пересмотра отношения медицинских специалистов ко многим рутинным процедурам, не имеющим доказательств своей эффективности, и планирование наблюдения и обучения с учетом интересов потребителя, то есть беременной женщины и ее семьи.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1
к приказу МЗ КР
№ 660
« 20 » ноября 2013г.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ПЕРЕПОДГОТОВКИ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

Физиологическая беременность

клинический протокол
для первичного уровня здравоохранения

БИШКЕК-2013

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Шифр Z 34

Определение:

Физиологическая беременность – это беременность у практически здоровых женщин без развития осложнений.

I ПОСЕЩЕНИЕ – РЕКОМЕНДОВАНО В СРОКЕ ДО 12 НЕДЕЛЬ

Беседа:

1. «Физиологические изменения и дискомфортные состояния во время I триместра беременности» (см. приложение 6);
2. «Режим и питание беременных женщин» (см. приложение 6);
3. «Вред курения, алкоголя, наркотиков и приема лекарственных препаратов» (см. приложение 6);
4. «Тревожные признаки во время беременности» (см. приложение 6);
5. «Ведение домашней карты беременной» (см. приложение 1);
6. рекомендовать пройти занятия в школе подготовки к родам.

Обследование:

- опрос (сбор жалоб, анамнеза);
- физикальный осмотр (по органам и системам);
- выявление факторов риска (см. приложение 2);
- росто-весовые показатели (подсчитать индекс массы тела) (см. приложение 3);
- измерение АД согласно правилам (см. приложение 4);
- УЗИ в первом триместре для определения точного срока беременности и с целью профилактики необоснованной индукции родов при переношенности.

Лабораторные исследования:

- анализ крови на гемоглобин;
- группа крови и резус-фактор (при отсутствии документального подтверждения), при Rh-отрицательной крови беременной женщины – предложить провериться на антитела и провести тестирование будущему отцу ребенка) (см. приложение 8);
- анализ мочи на белок;
- скрининг бактериурии (посев мочи на культуру и подсчет колоний) - по возможности. Если обнаруживается 10^5 и более колоний в 1 мл мочи одного вида патогена, лечить в соответствии с клиническим протоколом «Бессимптомная бактериурия»;

- исследование вагинального мазка только при наличии клинических симптомов вульвовагинита;
- ВИЧ (100% претестовое консультирование, при получении письменного согласия - тестирование);
- ВИЧ партнера (100% претестовое консультирование, при получении письменного согласия - тестирование);
- RW;
- HbsAg (по возможности);
- Скрининг на антитела к краснухе у беременных женщин и послеродовая вакцинация лиц с отрицательным результатом.

Профилактические мероприятия:

- фолиевая кислота 400 мкг ежедневно до 12 недель беременности. Если беременная начала прием за 2 месяца до зачатия, порекомендовать продолжать прием. Если в анамнезе беременной имелся дефект нервной трубки плода, рекомендовать прием фолиевой кислоты по 4 мг в сутки по такому же режиму;
- калия йодид 200 мкг, по 1 таблетке в день в течение всей беременности и в период кормления грудью;
- аспирин 75 мг и карбонат кальция 1,0 г ежедневно до конца беременности, если имеется один фактор высокого риска развития гипертензивных нарушений беременных:
 - хроническая гипертония;
 - болезни почек;
 - сахарный диабет;
 - аутоиммунные заболевания;
 - ГНБ при предыдущей беременности;
 - антифосфолипидный синдром;
 или, по крайней мере, два умеренных фактора риска:
 - первая беременность;
 - возраст 40 лет и более,
 - интервал между беременностями больше 10 лет,
 - ИМТ 35 кг/м² или больше при первом посещении;
 - семейная история преэклампсии.

Прием аспирина можно прекратить за 5-10 дней до родов с целью снижения риска кровотечений, однако нет достоверных данных, указывающих на его отрицательное влияние на мать и плод.

Дополнительные назначения:

1. Заполнить и выдать карту беременной домашнего хранения.
2. Назначить дату следующего посещения.

При наличии отклонений в результатах анализов пригласить на прием для проведения дополнительных обследований и лечения.

II ПОСЕЩЕНИЕ - В СРОКЕ 18-20 НЕДЕЛЬ

Беседы:

1. «Физиологические изменения и дискомфортные состояния во время II триместра беременности»;
2. «Режим и питание беременных женщин»;
3. «Тревожные признаки во время беременности»;
4. «Ведение домашней карты беременной»;
5. рекомендовать пройти занятия в школе подготовки к родам.

Обследование:

- сбор жалоб и выяснение симптомов осложнений данной беременности (кровотечение, подтекание околоплодных вод, отсутствие шевеления плода, симптомы ИППП);

- обзор, обсуждение и запись результатов всех проведенных скрининговых тестов; пересмотр плана ухода во время беременности и идентификация женщин, нуждающихся в дополнительном уходе, с оценкой факторов риска осложнений;

- оценка результатов УЗИ, проведенного в первом триместре беременности для уточнения срока гестации;

- проверка путем опроса соблюдения беременной женщиной данных ранее рекомендаций (какой препарат принимает, сколько раз в день и др.) с отметкой в индивидуальной карте;

- измерение веса (при ИМТ < 18,5);

- измерение АД согласно правилам.

Лабораторное обследование:

- анализ мочи на белок;

- скрининг на синдром Дауна у женщин в возрасте старше 35 лет или при наличии у предыдущего ребенка хромосомных аномалий (после получения информированного согласия и при наличии возможности); для проведения скрининга направить на III уровень организаций здравоохранения.

Инструментальное исследование:

- скрининговое УЗИ матки и плода для исключения аномалии развития плода.

Назначить дату следующего посещения.

III ПОСЕЩЕНИЕ - В СРОКЕ 24-25 НЕДЕЛЬ

Беседы:

1. «Режим и питание беременных женщин»;
2. «Тревожные признаки во время беременности»;
3. «Ведение домашней карты беременной»;
4. рекомендовать пройти школу подготовки к родам.

Обследование:

- сбор жалоб и выяснение симптомов осложнений данной беременности (преэклампсия, кровотечение, подтекание околоплодных вод, отсутствие шевеления плода, симптомы ИППП);
 - обзор, обсуждение и запись результатов всех проведенных скрининговых тестов; пересмотр плана ухода во время беременности и идентификация женщин, нуждающихся в дополнительном уходе, с оценкой факторов риска осложнений;
 - проверка путем опроса соблюдения беременной женщиной данных ранее рекомендаций (какой препарат принимает, сколько раз в день и др.) с отметкой в индивидуальной карте;
 - измерение веса (при ИМТ < 18,5);
 - измерение АД согласно правилам;
 - измерение высоты дна матки (нанести на гравидограмму) (см. приложение 5).

Лабораторные обследования:

- анализ мочи на белок;
- анализ крови на гемоглобин в 28 недель;
- определение титра антител у резус-отрицательных женщин в 27-28 недель (для введения антирезусного гамма-глобулина резус отрицательным женщинам при отсутствии титра антител, по возможности), кроме случаев Rh-отрицательной принадлежности будущего отца. При выявлении антител в крови беременной необходимо контролировать их титр. Кратность проведения контроля титра антител зависит от конкретной клинической ситуации; женщины с титром антител должны быть проконсультированы в учреждениях более высокого уровня, желательны III-го.

Назначить дату следующего посещения.

IV ПОСЕЩЕНИЕ - В СРОКЕ 30-32 НЕДЕЛИ

Беседа:

1. «Физиологические изменения и дискомфортные состояния во время III триместра беременности»;
2. «Режим и питание беременных женщин»;
3. «Тревожные признаки во время беременности»;
4. «Ведение домашней карты беременной»;
5. «План родов» (см. приложение 7);
6. рекомендовать пройти школу подготовки к родам срочно, если женщина еще не прошла обучение.

Обследование:

- сбор жалоб и выяснение симптомов осложнений данной беременности (преэклампсия, кровотечение, подтекание околоплодных вод, отсутствие шевеления плода, симптомы ИППП);
- обзор, обсуждение и запись результатов всех проведенных скрининговых тестов; пересмотр плана ухода во время беременности и идентификация женщин, нуждающихся в дополнительном уходе, с оценкой факторов риска осложнений;
- проверка путем опроса соблюдения беременной женщиной данных ранее рекомендаций (какой препарат принимает, сколько раз в день и др.) с отметкой в индивидуальной карте;
- измерение веса (при ИМТ < 18,5);
- измерение АД согласно правилам;
- измерение высоты дна матки (нанести на гравидограмму);
- оформление родового отпуска.

Лабораторные исследования:

- RW;
- анализ мочи на белок.

Назначить дату следующего посещения.

V ПОСЕЩЕНИЕ - В СРОКЕ 36 НЕДЕЛЬ

Беседа:

1. «Тревожные признаки во время беременности»;
2. «Ведение домашней карты беременной»;
3. «План родов»;
4. «Грудное вскармливание»;

5. «Послеродовая контрацепция»;
6. рекомендовать пройти школу подготовки к родам срочно, если женщина еще не прошла обучение.

Обследование:

- сбор жалоб и выяснение симптомов осложнений данной беременности (преэклампсия, кровотечение, подтекание околоплодных вод, отсутствие шевеления плода, симптомы ИППП);
- обзор, обсуждение и запись результатов всех проведенных скрининговых тестов; пересмотр плана ухода во время беременности и идентификация женщин, нуждающихся в дополнительном уходе, с оценкой факторов риска осложнений;
- проверка путем опроса соблюдения беременной женщиной данных ранее рекомендаций (какой препарат принимает, сколько раз в день и др.) с отметкой в индивидуальной карте;
- измерение веса (при ИМТ < 18,5);
- измерение АД согласно правилам;
- наружное акушерское обследование (определение положения плода) (при выявлении тазового предлежания см. приложение 11);
- измерение высоты дна матки (нанести на гравидограмму).

Лабораторные исследования:

- анализ мочи на белок.

Назначить дату следующего посещения.

VI ПОСЕЩЕНИЕ - В СРОКЕ 38 НЕДЕЛЬ

Беседа:

1. «Тревожные признаки во время беременности»;
2. «Ведение домашней карты беременной»;
3. «План родов»;
4. «Грудное вскармливание»;
5. «Послеродовая контрацепция»;
6. рекомендовать срочно пройти школу подготовки к родам, если женщина еще не прошла обучение.

Обследование:

- сбор жалоб и выяснение симптомов осложнений данной беременности (преэклампсия, кровотечение, подтекание околоплодных вод, отсутствие шевеления плода, симптомы ИППП);

-
- обзор, обсуждение и запись результатов всех проведенных скрининговых тестов; пересмотр плана ухода во время беременности и идентификация женщин, нуждающихся в дополнительном уходе, с оценкой факторов риска осложнений;
 - проверка путем опроса соблюдения беременной женщиной данных ранее рекомендаций (какой препарат принимает, сколько раз в день и др.) с отметкой в индивидуальной карте;
 - измерение веса (при ИМТ < 18,5);
 - измерение АД согласно правилам;
 - наружное акушерское обследование для определения положения плода (при выявлении тазового предлежания см. приложение 11);
 - измерение высоты дна матки (нанести на гравидограмму).

Лабораторные исследования:

- анализ мочи на белок.

Рекомендуется одно дополнительное посещение при сроке 41 неделя для направления беременной женщины на следующий уровень оказания медицинской помощи на роды.

Подход к оценке факторов риска во время беременности

ВОЗ не рекомендует применение традиционного метода оценки риска, т.е. проведение количественного подсчета в баллах.

Фактор риска во время беременности должен оцениваться и выноситься письменно в диагноз при каждом посещении. Выявленный фактор риска нужно тщательно рассмотреть и проанализировать с целью определения тяжести возможного риска для женщины и плода.

При наличии факторов риска, которые можно устранить на первичном уровне, нужно провести дополнительное консультирование у соответствующих специалистов, обследование и адекватное лечение.

При наличии угрожающих жизни беременной женщины и/или плода состояниях, нужно оказать неотложную помощь и перевести ее на более высокий уровень оказания медицинской помощи.

Некоторые факторы риска могут быть актуальны для беременной женщины и/или плода в данном сроке беременности; если фактор риска был устранен, то его не следует учитывать в следующих сроках беременности.

Оценка перинатальных факторов риска

Факторы риска	Наблюдение В ГСВ/ ФАПе	Консультирование акушером-гинекологом/ другим специалистом ЦСМ/ТБ	Постоянное наблюдение акушером-гинекологом ЦСМ/ТБ	Уровень р о д о - р а з р е - ш е н и я
I. Социально-биологические				
1. Возраст матери:				
моложе 18 лет	+			II
35 лет и старше	+	акушер-гинеколог		II
2. Профессиональные вредности у матери	+			
3. Вредные привычки у матери:				
курение	+			
злоупотребление алкоголем	+	нарколог		II
Употребление наркотиков		нарколог		II

4. Вредные привычки у отца:				
Злоупотребление алкоголем	+			
Употребление наркотиков	+			
5. Эмоциональные нагрузки у матери	+			
6. Физикальные особенности матери:				
рост 150 см и менее	+	акушер-гинеколог		I-II
ИМТ<18,5	+	акушер-гинеколог		I-II
ИМТ > равно 30 и выше	+	акушер-гинеколог		
7. Аномалии таза	+			II
II. Акушерско-гинекологический анамнез				
1. Паритет (число предшествующих родов)				
>4	+			II
2. Выкидыш в промежутках между родами: 3 и более (в ранних сроках)	+	акушер-гинеколог		
3. Преждевременные роды			+	II-III
4. Смерть детей в неонатальном периоде	+	акушер-гинеколог		
5. Аномалии развития у детей	+	генетик		
6. Масса тела у доношенных детей менее 2500 гр. или 4000 гр. и более	+	акушер-гинеколог		
7. Рубец на матке 2 и более	+	акушер-гинеколог		II-III
8. Опухоли матки		акушер-гинеколог		II
9. Истмико-цервикальная недостаточность			+	I-III
10. Преэклампсия/ эклампсия в анамнезе			+	II-III
11. Послеродовое кровотечение в анамнезе	+			II-III

12. ГБН у новорожденного в анамнезе и наличие антител в крови			+	II-III
III. Экстрагенитальные заболевания				
1. Сердечно-сосудистой системы без нарушения кровообращения	+	кардиолог		
с нарушением кровообращения		кардиолог	+	III
2. Гипертоническая болезнь II-III ст.		кардиолог	+	II - III
3. Заболевания почек: - до беременности без нарушения функции почек	+	по показаниям		I-II
- с нарушением функции почек		нефролог / уролог	+	II-III
- обострение во время беременности		нефролог / уролог	+	I-III
4. Эндокринная система: - сахарный диабет компенсированный		эндокринолог	+	III
- декомпенсированный		эндокринолог	+	III
5. Анемия тяжелой степени	+	акушер-гинеколог (при неэффективности лечения -гематолог)		II
6. Заболевания свертываемости крови		гематолог	+	III
7. Хронические инфекции (туберкулез, сифилис, ВИЧ-инфекция и др.)		по показаниям	+	II-III
8. Бронхиальная астма, интерстицирующая	+			I-II
9. Бронхиальная астма, персистирующая		пульмонолог	+	II-III
10. Варикоз наружных половых органов	+	акушер-гинеколог		I-II
11. Тромбофлебит		хирург	+	II-III

12. Психические заболевания	+	психиатр		I-II
13. Эпилепсия		невропатолог	+	II-III
IV. Осложнения данной беременности				
1. Чрезмерная рвота беременных	+	акушер-гинеколог		
2. Гестационные отеки без протеинурии	+			
3. Гестационные отеки с протеинурией	+	акушер-гинеколог		
4. Гестационная гипертензия			+	I-II
5. Преэклампсия легкой степени			+	I-II
6. Преэклампсия тяжелой степени и эклампсия				II-III
7. Кровотечение в первой половине беременности	+	акушер-гинеколог		I-II
8. Кровотечение во второй половине беременности			+	I-II-III
9. Резус-изосенсибилизация			+	III
10. Тазовое предлежание плода в 36 недель гестации	+	акушер-гинеколог		II
11. Многоплодие			+	II-III
12. Переношенная беременность		акушер-гинеколог		I-II
13. Неправильное положение плода (поперечное/косое) > 36 недель	+	акушер-гинеколог		II
14. Преждевременные роды				II, III
15. Предлежание плаценты центральное			+	II, III
16. Предлежание плаценты неполное	+	акушер-гинеколог		I-III
17. Частичная преждевременная отслойка плаценты			+(после выписки)	II, III
V. Патологическое состояние плода и некоторые показатели нарушения его жизнедеятельности				
ЗВУР		акушер-гинеколог		II-III

Правила измерения артериального давления

Положение пациентки:

- в покое после 5-10 минутного отдыха;
- сидя в комфортных условиях (теплое помещение);
- рука на столе фиксирована;
- манжета на уровне сердца, на 2 см выше локтевого сгиба;
- соответствие ширины манжеты ширине окружности плеча (для женщин с окружностью средней трети плеча больше 29 см требуется манжета больших размеров).

Если женщина лежит, предпочтительно положение лежа на левом боку, так как плод не давит на крупные кровеносные абдоминальные сосуды матери в этом положении. Беременным женщинам на большом сроке следует избегать положения лежа на спине.

Обстоятельства:

- исключается употребление кофе и напитков, содержащих кофеин в течение часа перед исследованием;
- исключается применение симпатомиметиков;
- женщина перед измерением должна помочиться.

Кратность измерения:

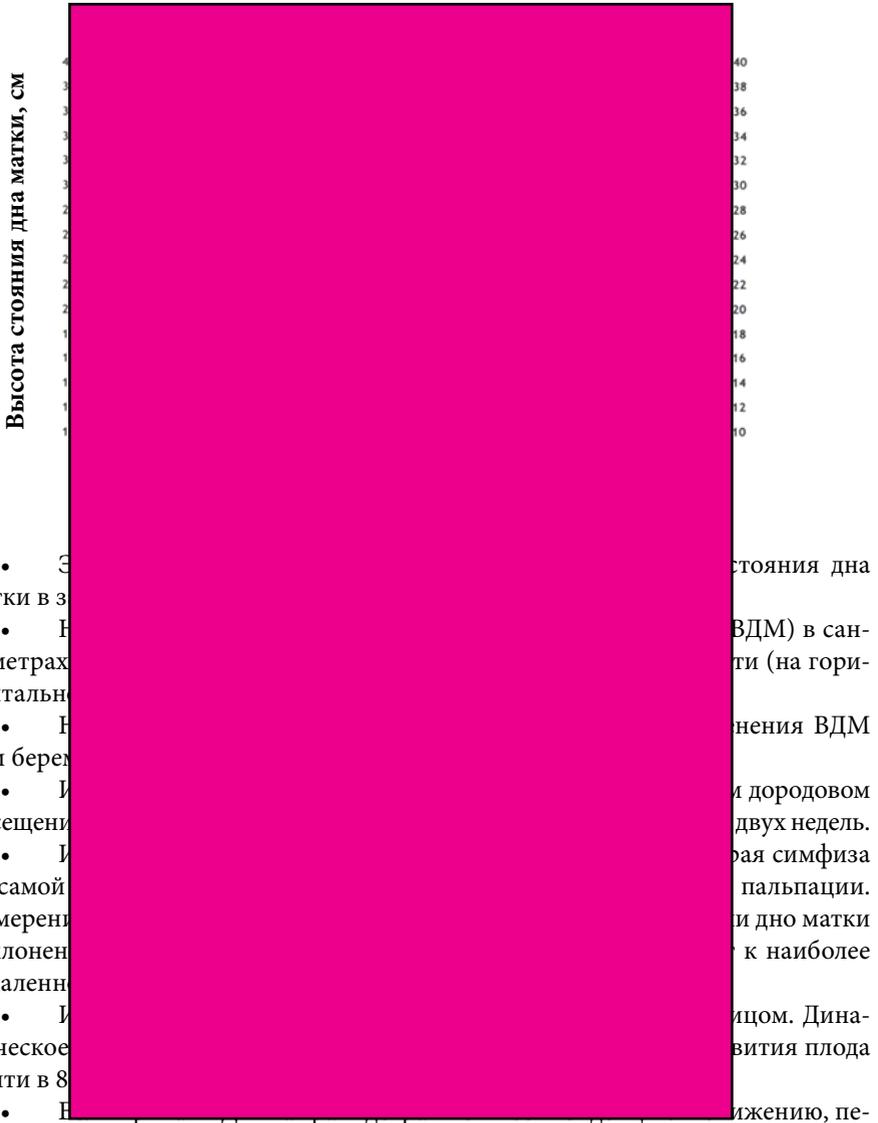
- следует выполнить не менее 3-х измерений с интервалом не менее 1 минуты; за конечное значение принимается среднее из 2-х последних измерений.

Выполнение измерения АД:

- наушники стетоскопа удобно расположить в слуховых проходах с наибольшим наклоном вперед в сагиттальном направлении;
- прощупать пульс на плечевой и лучевой артериях;
- прижать полый конец стетоскопа к области плечевой артерии;
- закрыть контрольный клапан, накачать воздух в манжету до уровня давления, превышающего систолическое на 20 мм. рт.ст. (судить по исчезновению пульса);
- снижать давление в манжете со скоростью 2-3 мм рт.ст. в 1 сек;
- уровень давления, при котором появляется I тон Короткова, принимают за систолическое давление;
- уровень давления, при котором происходит исчезновение тонов (5-я фаза тонов Короткова), принимают за диастолическое давление;
- если тоны очень слабы, то следует поднять руку и несколько раз согнуть и разогнуть, затем измерение повторить. Не следует сильно сдавливать артерию мембраной фонендоскопа.

Поскольку уровень АД на правой и левой руке может отличаться (в пределах 20/10мм.рт.ст.), то при первом осмотре рекомендовано сначала измерить его на обеих руках и в будущем измерять АД на той руке, на которой оно выше.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5



• Э стояния дна
 матки в з
 • Н ВДМ) в сан-
 тиметрах (на гори-
 зонтальн
 • Н нения ВДМ
 при берем
 • И и родовом
 посещения двух недель.
 • И орая симфиза
 до самой пальпации.
 Измерени и дно матки
 отклонен к наиболее
 отдаленн
 • И ицом. Дина-
 мическое вития плода
 почти в 8
 • Н ижению, пе-
 ресекает одну из линий процентилей или находится под нижней линией (процентиль 10), рекомендовано пригласить беременную на прием через 2 недели для измерения ВДМ. Если при повторном измерении роста кривой нет, беременную необходимо направить на дополнительное обследование (УЗИ, Допплер) и консультацию акушера-гинеколога.

СОДЕРЖАНИЕ БЕСЕД С БЕРЕМЕННОЙ И ЧЛЕНАМИ ЕЕ СЕМЬИ

- нет необходимости в работе при неосложненной беременности, например, при работе с пылью, парами и газами;
- выдать рекомендации по месту работы или учебы, например, характера – исключения ночных смен, шум; работы – исключаются юридические женщины, и их семей; и больничного листа, сроки, условия работы по карте, сроки ее выдачи.
- нет необходимости в занятиях спортом во время беременности;
- необходимость некоторой осторожности при занятиях парашютный, а также большой риск для здоровья и жизни плода.
- нет необходимости в занятиях физическим трудом при физиологическом течении беременности;
- необходимость в отказе от курения во время беременности и риском рождения маловесного ребенка и преждевременных родов, а также о влиянии пассивного курения;
 - организовать работу по прекращению или, по крайней мере, снижению количества потребляемых сигарет, путем проведения индивидуального консультирования или групповых занятий, раздачи специальной литературы или показа фильмов, видеороликов.

Алкоголь

- доказано негативное влияние алкоголя на плод;
- необходимо убедить пациентку о полном прекращении приема алкоголя в антенатальный период.

Наркотики

- доказано негативное влияние любых наркотиков на плод;
- необходимо убедить пациентку о полном прекращении приема наркотиков;
- при необходимости предложить специализированную медицинскую помощь.

Воздушные путешествия

- необходимо предоставить информацию, что длительные перелеты опасны развитием венозного тромбоза, для профилактики которого рекомендуется использование компрессионных чулок или бинтов во время полета;
- многие авиакомпании запрещают воздушные перелеты в 36 и более недель;
- никаких других влияний на беременность не отмечено.

Поездки на автомобиле

- необходимо напомнить об обязательном использовании ремней безопасности, причем сам ремень должен располагаться ниже или выше живота (в идеале должны использоваться специальные устройства с 2-мя ремнями).

Туристические путешествия

- необходимо напомнить беременным женщинам о важности приобретения соответствующей страховки при выезде за рубеж или наличия полиса обязательного медицинского страхования при всех поездках;
- предложить консультацию перед планированием поездки у своего специалиста, акушерки или врача, наблюдающих за беременностью.

Питание беременной женщины

- беременность не требует изменений в рационе питания.

Принципы здорового питания

Принципы рационального питания представлены в «пирамиде здорового питания». «Пирамида» является самым лучшим руководством по питанию будущей мамы.

Группа 1. Хлеб, злаковые, макаронные изделия, рис и картофель (употребляйте 6-11 порций в день).

Что считать одной порцией:

- 1 большой кусок хлеба (30-40 г);
- 3 сушки или небольших крекера (печенья);
- 1/2 чашки варёной каши (рис или гречиха);
- 1/2 чашки варёных макаронных изделий;
- 3/4 (30 г) готового сухого завтрака;
- 1 средняя картофелина.

Группа 2. Овощи и фрукты (употребляйте не менее 5 порций /400 граммов в день доступных, местных продуктов)

Что считать одной порцией:

- 1/2 чашки (100 г) овощей (морковь, репчатый лук, свёкла, зелёный лук);
- 1 чашка зелёных овощей (капуста, салат и т.д.);
- 1 средний помидор;
- 1/2 чашки стручковой фасоли;
- 1 средний фрукт (1 яблоко, 1 груша);
- 1/2 чашки (100 г) свежих, консервированных или варёных ягод;
- 160 мл фруктового или овощного сока.

Группа 3. Молоко и молочные продукты (употребляйте 3 порции в день)

Что считать одной порцией:

- 1 стакан (200 мл) айрана или кефира;
- 45 г твёрдого сыра (размер спичечного коробка);
- 1,5 чашки (250 г) творога;
- 1 стакан молока (200г);

Группа 4. Рыба, птица, мясо и бобовые (употребляйте 2 порции в день)

Что считать одной порцией:

- 1-1,5 чашки (150-200 г) варёных бобов;
- 2/3 -1 чашка (100- 200 г) орехов;
- 2 средних яйца;
- 80 г приготовленной нежирной рыбы, птицы или мяса.

Группа 5. Жир, сливочное масло, каймак, маргарин, растительное масло, сладости и соль (употребляйте в небольших количествах).

- К этой группе относятся: конфеты, сладкие десерты, сладкие газированные напитки, торты, пирожные, выпечка, которые рекомендуются в минимальных количествах. Сахар и продукты с большим содержанием сахара способствуют развитию кариеса, ожирения.

Рекомендовать исключить употребление чая и кофе во время приема пищи, с целью профилактики анемии.

Рекомендовать ежедневное употребление до 8-10 стаканов чистой воды.

Потребности в питательных веществах могут различаться среди беременных женщин. В начале беременности необходимо определить показатель пищевого статуса при помощи индекса массы тела.

Витамины и микроэлементы

- рутинное применение фолиевой кислоты в дозе 400 мкг ежедневно в период до зачатия и в первые 12 недель беременности достоверно снижает риск развития у плода дефектов нервной трубки (анэнцефалия, спинно-мозговая грыжа), необходимо рекомендовать всем женщинам прием фолиевой кислоты.

Лекарственные препараты

- желательно исключить применение любых препаратов во время беременности, кроме назначенных врачом в случаях, опасных для жизни и здоровья пациентки;
 - травы, травяные настойки и настои также являются лекарствами, поэтому не должны приниматься без назначения врача. Безопасность подобных препаратов как для будущего ребенка, так и для здоровья самой беременной женщины неизвестна;
 - практически ни одно лекарственное средство не может быть классифицировано как тератогенное или нетератогенное, без анализа дозирования, продолжительности применения, гестационного срока;
 - очень немногие лекарственные препараты прошли тестирование безопасности их применения во время беременности, то есть могут быть признаны полностью безопасными;
 - желательно назначение при беременности уже проверенных препаратов; стараться исключить применение новых, только что появившихся на фармацевтическом рынке;
 - желательно использование минимально эффективных доз в минимально короткие сроки лечения;
 - при наличии хронических экстрагенитальных заболеваний у беременной лечение (выбор препарата, дозы, кратность приема, продолжительность курса) должно назначаться совместно с соответствующим специалистом;
 - любой врач, назначая лечение женщине репродуктивного возраста, должен задуматься о возможной беременности.

Медицинские специалисты должны ясно представлять физические и психологические изменения в организме будущей матери и этапы развития плода, чтобы предоставить правильную информацию и консультативную помощь при необходимости.

Дискомфортные состояния во время беременности

Беременность – не болезнь. Однако, существует достаточно много сим-

птомов, которые в другой ситуации, у небеременной женщины, могли бы быть приняты за проявление болезни. Сами по себе эти состояния не опасны для нормального развития плода и не приводят к каким-либо осложнениям, но дискомфорт, который испытывает беременная, сказывается, иногда значительно, на ее работоспособности, настроении, общем восприятии беременности.

Изжога

- не оказывает никакого влияния на исходы беременности, развитие плода, но может повлиять на качество жизни пациентки.

Советы женщинам:

- ешьте чаще и небольшими порциями;
- избегайте острой и жирной пищи;
- избегайте употребления кофе и газированных напитков, содержащих кофеин;
- не принимайте горизонтальное положение и не наклоняйтесь после еды;
- во время сна Ваша голова должна находиться на высокой подушке;
- при изжоге выпейте молоко или кефир (айран) либо съешьте йогурт.

Лечение:

- антацидные препараты или карбонат кальция могут быть использованы в случаях, когда изжога продолжает беспокоить, несмотря на изменение образа жизни и диеты.

Запоры

- могут быть связаны с уменьшением потребления пищи, богатой клетчаткой, а также с влиянием прогестерона на активность кишечника и, как следствие, увеличением продолжительности эвакуации из него пищи.

Советы женщинам:

- выпивайте не менее 8-10 стаканов воды и других жидкостей в сутки;
- употребляйте продукты, богатые пищевыми волокнами, например, зеленые овощи и каши с отрубями (пшеница и отруби в 5 раз снижают частоту запоров).

Лечение:

- в случаях, когда использование физиологических способов не помогает, обосновано назначение слабительных, увеличивающих объем жидкости в кишечнике (морская капуста, льняное семя, агар-агар) и размягчающих стул. Доказана их безопасность при длительном применении во время беременности и кормления грудью;
- если эти группы слабительных препаратов не приводят к улучшению

состояния, в короткие промежутки времени показано назначение раздражающих слабительных (бисакодил, препараты сенны);

- солевые слабительные и лубриканты (минеральные масла) не должны использоваться во время беременности.

Боли в спине

- боли связаны с изменением осанки беременных, массой беременной матки и расслаблением поддерживающих мышц, как результат действия гормона релаксина;

- не являются признаком болезненного состояния, например, симптомом угрозы прерывания беременности, но значительно влияют на активность беременной в дневное время и невозможность полноценного ночного отдыха.

Советы женщинам:

- носите обувь без каблуков;
- избегайте поднятия тяжестей; если Вам приходится поднимать тяжести, сгибайте колени, а не спину;
- могут быть полезны упражнения в воде, массаж, индивидуальные или групповые занятия в специальных группах.

Судороги в ногах

- не являются признаками какого-либо заболевания, но вызывают значительное беспокойство у женщин;

- нет никаких оснований для назначения препаратов Mg, Na, Ca, так как доказательства их эффективности отсутствуют;

- во время приступов целесообразны массаж и упражнения на растяжение мышц.

Влагалищные выделения

- количество и качество влагалищных выделений во время беременности меняется, чаще женщины обращают внимание на увеличение количества выделений, что в большинстве случаев не является признаком заболевания;

- жалобы на неприятный запах, зуд, болезненность могут быть симптомами бактериального вагиноза, трихомонадного вагинита или молочницы (кандидозного кольпита);

- иногда эти признаки связаны с физиологическими или патологическими состояниями, такими как дерматоз вульвы или аллергические реакции;

- вагинальный кандидоз не оказывает влияния на беременность, нет связи с заболеваниями плода, поэтому скрининг и активное выявление женщин с кандидозом не имеет никакого смысла;

- безопасность и эффективность лечения оральными препаратами для вагинального кандидоза не известна, поэтому эта группа лекарств назначаться не должна.

ПЛАН РОДОВ

Мое имя _____

Ожидаемый срок родов _____

Вести мои роды будут:

Врач _____

(Ф.И.О., домашний адрес, телефон)

Акушерка _____

(Ф.И.О., домашний адрес, телефон)

Доктором моего ребенка будет _____

(Ф.И.О., домашний адрес, телефон)

• Я бы хотела:

 чтобы следующие люди поддерживали меня во время родов _____

(Ф.И.О., домашний адрес, телефон)

 чтобы только медицинские работники поддерживали и успокаивали меня чтобы мне проводилось медикаментозное обезболивание помимо поддержки другое _____• **Дополнительные сведения о себе (важные моменты, страх, озабоченность):** _____

Первый период родов

• Я бы хотела использовать следующие успокаивающие меры во время родов:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> свободно двигаться во время схваток | <input type="checkbox"/> массаж |
| <input type="checkbox"/> принять душ | <input type="checkbox"/> послушать любимую музыку |
| <input type="checkbox"/> горячий/холодный компресс | <input type="checkbox"/> принимать жидкость и легкую пищу без ограничений |
| <input type="checkbox"/> родовый шар (мяч) | <input type="checkbox"/> другое |

Рождение ребенка

• Я бы хотела рожать ребенка в следующей позиции:

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> сидя | <input type="checkbox"/> другие положения |
| <input type="checkbox"/> стоя | <input type="checkbox"/> не хочу использовать акушерское кресло |
| <input type="checkbox"/> на коленях | <input type="checkbox"/> я бы хотела иметь возможность решить это в процессе родов |
| <input type="checkbox"/> лежа на боку | |
| <input type="checkbox"/> на корточках | |

• Я бы хотела, чтобы врач или акушерка объясняли мне все манипуляции, которые будут мне проводить

• После рождения моего ребёнка мне бы хотелось:

- чтобы _____ перерезал пуповину
- чтобы ребёнка сразу положили мне на живот
- чтобы ребенка завернули в одеяло прежде, чем передать его мне
- чтобы ребенку надели собственную шапочку и носочки
- чтобы _____ в первый раз запеленали моего ребенка
- чтобы _____ сняли видео или сделали фотографии во время родов
- другое _____

• Я собираюсь:

- кормить ребенка грудью
- давать дополнительное питание моему ребёнку
- не кормить ребенка грудью

• Во время нахождения в родильном доме мне бы хотелось:

- все время находиться с ребёнком вместе
- присутствовать во время осмотра моего ребёнка
- присутствовать во время проведения обследования моего ребенка
- чтобы медсестра показала, как ухаживать за моим ребенком
- другое _____

• Следующие люди будут помогать мне дома:

• Дополнительные пожелания или комментарии:

• Я хотела бы, чтобы родные и близкие навещали меня в палате роддома

Дата

Подпись матери

Подпись отца

Подпись поддерживающих лиц

Тактика при отрицательной резус-принадлежности

Диагностика

- всем женщинам необходимо пройти рутинное обследование на выявление резус-принадлежности на ранней стадии беременности;
- женщинам с отрицательной (отрицательный результат непрямой реакции Кумбса, титры ниже или равны 1:4) резус-принадлежностью (D) необходимо пройти повторное обследование на наличие резус-антител в крови в 27 недель беременности, с целью введения анти-Rh0(D)-иммуноглобулина в 28 недель при условии отсутствия антител (Приложение 10);
- при выявлении положительного результата скрининга на резус-антитела в любом сроке, и, если отец ребенка резус-положительный или его резус-фактор не известен, пациентка должна быть немедленно направлена к специалисту для лечения с диагнозом «Rh – сенсibilизация, беременность высокого риска».

Профилактика

Существуют эффективные методы профилактики изоиммунизации:

- введение анти-Rh0(D)-иммуноглобулина в дозе 300 мкг (1500 ME) беременным женщинам с резус-отрицательной кровью без титра антител в 28 недель беременности;
- в случаях прерывания беременности или самопроизвольного аборта до 13 недели беременности доза анти- Rh0(D)-иммуноглобулина составляет 50-75 мкг. Во втором триместре беременности рекомендуется применять стандартную послеродовую дозировку анти- Rh0(D)-иммуноглобулина;
- послеродовую профилактику анти-Rh0(D)-иммуноглобулином в дозе 300 мкг (1500 ME) следует проводить в течение 72 часов после родов всем женщинам с отрицательной резус-принадлежностью (D), родившим ребенка с положительной резус-принадлежностью (D), либо ребенка, чью резус-принадлежность (D) определить не представляется возможным, независимо от их совместимости по системе ABO.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
НА ВВЕДЕНИЕ АНТИ -Rh0(D)-ИММУНОГЛОБУЛИНА В 28 НЕДЕЛЬ ПРИ
УСЛОВИИ ОТСУТСТВИЯ АНТИТЕЛ**

Я, _____,
согласно закона Кыргызской Республики «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их реализации» от 10 августа 2007 года №147 полностью информирована о своих правах как пациентка.

Претензий по соблюдению моих прав медицинским работником не имею.

Медицинский работник в доступной форме изложил мне информацию о состоянии моего здоровья, включая сведения о рисках развития заболевания, результатах обследования, возможных медицинских вмешательствах и связанных с ними рисках, а так же их последствиях. Мне объяснено, что противопоказаний для применения анти - Rh0(D) иммуноглобулина нет.

Я узнала, что использование анти-Rh0(D)-иммуноглобулина является высокоэффективным профилактическим методом для предотвращения резус-сенсбилизации и развития гемолитической болезни у еще не рожденного ребенка. Защитное действие анти-D-иммуноглобулина продолжается лишь несколько месяцев, поэтому профилактика должна проводиться во время беременности и после каждой беременности. Я информирована о режиме применения анти-Rh0(D)-иммуноглобулина и даю согласие на его введение.

« _____ » _____ 20 ____ г. Подпись клиентки _____

« _____ » _____ 20 ____ г. Подпись медицинского
работника _____

Памятка для беременной женщины

Ожидая ребенка, вы испытаете самые разнообразные эмоции, почувствуете и увидите, как меняется ваше тело. У вас возникнет множество вопросов. Эта памятка даст ответы на некоторые наиболее важные из них, касающиеся ухода за собой и своим будущим ребенком во время беременности.

Рекомендации базируются на новейших исследованиях специалистов по данной службе мира.

Когда мне следует посетить врача?

Полноценная забота о себе в период беременности помогает вам сохранить и укрепить не только свое здоровье, но и здоровье вашего ребенка. При первых признаках беременности (задержка месячных, тошнота, рвота по утрам, изменение аппетита, тяготение к кислым и соленым продуктам) посетите медицинского работника ФАПа/ГСВ/ЦСМ.

Если беременность подтверждается, регулярно приходите на прием к своему медработнику в соответствии с установленным планом (в среднем от 5-9).

Если вы на каком-то этапе почувствовали себя плохо, обязательно обратитесь в медицинское учреждение.

Как должна измениться моя обычная жизнь в связи с беременностью?

Беременность – это не болезнь, а нормальный и очень важный период в жизни женщины. Нет никакой необходимости кардинально менять ваш привычный ежедневный распорядок, если вы ведете здоровый образ жизни.

Физические упражнения, работа и семейная жизнь – все это важные составляющие жизни женщины до и во время беременности, а также в послеродовом периоде.

Прислушайтесь к тому, что подсказывает вам ваш организм: если устали, подольше отдохните. Доверьтесь своему организму в этот период жизни.

Ваш доктор обучит Вас, как правильно питаться, какие упражнения Вам полезны.

Сколько я должна спать?

Каждая женщина индивидуальна, и каждая беременность протекает по-разному. Большинству женщин нужно восемь часов сна в сутки, но вам может потребоваться больше, или вы будете чувствовать необходимость вздремнуть в течение дня.

Могу ли я продолжать заниматься сексом во время беременности?

Если нет осложнений течения беременности, половая жизнь, как правило, является нормальной и безопасной. Она не приносит вреда ни вам, ни вашему

ребенку. Считается естественным, если во время беременности половое влечение усиливается или ослабевает. В случае, если у вас началось кровотечение из половых путей, боли или отошли околоплодные воды, исключите половые контакты и как можно скорее обратитесь к медицинскому работнику.

Вредят ли курение и употребление алкоголя ребенку?

Да. Курение и алкоголь вредны для вашего ребенка. Выявлено, что даже в малых дозах алкоголь отрицательно влияет на здоровье будущего ребенка.

Если вы курите, бросьте курить как можно скорее. Постарайтесь избегать пребывания рядом с людьми в момент, когда они курят, поскольку «пассивное» курение опасно.

Могу ли я продолжать выполнять физические упражнения?

Физические упражнения полезны как вам, так и вашему ребенку. Ходьба и плавание – особенно хорошие и удобные способы сохранить активность и стимулировать кровообращение. Однако, есть состояния, при которых нужно воздержаться от выполнения физических упражнений:

- несостоятельность шейки матки, преждевременные роды или повторные выкидыши в прошлом;
- угроза прерывания данной беременности;
- многоплодная беременность (двойня, тройня или более);
- заболевания сердечно-сосудистой системы;
- повышенное кровяное давление на любом сроке беременности;
- преэклампсия;
- влагалищное кровотечение.

Чего еще мне следует избегать в период беременности?

Не принимайте никаких таблеток или других медикаментов, кроме тех, которые прописывает Вам медработник. И не забудьте предупреждать других специалистов, к которым обращаетесь за медицинской помощью, о том, что Вы беременны. Помните, что травы и травяные настойки также являются лекарствами, поэтому прописывать их должен тоже врач.

Вам следует избегать сильных и едких запахов (таких как запах краски и лака) и принимать меры предосторожности при обращении с хозяйственными чистящими и моющими средствами: внимательно читайте инструкции на этикетках и следуйте им, пользуйтесь перчатками и не работайте в плохо проветриваемых помещениях.

Каковы «естественные» неудобства, которые я могу испытывать во время беременности?

- Учащение мочеиспускания, особенно в первые три и последние три месяца беременности.
- Повышенная утомляемость, особенно в первые три месяца. Чаще от-

дышайте, ешьте здоровую пищу и выполняйте легкие физические упражнения.

- Тошнота по утрам или в другое время суток зачастую проходит после первых трех месяцев. Старайтесь рано утром съедать сухое печенье или кусочек хлеба. Избегайте острой и жирной пищи. Ешьте понемногу, но часто.

- На пятом месяце беременности может появиться изжога. Чтобы ее избежать, принимайте пищу часто, маленькими порциями, не перегружая желудок. Старайтесь избегать жирной и острой пищи, кофе и газированных напитков, содержащих кофеин. Не ложитесь и не наклоняйтесь сразу после еды. Старайтесь спать, подложив под голову подушку. Если изжога Вас все же беспокоит, выпейте немного молока, кефира или йогурта. Если изжога не проходит, обратитесь к врачу.

- В течение беременности вас могут беспокоить запоры. Выпивайте 8-10 стаканов жидкости, преимущественно воды, в день и ешьте пищу, богатую клетчаткой, например, зеленые овощи и хлеб с отрубями.

- Могут отекают ступни или лодыжки. Несколько раз в день поднимайте ноги, спите на боку, чтобы уменьшить отечность.

- В последние месяцы может появиться боль в пояснице. Носите туфли без каблуков, старайтесь не поднимать тяжести; если тяжести поднимать все же приходится, приседайте, а не сгибайтесь в спине.

Тревожные признаки, при появлении которых я должна немедленно обратиться к врачу:

- кровотечение из половых путей;
- отхождение околоплодных вод;
- постоянная головная боль, нарушение зрения с появлением в глазах пятнышек или вспышек;
- внезапный отек лица и рук;
- озноб с повышением температуры тела до 38, 5°С и больше;
- жжение и боль при мочеиспускании;
- боль в животе, которая не стихает даже в положении лежа;
- более четырех-пяти схваток (болезненных ритмических сокращений мышц живота) в течение часа;
- ушиб живота во время падения, автомобильной аварии или удара;
- уменьшение количества шевелений плода в течение 12 часов после шести месяцев беременности.

Как мне подготовиться к родам?

Подготовка к родам даст Вам возможность развеять страхи и Ваши опасения, получить информацию относительно родов, сформировать положительное отношение к родам и родоразрешению и научиться конкретным приемам и способам, которые окажут помощь во время родов.

Эти и другие вопросы, касающиеся здоровья во время беременности, будут освещены во время обучения беременных женщин в школе подготовки к родам.

Доказано, что поощрение женщины к родам с партнером (или двумя), которого она выбрала сама, имеет большое положительное влияние на исход родов. Присутствие близкого человека рядом с Вами во время родов поможет получить помощь и поддержку, полностью расслабиться, принимать удобную позу, проводить массаж, а это значит, что роды произойдут легче и благоприятнее.

После обучения Вы заполните план родов, где Вы отметите свой осознанный выбор положения родов, методов релаксации и др.

Помните - роды представляют собой естественный процесс.

Ведение карты домашнего хранения беременной

Карта домашнего хранения беременных поможет Вам принимать активное участие в сохранении и укреплении своего здоровья и здоровья будущего ребенка.

Вы можете вести записи в дневнике относительно своих физических и эмоциональных ощущений на протяжении всей беременности. Записывайте любые ощущения: как приятные и радостные, так и вызывающие у Вас тревогу или волнение. При очередном визите Вы можете обсудить все вопросы с врачом или акушеркой.

Начало родов

Если схваткообразные боли становятся регулярными, повторяются каждые 10-15 минут, или изливаются околоплодные воды, необходимо сразу же обратиться в родильный дом.

Уход за новорожденным

Ребенка сразу после родов обсушивают теплым сухим полотенцем, оценивают его состояние, выкладывают на живот матери и накрывают теплой пеленкой и одеялом, надевают шапочку и теплые носочки. Выкладывание ребенка на грудь мамы «кожа- к-коже» создает родственную связь между мамой и малышом, способствует грудному вскармливанию, согревает ребенка и предохраняет его от инфекций.

Ребенка надо одевать в ползунки и кофточки, чтобы он мог свободно двигаться; это даст ему возможность лучше расти и развиваться. Следите за чистотой кожи и слизистых оболочек. Если увидите высыпания или изъязвления, обратитесь к своему доктору. Пока ребенок еще совсем маленький, для купания можно использовать специальную детскую ванночку. Вы можете купать его ежедневно. По несколько раз в день умывайте ребенка, обмывайте ребенка после каждого испражнения теплой водой.

Пуповинный остаток нужно держать в сухости и чистоте, чтобы избежать инфицирования. Не нужно наносить на пуповинный остаток антисептические средства. Достаточно просто следить, чтобы он был чистым и сухим. Не допускайте попадания в ранку мочи или кала малыша. Надевайте подгузник так, чтобы пупок оставался открытым. Использование антисептических средств за-

Индикаторы эффективности внедрения КП «Физиологическая беременность»

Индикатор 1: % карт дородового наблюдения, в которых отмечено, что фолиевая кислота была назначена беременной женщине за 2 месяца до зачатия и до 12-ти недель беременности.

Индикатор 2: % карт дородового наблюдения, в которых отмечены цифры АД при каждом посещении в период дородового наблюдения.

Индикатор 3: % карт дородового наблюдения с записью о высоте стояния дна матки, занесенной на гравидограмму при каждом посещении после 24 недель беременности (не обязательно измерять высоту стояния дна матки при незапланированных посещениях или при посещениях по «болезни», если высота стояния дна матки измерялась менее чем 2 недели назад).

Индикатор 4: % карт дородового наблюдения с записью показателей анализа мочи на белок, сделанного во время каждого планового посещения в дородовом периоде.

Индикатор 5: % карт дородового наблюдения, в которых скрининг на ИППП основан на цитологии окрашенного мазка вагинального секрета. *Цель:* 0%.

Индикатор 6: % женщин, получающих медикаменты из списка «не рекомендованных». *Цель:* 0 %.

Индикатор 8: % карт дородового наблюдения, в которых беременной женщине даны неэффективные рекомендации внести изменения в диете любого характера (например, ограничить потребление или исключить некоторые продукты, уменьшить количество потребляемой соли или воды). *Цель:* 0%.

Индикатор 9: % карт дородового наблюдения с количеством антенатальных посещений 6+ (не менее шести).

Индикатор 10: Среднее количество направлений беременной женщины к специалисту без показаний в ходе антенатального наблюдения.

Цель: Среднее количество направлений к специалисту без показаний в ходе антенатального наблюдения в большинстве клиник должно быть снижено.

Индикатор 11: Среднее количество направлений беременной женщины на УЗИ без показаний в ходе антенатального наблюдения.

Цель: Среднее количество направлений на УЗИ в ходе антенатального наблюдения должно быть в среднем 1-2.

Индикатор 12: % карт дородового наблюдения, в которых есть запись о проведении консультации и/или выдаче обучающих материалов по послеродовой контрацепции в ходе антенатального наблюдения.

Индикатор 13: % карт дородового наблюдения, в которых есть запись о проведении консультирования по грудному вскармливанию и/или выдаче обучающих материалов по грудному вскармливанию в ходе антенатального наблюдения.

Индикатор 14: % беременных женщин, направленных в школу подготовки к родам за определённый период.

Индикатор 15: % беременных женщин, прошедших консультирование с

выдачей обучающих материалов по тревожным признакам беременности.

Индикатор 16: % беременных женщин, заполнивших и имеющих в наличии в 36 недель план родов.

Индикатор 17: % беременных женщин с тазовым предлежанием, направленных в 36 недель в ОЗ стационарного уровня.

Индикатор 18: % беременных женщин, направленных с перенесенной беременностью в 42 недели в ОЗ стационарного уровня.

Индикатор 19: % беременных женщин с резус-отрицательной кровью, прошедших обследование на наличие антител в крови.

Индикатор 20: % беременных женщин с резус - отрицательной кровью, получивших иммуноглобулин в 28 недель беременности.

Индикатор 21: % карт дородового наблюдения, в которых отмечено, что беременной женщине назначен калия йодид по 200 мг/сутки в течение всей беременности и периода лактации.

Используемая литература:

1. *Standards for Maternal and Neonatal Care. WHO Integrated Management of Pregnancy and Childbirth Care (IMPAC) Package 2006, (http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/EIP_GPE_EQC_2003_1.pdf)*
2. *WHO standards for maternal and neonatal care [Стандарты ВОЗ в области материнской и неонатальной медицинской помощи]: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/standards/en/index.html*
3. *Iodine deficiency in pregnancy and the effects of maternal iodine supplementation on the offspring: a review*1–4. Michael B Zimmermann. <http://www.ajcn.org/> *The American Journal of Clinical Nutrition*
4. *The current salt iodization strategy in Kyrgyzstan ensures sufficient iodine nutrition among school-age children but not pregnant women. Roza B Sultanalieva1, Svetlana Mamutova2 and Frits van der Haar3,4,**1Department of Therapeutic Endocrinology, Kyrgyz–Russian Slavonic University, Bishkek, Kyrgyz Republic: 2Endocrinology Dispensary, Bishkek, Kyrgyz Republic: 3Hubert Department of Global Health, Rollins School of Public Health, Emory University, 1520 Clifton Road NE, Atlanta, GA 30322, USA: 4International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders Submitted 21 April 2009: Accepted 27 September 2009: First published online 16 November 2009
5. *Mahomed K, Gülmezoglu AM. Maternal iodine supplements in areas of deficiency. Cochrane Database of Systematic Reviews 1997, Issue 4. Art. No.: CD000135. DOI: 10.1002/14651858.CD000135.pub2*
6. *Prevention of preeclampsia Author Phyllis August, MD, MPH Section Editor Charles J Lockwood, MD Deputy Editor Vanessa A Barss, MD. Aug 2013. | This topic last updated: Sep 09, 2013.*
7. *WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. World Health Organization 2011*

8. *Palacios C, Pena-Rosas JP. Приём препаратов кальция во время беременности для профилактики гипертензии беременных и проблем, связанных с нею: Комментарий БРЗ (последняя редакция: 1 февраля 2010 г.) Библиотека Репродуктивного Здоровья ВОЗ; Женева: Всемирная Организация Здравоохранения.*
9. *New WHO antenatal care model. This manual was prepared by J. Villar, MD, MPH, MSc, and P. Bergsjø, MD, PhD, on behalf of the WHO Antenatal Care Trial Research Group. Members of the Group are listed in the Appendix. It was edited by J. Khanna, MSc, MA, K. Lashley, C. Peters and D. Sherratt.*
10. *UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy British Committee for Standards in Haematology.*
11. *PREVENTION OF RH ALLOIMMUNIZATION This guideline has been reviewed by the Maternal-Fetal Medicine Committee and the Genetics Committee, with input from the Rh Program of Nova Scotia, and approved by the Executive and Council of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. No. 133, September 2003 PRINCIPAL AUTHORS Karen Fung Kee Fung, MD, FRCSC, MHPE, Ottawa ON Erica Eason, MD, FRCSC, Ottawa ON*
12. *NICE clinical guideline 55 guidance.nice.org.uk/cg55 NHS. 2007*
13. *The Use of Anti-D Immunoglobulin for Rhesus D Prophylaxis*
14. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. RCOG Green-top Guideline No. 22*
15. *Zulfiqar A. Bhutta, Gary L. Darmstadt, Babar S. Hasan and Rachel A. Haws. Результаты развивающихся стран: Обзор доказательств эффективности вмешательств на уровне общин для улучшения перинатального и неонатального здоровья*
16. *Iron Deficiency Anemia SHERSTEN KILLIP, M.D., M.P.H., JOHN M. BENNETT, M.D., M.P.H., and MARA D. CHAMBERS, M.D., University of Kentucky, Lexington, Kentucky*
17. *Antenatal care Routine care for the healthy pregnant woman This guideline partially updates and replaces NICE clinical guideline 6 June 2010 Recommendation 1.3.10.7 has been updated and replaced by 'How to stop smoking in pregnancy and following childbirth' (NICE public health guidance 26). In this document, the change is marked with black strikethrough*
18. *National Institute for Health and Clinical Excellence guideline 62 (partially Developed by the National Collaborating Centre for Women's and Children's Health 'Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman' (NICE clinical guideline 62). www.nice.org.uk*
19. *Urinary tract infections and asymptomatic bacteriuria in pregnancy Author Thomas M Hooton, MD Section Editors Stephen B Calderwood, MD Charles J Lockwood, MD Deputy Editor Elinor L Baron, MD, DTMH Last literature review version 18.2: May 2010 | This topic last updated: January 18, 2010 (More)*
20. *A Global Review of the Key Interventions Related to Reproductive, Maternal,*

Newborn and Child Health (Rmnch). Geneva, Switzerland: PMNCH. The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health. 2011.

21. *NICE technology appraisal guidance 156 Routine antenatal anti-D prophylaxis for women who are rhesus D negative Ordering information www.nice.org.uk/TA156*
22. *Overview of fetal assessment Authors Caroline Signore, MD, MPH Catherine Spong, MD Roger K Freeman, MD Section Editor Susan M Ramin, MD Deputy Editor Vanessa A Barss, MD Mar 2012.*
23. *Prevention of Rh(D) alloimmunization Author Kenneth J Moise, Jr, MD Section Editor Charles J Lockwood, MD Deputy Editor Vanessa A Barss, MD Mar 2012.*

ПРИЛОЖЕНИЕ 2
к приказу МЗ КР
№ 660
« 20 » ноября 2013г.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ПЕРЕПОДГОТОВКИ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

Многоплодная беременность

клинический протокол
для первичного уровня здравоохранения

БИШКЕК 2013

МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Шифр: О30

Определение:

Многоплодная беременность - это беременность в результате оплодотворения двух и более одновременно созревших яйцеклеток или при развитии двух и более эмбрионов из одной оплодотворенной яйцеклетки у практически здоровой женщины.

Осложнения беременности:

- преждевременные роды;
- преэклампсия;
- анемия;
- кровотечения;
- мертворождаемость;
- звур одного или всех плодов;
- врожденные аномалии;
- синдром фето-фетальной гемотрансфузии (у монозиготной двойни с монохориальным типом плацентации);
- обратная артериальная перфузия.

Диагностика многоплодной беременности:

- несоответствие размеров матки гестационной норме как при влагалищном исследовании (в ранние сроки), так и при наружном акушерском исследовании (в поздние сроки);
- определение множества мелких частей плода и две (или более) крупные баллотирующие части (головки плодов);
- выслушивание в разных отделах матки сердечных тонов плодов с разницей в частоте сердечных сокращений не менее 10 в минуту;
- определение в полости матки нескольких плодных яиц и эмбрионов при помощи ультразвукового исследования, начиная с ранних сроков беременности (4–5 недель) или позднее.

Не использовать измерение ВДМ и ведение гравидограммы для выявления задержки внутриутробного развития плода/плодов при многоплодной беременности.

При выявлении многоплодной беременности ведение беременных женщин семейным врачом проводится совместно со специалистом акушером-гинекологом.

I ПОСЕЩЕНИЕ - В СРОКЕ ДО 12 НЕДЕЛЬ

Беседа:

1. Оказание эмоциональной и психологической поддержки;
2. «Физиологические изменения и дискомфортные состояния во время беременности»;
3. «Режим и питание беременных женщин» (как для беременных с одноплодной беременностью);
4. «Вред курения, алкоголя, наркотиков и приема лекарственных препаратов»;
5. «Тревожные признаки во время беременности».
6. «Ведение домашней карты беременной» (см. Приложение 1 клинического протокола «Физиологическая беременность»);
7. рекомендовать пройти занятия в школе подготовки к родам.

Обследование:

- опрос (сбор жалоб, анамнеза);
- физикальный осмотр (по органам и системам);
- выявление факторов риска (см. Приложение 2 клинического протокола «Физиологическая беременность»);
 - росто-весовые показатели (подсчитать индекс массы тела) (см. Приложение 3 клинического протокола «Физиологическая беременность»);
 - измерение АД согласно правилам (см. Приложение 4 клинического протокола «Физиологическая беременность»);
 - ультразвуковое исследование для уточнения гестационного возраста, определения типа плацентации (см. Приложение 1) и исследования на синдром Дауна (в сроках от 11 недель 0 дней до 13 недель 6 дней) (см. Приложение 2).

Лабораторные исследования:

- анализ крови на Hb;
- анализ мочи на белок;
- определение группы крови и резус-фактора (при отсутствии документального подтверждения). При Rh-отрицательной крови пациентки – предложить пройти подобное тестирование будущему отцу ребенка;
 - скрининг бактериурии;
 - исследование вагинального мазка (только при клинических симптомах вульвовагинита);
 - ВИЧ (100% претестовое консультирование, при получении письменного согласия - тестирование);
 - ВИЧ партнера (100% претестовое консультирование, при получении письменного согласия - тестирование);
 - RW;
 - HbsAg (по возможности).

Профилактические мероприятия:

- фолиевая кислота – 400 мкг ежедневно до 12 недель;
- калия йодид - 200 мг (1 таблетка) в день в течение всей беременности и лактации;
- с 12 недель беременности начать прием аспирина 75 мг и карбоната кальция 1,0 грамм ежедневно, если имеется один фактор высокого риска развития гипертензивных нарушений беременных:
 - хроническая гипертония;
 - болезни почек;
 - сахарный диабет;
 - аутоиммунные заболевания;
 - ГНБ при предыдущей беременности;
 - антифосфолипидный синдром;**или**, по крайней мере, два умеренных фактора риска:
 - первая беременность;
 - возраст 40 лет и более;
 - интервал между беременностями больше 10 лет;
 - ИМТ 35 кг/м² или больше при первом посещении;
 - семейная история преэклампсии.

Дополнительные назначения:

1. заполнить и выдать карту беременной домашнего хранения;
2. назначить дату следующего посещения.

II ПОСЕЩЕНИЕ - В СРОКЕ 16 НЕДЕЛЬ

Беседа:

1. Оказание эмоциональной и психологической поддержки;
2. «Физиологические изменения и дискомфортные состояния во время беременности»;
3. «Особенности течения многоплодной беременности» с выдачей памятки (см. приложение 3);
4. «Режим и питание во время беременности» (как для беременных с одноплодной беременностью);
5. «Тревожные признаки во время беременности»;
6. «Ведение домашней карты беременной»;
7. рекомендовать пройти занятия в школе подготовки к родам.

Обследование:

- сбор жалоб и выяснение симптомов осложнений данной беременности (кровотечение, подтекание околоплодных вод, отсутствие шевеления плода, симптомы ИППП);

- обзор, обсуждение и запись результатов всех проведенных скрининговых тестов; пересмотр плана ухода во время беременности и идентификация женщин, нуждающихся в дополнительном уходе, с оценкой факторов риска осложнений;
- оценка результатов УЗИ, проведенного в первом триместре беременности, и, если нужно, уточнение срока гестации;
- проверка путем опроса соблюдения беременной женщиной данных ранее рекомендаций (какой препарат принимает, сколько раз в день и др.) с отметкой в индивидуальной карте;
- измерение АД согласно правилам;
- измерение веса (при ИМТ <18,5);
- ультразвуковое исследование для уточнения гестационного возраста, определения типа плацентации, если результат первого исследования не позволил сделать четкого заключения, а также для выявления синдрома фето-фетальной гемотрансфузии при монохориальной беременности.

Лабораторные исследования:

- анализ мочи на белок.

III ПОСЕЩЕНИЕ - В СРОКЕ 18-20 НЕДЕЛЬ

Беседы:

1. Оказание эмоциональной и психологической поддержки;
2. «Физиологические изменения и дискомфортные состояния во время беременности»;
3. «Особенности течения многоплодной беременности»;
4. «Режим и питание во время беременности» (как для беременных с одноплодной беременностью);
5. «Тревожные признаки во время беременности»;
6. «Ведение домашней карты беременной»;
7. рекомендовать пройти занятия в школе подготовки к родам.

Обследование:

- сбор жалоб и выяснение симптомов осложнений данной беременности и других факторов риска (кровотечение, подтекание околоплодных вод, отсутствие шевеления плода, симптомы ИППП);
- обзор, обсуждение и запись результатов всех проведенных скрининговых тестов; пересмотр плана ухода во время беременности и идентификация женщин, нуждающихся в дополнительном уходе, с оценкой факторов риска осложнений;
- оценка результатов УЗИ, проведенного в первом триместре беременности, и, если нужно, уточнение срока гестации;

- проверка путем опроса соблюдения беременной женщиной данных ранее рекомендаций (какой препарат принимает, сколько раз в день и др.) с отметкой в индивидуальной карте;
- измерение АД согласно правилам;
- измерение веса (при ИМТ <18,5);
- УЗИ для выявления врожденных аномалий развития плодов, а также для выявления синдрома фето-фетальной трансфузии при монохориальной беременности.

Лабораторные исследования:

- анализ крови на гемоглобин в связи с возрастанием заболеваемости анемией при многоплодной беременности;
- анализ мочи на белок.

Назначить дату следующего посещения.

IV ПОСЕЩЕНИЕ - В СРОКЕ 24-25 НЕДЕЛЬ

Беседы:

1. Оказание эмоциональной и психологической поддержки;
2. «Физиологические изменения и дискомфортные состояния во время беременности»;
3. «Особенности течения многоплодной беременности»;
4. «Режим и питание во время беременности» (как для беременных с одноплодной беременностью);
5. «Тревожные признаки во время беременности»;
6. «Ведение домашней карты беременной»;
7. рекомендовать пройти занятия в школе подготовки к родам.

Обследование:

- сбор жалоб и выяснение симптомов осложнений данной беременности и других факторов риска (кровотечение, подтекание околоплодных вод, отсутствие шевеления плода, симптомы ИППП);
- обзор, обсуждение и запись результатов всех проведенных скрининговых тестов; пересмотр плана ухода во время беременности и идентификация женщин, нуждающихся в дополнительном уходе, с оценкой факторов риска осложнений;
- оценка результатов УЗИ, проведенного в первом триместре беременности, и, если нужно, уточнение срока гестации;
- проверка путем опроса соблюдения беременной женщиной данных ранее рекомендаций (какой препарат принимает, сколько раз в день и др.) с отметкой в индивидуальной карте;

- измерение АД согласно правилам;
- сравнительная ультразвуковая фетометрия для прогнозирования внутриутробной задержки роста плода/плодов квалифицированным специалистом (см. приложение 4).

Лабораторные исследования:

- анализ мочи на белок.

Назначить дату следующего посещения.

V ПОСЕЩЕНИЕ - В СРОКЕ 28 НЕДЕЛЬ

Беседы:

1. Оказание эмоциональной и психологической поддержки;
2. «Физиологические изменения и дискомфортные состояния во время беременности»;
3. «Особенности течения многоплодной беременности»;
4. «Режим и питание во время беременности» (как для беременных с одноплодной беременностью);
5. «Тревожные признаки во время беременности»;
6. «Ведение домашней карты беременной»;
7. рекомендовать пройти занятия в школе подготовки к родам.

Обследование:

- сбор жалоб и выяснение симптомов осложнений данной беременности и других факторов риска (кровотечение, подтекание околоплодных вод, отсутствие шевеления плода, симптомы ИППП);
- обзор, обсуждение и запись результатов всех проведенных скрининговых тестов; пересмотр плана ухода во время беременности и идентификация женщин, нуждающихся в дополнительном уходе, с оценкой факторов риска осложнений;
- оценка результатов УЗИ, проведенного в первом триместре беременности, и, если нужно, уточнение срока гестации;
- проверка путем опроса соблюдения беременной женщиной данных ранее рекомендаций (какой препарат принимает, сколько раз в день и др.) с отметкой в индивидуальной карте;
 - измерение АД согласно правилам;
 - измерение веса (при ИМТ <18,5);
 - сравнительная ультразвуковая фетометрия для прогнозирования внутриутробной задержки роста плода/плодов.

Лабораторные исследования:

- анализ крови на Hb;
- анализ мочи на белок.

Назначить дату следующего посещения.

VI ПОСЕЩЕНИЕ - В СРОКЕ 30-32 НЕДЕЛИ

Беседы:

1. Оказание эмоциональной и психологической поддержки;
2. «Физиологические изменения и дискомфортные состояния во время беременности»;
3. «Особенности течения многоплодной беременности»;
4. «Режим и питание во время беременности» (как для беременных с одноплодной беременностью);
5. «Тревожные признаки во время беременности»;
6. «Ведение домашней карты беременной»;
7. «План родов»;
8. «Грудное вскармливание»;
9. «Послеродовая контрацепция»;
10. рекомендовать срочно пройти занятия в школе подготовки к родам, если женщина еще не прошла обучение.

Обследование:

- сбор жалоб и выяснение симптомов осложнений данной беременности и других факторов риска (кровотечение, подтекание околоплодных вод, отсутствие шевеления плода, симптомы ИППП);
- обзор, обсуждение и запись результатов всех проведенных скрининговых тестов; пересмотр плана ухода во время беременности и идентификация женщин, нуждающихся в дополнительном уходе, с оценкой факторов риска осложнений;
- оценка результатов УЗИ, проведенного в первом триместре беременности, и, если нужно, уточнение срока гестации;
- проверка путем опроса соблюдения беременной женщиной данных ранее рекомендаций (какой препарат принимает, сколько раз в день и др.) с отметкой в индивидуальной карте;
- измерение АД согласно правилам;
- измерение веса (при ИМТ <18,5);
- сравнительная ультразвуковая фетометрия для прогнозирования внутриутробной задержки роста плода/плодов.

Лабораторные исследования:

- анализ мочи на белок;
- RW.

Оформление дородового отпуска.

Назначить дату следующего посещения.

VII ПОСЕЩЕНИЕ - В СРОКЕ 34-36 НЕДЕЛЬ**Беседа:**

1. Оказание эмоциональной и психологической поддержки;
2. «Физиологические изменения и дискомфортные состояния во время беременности»;
3. «Особенности течения многоплодной беременности»;
4. «Режим и питание во время беременности» (как для беременных с одноплодной беременностью);
5. «Тревожные признаки во время беременности»;
6. «Ведение домашней карты беременной»;
7. «План родов»;
8. «Грудное вскармливание»;
9. «Послеродовая контрацепция»;
10. рекомендовать срочно пройти занятия в школе подготовки к родам;
11. назначить дату следующего посещения/решить вопрос о дородовой госпитализации (см. ниже).

Обследование:

- сбор жалоб и выяснение симптомов осложнений данной беременности и других факторов риска (кровотечение, подтекание околоплодных вод, отсутствие шевеления плода, симптомы ИППП);
- обзор, обсуждение и запись результатов всех проведенных скрининговых тестов; пересмотр плана ухода во время беременности и идентификация женщин, нуждающихся в дополнительном уходе, с оценкой факторов риска осложнений;
- оценка результатов УЗИ, проведенного в первом триместре беременности, и, если нужно, уточнение срока гестации;
- проверка путем опроса соблюдения беременной женщиной данных ранее рекомендаций (какой препарат принимает, сколько раз в день и др.) с отметкой в индивидуальной карте;
- наружное акушерское обследование (определение положения и предлежания плодов);
- измерение АД согласно правилам;

-
- измерение веса (при ИМТ <18,5);
 - сравнительная ультразвуковая фетометрия для прогнозирования внутриутробной задержки роста плода/плодов.

Лабораторные исследования:

- анализ мочи на белок.

Тактика ведения.

Обеспечить как можно раньше **консультирование** в медучреждении III уровня после постановки любого из следующих диагнозов:

- Тройни и более
- Монохориальные моноамниотические двойни

+ осложнения:

- Дискордантная ЗВРП.

Ультразвуковые критерии дискордантности:

- различие предполагаемого веса плодов составляет 20% или плоды отличаются на 500 г и более (чувствительность -80%, специфичность - 93%) **или**
- различие численных значений ОЖ у плодов, составляющее 20 мм и более (чувствительность - 80%, специфичность - 85%).

При дискордантном развитии плодов интервал между исследованиями должен составлять максимум 2 недели;

- Аномалии развития плодов (подозрение);
- Синдром фето-фетальной трансфузии.

Дородовая **госпитализация** на II или III уровень в следующие сроки в зависимости от вида многоплодия для подготовки к родоразрешению:

- Монохориальные двойни – 36 недель после проведения курса профилактики респираторного дистресс-синдрома; предложить плановое родоразрешение.
- Дихориальные двойни - после 37 недель; предложить плановое родоразрешение.
- Тройни и более - 35 недель после проведения профилактики респираторного дистресс-синдрома; предложить плановое родоразрешение.

Многоплодная беременность

Информация для пациентов

Мно
ны разви
0,7 - 1,5%

К ос
носят: во
ской лин
сразу по
средств, н
корпорал

В за
двойне, т

Чаще
однойце
вают «две
няшки во
могут бы
на/плода
окружён

При
воряется
лится на
в течение
дотворен
она, кажд
ную плац

Когд
дит в инт

ворения, то оба плода будут иметь одну плаценту, но разные оболочки. При делении яйцеклетки в интервале 8–13 дней после оплодотворения формируются один хорион и два эмбриона, окружённые единой амниотической оболочкой, то есть межплодовая перегородка отсутствует.

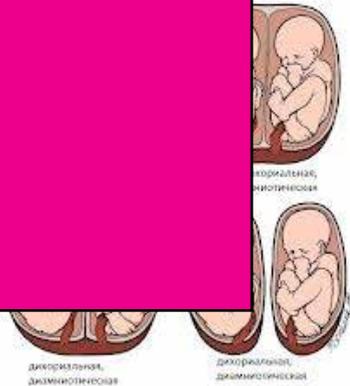
В результате деления оплодотворённой яйцеклетки в более поздние сроки (после 13-го дня) появляются сросшиеся двойни. Близнецы будут только однополыми. Многоплодная беременность — серьёзное испытание для орга-

изме женщи
ременность в

менности, от
(по материн-
беременности
возрастных
д, при экстра-

ся, говорят о

ую) двойню и
двойни, назы-
цами». Двой-
клеток, они
дого эмбрио-
ждый из них



низма женщины: сердечно-сосудистая система, лёгкие, печень, почки и другие органы функционируют с большим напряжением. У женщин с многоплодием чаще встречаются осложнения беременности: повышение кровяного давления, анемия, гестационный сахарный диабет, обострение хронических заболеваний, беспокоит усталость.

Возможна э
жения матки мо
плодов, тем част
правило, наступ
— в 31 неделю.
матки.

Для Вас важ
ния, исследован
бится регулярно
младенцев.

Учитыв
родильном доме
медицинский по
операции кесаре

Вы должны
появились ниже



перерастая-
дем больше
е роды, как
и четвёрне
речением из

ного давле-
ам понадо-
и развития

роходить в
товленный
с помощью

, если у вас

Тревожны

- изменение
- виде слизи
- постоянн
- постепенн
- матки (во
- отхожден
- постоянн
- шум в уша
- внезапно
- боли в пра
- повышение температуры до 38°C и более;
- сильный зуд и жжение во влагалище;
- жжение и боль при мочеиспускании;

к врачу

нистые, в
ь, которые
кращения
д глазами,
ницы;

Сравнительная ультразвуковая фетометрия для прогнозирования внутриутробной задержки роста плода/ плодов

При нормальном развитии плода ультразвуковое исследование с интервалом

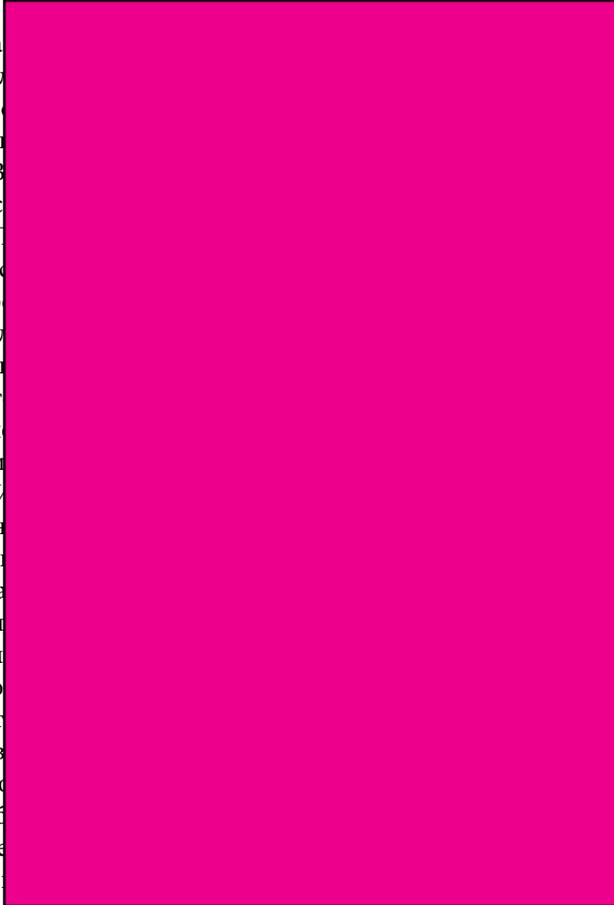
Диагноз ЗВРП в многоплодной беременности ставится, если ПИ ниже 10-го перцентилия массы тела для одноплодной беременности в 3 недели. При наличии ЗВРП у одного или обоих плодов исследование дополняется исследованием маточной шейки.

Показателями ЗВРП являются пониженный индекс (ПИ) в артерии, при многоплодной. Отделением плодов характерны (СДО) в артериях.

Необходимо проводить ультразвуковую фетометрию в многоплодной беременности в 3-4 триместре беременности (дискомфортное (дискомфортное) задержку роста обоих плодов).

Помимо фетометрии необходимо уделять внимание количеству ОВ в обоих амнионах. Принимая во внимание, что при многоплодной беременности часто наблюдают оболочечное прикрепление пуповины и другие аномалии её развития, необходимо исследовать места выхода пуповин с плодовой поверхности плаценты/плацент.

Особое внимание обращают на оценку анатомии плодов для исключения ВПР, а при моноамниотической двойне — для исключения сросшихся близнецов.



кое исследование.

гипертонии, дисфункции мозговой деятельности при одноплодной беременности, аномалии развития и соотношения.

необходимую фетометрию в последние сроки беременности (одноплодной беременности) (дискомфортное (дискомфортное) более); задержку роста обоих плодов.

необходимо уделять внимание количеству ОВ в обоих амнионах.

Индикаторы эффективности внедрения КП «Многоплодная беременность»

Индикатор 1: % женщин с многоплодной беременностью, прошедших ультразвукографию каждые 3-4 недели согласно клиническому протоколу.

Индикатор 2: % женщин с многоплодной беременностью, которые были обследованы на синдром Дауна (в сроках от 11 недель 0 дней до 13 недель 6 дней).

Индикатор 3: % женщин с многоплодной беременностью, которые перенаправлены для а

Индикатор 4: % одновременно направленных на обследование и предоставление меди

Индикатор 5: % информацию о рисках

Индикатор 6: % раты аспирина

Используем

1. *Antenatal ca*
2. *NICE Multip*
3. *Roberts WE, labor*
and specific
4. *Russell RB, multiple*
births in the
5. *Hoekstra C, reprod*
Update 2008
6. *Martin, JA, Natl*
Vital Stat Rep
7. *Schieve LA, of non-*
assisted repr to US
singleton and
8. *Practice Co, medicine.*
Multiple ges ety for
Reproductive :825.
9. *Reddy UM, mass*
index and he
10. *Basso O, No tion of*
maternal hei
11. *Multiple pregnancy The management of twin and triplet pregnancies in the antenatal period, NICE clinical guideline 129.*
12. *González-Quintero VH, Luke B, O'sullivan MJ, et al. Antenatal factors associated with significant birth weight discordancy in twin gestations. Am J Obstet Gynecol 2003; 189:813.*

ПРИЛОЖЕНИЕ 3
к приказу МЗ КР
№ 660
« 22 » ноября 2013г.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ПЕРЕПОДГОТОВКИ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

Острый пиелонефрит при беременности

клинический протокол
для первичного уровня здравоохранения

БИШКЕК 2013

ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Шифр О 23.0

Определение

Пиелонефрит — неспецифическое инфекционно-воспалительное заболевание почек.

Этиология:

- Escherichia coli (75-95%)
- Enterobacteriaceae
- Proteus mirabilis
- Klebsiella pneumoniae
- Staphylococcus saprophyticus.

Классификация

Острый неосложненный пиелонефрит — возникает в результате восхождения инфекции из нижних мочевыводящих путей.

Острый осложненный — прогрессирование пиелонефрита в эмфизематозный пиелонефрит, почечный кортикомедуллярный абсцесс, перинефральный абсцесс или папиллярный некроз.

Хронический — нетипичная причина хронической тубулоинтерстициальной болезни вследствие рецидивирующей инфекции, такой как инфекция, ассоциированная с хроническим обструктивным почечным камнем или пузырно-мочеточниковым рефлюксом.

Наличие сонографических изменений почек не является критерием диагностики хронического пиелонефрита.

Факторы риска

- беременность;
- бессимптомная бактериурия;
- обструктивные уропатии (аномалии развития почек, мочекаменная болезнь, нефроптоз, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, опухоли мочевых путей);
- цистит;
- инструментальные методы исследования (необоснованная катетеризация мочевого пузыря).

Клинические симптомы острого пиелонефрита

- повышение температуры тела (до 39-40⁰ c);
- симптомы интоксикации — слабость, тошнота, рвота, головная боль, боль во всём теле, отсутствие аппетита;
- наличие или отсутствие дизурических явлений и увеличения частоты и позывов к мочеиспусканию;

- боли и напряжение мышц в боку (часто односторонние) с иррадиацией в нижние отделы живота, по ходу мочеточника, в наружные половые органы;
- лейкоцитурия (пиурия), возможно микро- и макрогематурия, умеренная протеинурия в общем анализе мочи;
- положительный симптом поколачивания по XII ребру на стороне поражения;
- лейкоцитоз, повышение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево в общем анализе крови;
- бактериурия более 10^3 КОЕ/мл в посеве мочи, собранной при самостоятельном мочеиспускании или взятой катетером (уровень доказательности 4, степень рекомендаций В).

Ультрасонография проводится для исключения признаков обструкции (конкремент, пиелокаликоектазия, гидронефроз, объёмное образование, некоторые врождённые аномалии развития мочевых путей); наличия нефросклероза, наличия карбункула почки.

Осложнения острого пиелонефрита

- анемия;
- бактериемия;
- дыхательная недостаточность;
- почечная недостаточность;
- преждевременные роды.

Тактика семейного врача

Показана срочная госпитализация с предоставлением информации для беременной (приложение 1).

Лабораторно-инструментальные методы исследования

Перед госпитализацией не требуются.

Лечение

- в условиях терапевтического стационара независимо от срока беременности;
- перед направлением в стационар ввести первую дозу антибиотика:
 - цефтриаксон 1–2 г в/в или в/м,**или**
 - цефепим 1 г в/в,**или**
 - ампициллин 2 г в/в + гентамицин 1,5 мг/кг в/в .

При признаках септического шока (температура $> 38,5$ °С или $< 36,0$ °С,

тахикардия > 90 уд/ мин., тахипноэ > 20 в мин., гипотония САД<90 мм.рт.ст. , нарушение сознания, гипоксемия, олигоанурия) начать быстрое вливание жидкостей (изотонический раствор NaCl 0,9% 1 литр в течение 15-20 минут, струйно, через вазокан №16). Держать пациентку в тепле, вводимые растворы должны быть подогреты до 35-36° С.

В направлении на госпитализацию отметить время и объем оказанной медицинской помощи. Транспортировку беременной женщины проводить в сопровождении медицинского персонала.

Профилактика

- рецидив пиелонефрита встречается в 6-8% случаев;
- после первого эпизода острого пиелонефрита или второго эпизода цистита, профилактическую терапию рекомендуется продолжать в течение всего периода беременности;
 - для профилактики рецидива используют низкие дозы антибиотиков: нитрофурантоин 50-100 мг орально на ночь или цефалексин 250 мг орально на ночь;
 - лечение бессимптомной бактериурии (риск пиелонефрита уменьшается на 70-80%).

Острый пиелонефрит при беременности

Информация для пациентов

Острый пиелонефрит - бактериальная инфекция почек, которая встречается у 7-10% беременных женщин. Инфекция из нижних отделов мочевыводящих путей (мочеиспускательного канала) поднимается в мочевой пузырь, а затем по мочеточникам в одну или обе почки.

Беременные женщины более склонны к развитию пиелонефрита по сравнению с небеременными. Это связано с физиологическими изменениями во время беременности: высоким уровнем гормонов, давлением беременной матки на мочеточники и расширением почечных лоханок. Это может повлиять на отток мочи, в результате происходит застой мочи в мочевом пузыре и миграция бактерий (кишечная палочка, клебсиелла, протей, стафилококк) в почки с развитием пиелонефрита.

В 10% случаев отмечается двустороннее поражение почек. Часто причиной пиелонефрита может быть цистит или бессимптомная бактериурия.

Пиелонефрит проявляется повышением температуры тела до 38-39°C, ознобом, болями в нижней части спины, возможна тошнота и рвота. Появляются жалобы на частое и болезненное мочеиспускание, изменяется (мутнеет) моча. Уточнить диагноз поможет анализ мочи, в котором обнаруживаются лейкоциты (белые кровяные тельца), гематурия (кровь в моче), белок, бактерии.

Пиелонефрит - довольно опасное заболевание, которое при отсутствии лечения может приводить к серьезным осложнениям. Пиелонефрит беременных без лечения может осложниться абсцессом почки, сепсисом (генерализации инфекции), почечной недостаточностью, повышением кровяного давления, преждевременными родами. Все эти состояния имеют прямую угрозу для жизни женщины. Для плода пиелонефрит опасен внутриутробным инфицированием и даже внутриутробной гибелью.

Правильное лечение пиелонефрита может предотвратить серьезные проблемы. Лечится пиелонефрит в стационаре антибиотиками в течение 7-10 дней. Перед направлением в стационар необходимо внутривенно или внутримышечно ввести первую дозу антибиотика. Не волнуйтесь, препараты, которые подберет для вас врач, не навредят вашему ребенку.

Как правило, после начала лечения снижается температура тела, улучшается самочувствие, уменьшаются боли в пояснице. Если в течение 2-х дней не наступит улучшение, врач поменяет антибиотик на другой, к которому чувствительны микроорганизмы, являющиеся причиной пиелонефрита. Иногда причиной неэффективности лечения является препятствие в мочевых путях (камень почки или физическое сжатие мочеточников растущей матки во время

Индикаторы эффективности внедрения КП «Острый пиелонефрит при беременности»

Индикатор 1: % индивидуальных карт беременных, в которых диагноз острого пиелонефрита был выставлен на основании клинических критериев согласно клиническому протоколу.

Индикатор 2: % беременных с острым пиелонефритом, получивших первую дозу антибиотика на догоспитальном уровне.

Индикатор 3: % беременных женщин с острым пиелонефритом и признаками септического шока, которым начата инфузионная терапия на догоспитальном уровне.

Индикатор 4: % беременных с острым пиелонефритом, получивших после госпитализации профилактическую терапию пиелонефрита в течение всего периода беременности.

Индикатор 5: % беременных женщин, получивших информацию об остром пиелонефрите (опрос пациента).

Используемая литература:

1. Czaja CA, Scholes D, Hooton TM, Stamm WE. Population-based epidemiologic analysis of acute pyelonephritis. *Clin Infect Dis* 2007; 45:273). (Echols RM, Tosiello RL, Haverstock DC, Tice AD. Demographic, clinical, and treatment parameters influencing the outcome of acute cystitis. *Clin Infect Dis* 1999; 29:113).
2. Foxman B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs. *Am J Med* 2002; 113 Suppl 1A:5S- 13S.
3. Hoepelman AI, Meiland R, Geerlings SE. Pathogenesis and management of bacterial urinary tract infections in adult patients with diabetes mellitus. *Int J Antimicrob Agents* 2003; 22 Suppl 2:35-43.
4. Stunell H, Buckley O, Feeney J, Geoghegan T, Browne RF, Torreggiani WC. Imaging of acute pyelonephritis in the adult. *Eur Radiol* 2007; 17(7):1820-1828.
5. Hill JB, Sheffield JS, McIntire DD, Wendel GD Jr. Acute pyelonephritis in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2005; 105:18.
6. Mitterberger M, Pinggera GM, Colleselli D, et al. Acute pyelonephritis: comparison of diagnosis with computed tomography and contrast-enhanced ultrasonography. *BJU Int* 2008; 101(3):341-344.
7. Wing DA, Hendershott CM, Debuque L, Millar LK. A randomized trial of three antibiotic regimens for the treatment of pyelonephritis in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1998; 92:249.
8. Smaill, F, Vazquez, JC. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2007, Issue 2:CD000490.
9. Nicolle LE, Bradley S, Colgan R, et al. Infectious Diseases Society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. *Clin Infect Dis* 2005; 40:643.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4
к приказу МЗ КР
№ _____
« ____ » _____ 2013г.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ПЕРЕПОДГОТОВКИ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

Самопроизвольный выкидыш

клинический протокол
для первичного уровня здравоохранения

БИШКЕК 2013

САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ ВЫКИДЫШ

Шифр: 003 Самопроизвольный аборт
020.0 Угрожающий аборт
002.1 Несостоявшийся выкидыш

Рекомендовано заменить термин «аборт» на термин «**выкидыш**» (уровень доказательности C).

Определение:

Выкидыш — самопроизвольное изгнание эмбриона или плода массой до 500 г, что соответствует сроку гестации менее 20 недель (по ВОЗ). В Кыргызстане согласно принятым критериям живорожденности родами считается рождение плода выше 500 г, что соответствует сроку беременности 22 недели и выше. Ведущие специалисты Кыргызской Республики решили считать выкидышем самопроизвольное изгнание эмбриона или плода массой до 500 г, что соответствует сроку гестации менее 22 недель.

Выкидыш встречается в 8 – 20% всех случаев клинически распознанной беременности. Процент самопроизвольного прерывания нераспознанной или субклинической беременности еще выше и составляет от 13 до 26 % всех случаев беременности.

Факторы риска:

- возраст 40 лет и старше;
- наличие 3 более самопроизвольных (в т.ч. несостоявшихся) выкидышей в анамнезе;
- курение (более 10 сигарет в день);
- употребление алкоголя и наркотиков;
- прием нестероидных противовоспалительных средств (кроме ацетоминифена/парацетамола);
- лихорадка (37,8 и выше);
- бесплодие в анамнезе;
- вес (имт меньше 18,5 и больше 25 кг\м²);
- дефицит фолиевой кислоты;
- воздействие тератогенных факторов;
- гормональные нарушения (для привычного выкидыша).

Этиология:

- хромосомные нарушения;
- врожденные аномалии;
- травмы и инвазивные методики пренатальной диагностики;
- аномалии и заболевания матки (маточная перегородка, синехии, миомы);
- острая инфекция матери (*listeria monocytogenes*, *toxoplasma gondii*,

parvovirus b19, rubella, herpes simplex, cytomegalovirus, lymphocytic choriomeningitis virus) во время данной беременности;

- заболевания матери (сахарный диабет, дисфункция щитовидной железы, синдром Кушинга, синдром поликистозных яичников, тромбофилия, системная красная волчанка, и др.);
- антифосфолипидный синдром;
- причина не выяснена.

Критерии диагностики

Угрожающий выкидыш:

- тянущие боли внизу живота и в пояснице;
- скудные кровянистые выделения из половых путей;
- отсутствие структурных изменений шейки матки, соответствие размеров матки сроку беременности;
- регистрируемое сердцебиение плода (после 6 недель беременности) при УЗИ.

Неполный выкидыш:

- продолжающееся кровотечение, в редких случаях приводящее к гиповолемическому шоку;
- излитие околоплодных вод (в более позднем сроке);
- задержка в полости матки элементов плодного яйца;
- определение остатков плодного яйца, во II триместре — остатков плацентарной ткани при УЗИ.

Полный выкидыш:

- плодное яйцо выходит полностью из полости матки (необходимо подтверждение с помощью УЗИ);
- матка сокращается, кровотечение прекращается (могут быть небольшие кровянистые выделения).

Инфицированный выкидыш (выкидыш с инфекцией):

- Лихорадка (температура 37,8⁰ С и выше), озноб и наличие 2-х и более признаков:

- недомогание;
- боли внизу живота;
- кровянистые, иногда гнойные выделения из половых путей;
- тахикардия, тахипноэ;
- напряжение мышц передней брюшной стенки;
- болезненная, мягкой консистенции матка, расширение шейки матки.

Неразвивающаяся беременность (антенатальная гибель плода) — гибель эмбриона или плода в сроках до 22 недель беременности (по гестационному сроку) при отсутствии экспульсии (самопроизвольного изгнания) элементов плодного яйца из полости матки.

Диагностика (Каждая организация здравоохранения должна выбрать то, что может использовать на своем уровне):

- осмотр шейки матки и влагалища в зеркалах (уточнить источник кровотечения: полип, цервицит, неоплазия);
- УЗИ (лучше трансвагинальное) (см. приложение 1 «Критерии нежизнеспособности плода при УЗИ»).

Повторные УЗИ с интервалом в 4-7 дней позволяют определить жизнеспособность данной беременности при сомнительных результатах ультразвукографии или при признаках отставания развития эмбриона от предполагаемого срока гестации:

- определение уровня хорионического гонадотропина (ХГЧ) (по возможности). Однократное определение уровня ХГЧ не позволяет поставить диагноз, однако ряд последовательных анализов, показывающих падение уровня ХГЧ или плато в первом триместре, указывает на неразвивающуюся беременность. Если местоположение плодного яйца не определено, невозможно диагностировать или исключить внематочную или внутриматочную локализацию беременности исключительно с помощью определения гормонального уровня. При большинстве выкидышей нет необходимости определять уровень ХГЧ.

Тактика ведения

Угрожающий выкидыш		Оказание медицинских услуг в ОЗ амбулаторного уровня (ЦСМ)
Неполный выкидыш	неосложненный до 5 недель беременности	Оказание медицинских услуг в ОЗ амбулаторного уровня (ЦСМ)
	неосложненный более 5 недель беременности	Оказание медицинских услуг в ОЗ стационарного уровня
	осложненный (независимо от срока беременности)	Оказание медицинских услуг в ОЗ стационарного уровня
Полный выкидыш	осложненный	Оказание медицинских услуг в ОЗ стационарного уровня
Инфицированный выкидыш		Оказание медицинских услуг в ОЗ стационарного уровня
Неразвивающаяся беременность		Оказание медицинских услуг в ОЗ стационарного уровня

Мероприятия при угрожающем выкидыше

- Обеспечить эмоциональную поддержку с возможностью предоставления листка нетрудоспособности.
- Дать полную информацию о состоянии пациентки и тактике ведения угрожающего выкидыша, внимательно ответить на вопросы и обучить распознаванию опасных признаков и симптомов, при появлении которых необходимо немедленно вернуться для получения медицинской помощи (см. приложение 2).
- **Нет доказательств эффективности госпитализации, соблюдения постельного режима и воздержания от секса.**
- **Нет доказательств эффективности применения ХГЧ, дексаметазона, спазмолитических препаратов, растительных седативных лекарственных средств, витаминов.**
- **Следует с большой осторожностью рекомендовать применение прогестерона для лечения угрожающего выкидыша в первом триместре** (малое количество и низкое качество методологии пригодных для анализа исследований, а также небольшое количество участников исследований). Метод требует дальнейшего изучения.

Мероприятия при неполном неосложненном выкидыше до 5 недель беременности

- Обеспечить эмоциональную поддержку с возможностью предоставления листка нетрудоспособности.
- Дать полную информацию о состоянии пациентки и тактике ведения неполного неосложненного выкидыша до 5 недель беременности, внимательно ответить на вопросы.
- **Неполный неосложненный выкидыш до 5 недель беременности** можно вести выжидательно, а также предложить медикаментозное или хирургическое вмешательство (при наличии возможности).
- Если женщина выбирает выжидательную тактику, обучить распознаванию опасных признаков и симптомов, при появлении которых необходимо немедленно вернуться для получения медицинской помощи (см. приложение 2).
- Вопрос о методе эвакуации продуктов оплодотворения из матки - медикаментозном или хирургическом - решается в зависимости от клинической ситуации и выбора пациентки. Пациентку следует проинформировать о преимуществах и недостатках каждого подхода.

Показания для госпитализации в случае неосложненного выкидыша до 5 недель беременности:

- нестабильное гемодинамическое состояние (падение АД ниже 90/60 мм.рт.ст, тахикардия более 100 уд.в мин., снижение диуреза менее 30 мл/ч, бледность кожных покровов);
- подозрение на гестационную трофобластическую болезнь;
- в случаях, если не удастся исключить внематочную беременность.

При нестабильном гемодинамическом состоянии - женщину госпитализировать в сопровождении медицинского работника. Перед госпитализацией начать противошоковые мероприятия:

- инфузионная терапия: установить внутривенный катетер-вазокан №16, ввести быстро струйно 1 литр в течение 15-20 минут, инфузию продолжить до доставки в стационар. При продолжающемся кровотечении обеспечить инфузию в другую вену 20 ЕД окситоцина на 1 литр и вводить по 40 капель в минуту.

При инфицированном выкидыше – перед госпитализацией начать антибиотикотерапию (дать первую дозу ампициллина 2,0 г внутривенно и гентамицина из расчета 5 мг/кг массы тела и метронидазола 500 мг внутривенно).

Все проведенные мероприятия зафиксировать в бланке направления на стационарное лечение с указанием времени и объема вмешательства.

**Примечание.* Рекомендуются гистологическое исследование тканей, полученных при эвакуации матки, для подтверждения беременности и исключения трофобластической болезни:

- если «проба на флотацию» не позволяет четко определить ворсинки хориона при эвакуации содержимого полости матки, эвакуированную ткань оставляют в пробирке с 0,9% изотоническим раствором и осматривают визуально, чтобы определить присутствие ткани ворсинок хориона, имеющей характерный «перистый» вид;
- при любых подозрениях на трофобластическую болезнь, на основании УЗИ или клинических/визуальных признаков, ткань необходимо отправить на гистологию;
- при повторных невынашиваниях (3 и более раз), следует попытаться направить продукт оплодотворения на хромосомное исследование, если это возможно.

Несенсибилизированные резус-отрицательные женщины должны получить анти-Rh0(D)-иммуноглобулин в случаях:

- выкидыш в сроке более 12 недель беременности в дозе 250-300 мкг в/м;
- выкидыш в любом сроке, при котором произведена эвакуация продуктов оплодотворения из матки (как хирургическая, так и медикаментозная);
- угрожающий выкидыш в сроке менее 12 недель беременности, когда наблюдается обильное кровотечение и выраженный болевой синдром в дозе 50-75 мкг в/м.

При полном выкидыше в сроке до 12 недель, когда нет необходимости в эвакуации продуктов оплодотворения матки, введение анти-Rh0(D)-иммуноглобулина не обязательно.

Последующее наблюдение за женщинами после выкидыша:

- предоставить поддержку и консультирование, в том числе по поводу контрацепции, и последующее наблюдение;
- при наличии 3 последовательных самопроизвольных прерываний беременности рекомендуется проведение обследования до наступления желанной беременности для выявления причин невынашивания у данной супружеской пары:
 - консультация генетика;
 - исключение анатомических аномалий матки и шейки матки;
 - определение гормонального статуса;
 - исключения антифосфолипидного синдрома;
 - исключение инфекций (определение титров сывороточных антител на хроническую инфекцию не информативно и не рекомендуется);
 - исключение эндокринных заболеваний (тТГ, антитела к тиреоидной пероксидазе (tpo), пролактин, глюкоза крови натощак).

Критерии нежизнеспособности плода при УЗИ (достаточно 1 критерия).

- Отсутствие сердцебиения эмбриона с копчико-теменным размером более 7,0 мм с использованием трансвагинального УЗИ. Рекомендуется:
 - решить вопрос о целесообразности пролонгирования беременности (**и/или**);
 - выполнить повторное сканирование минимум через 7 дней после первого исследования.

Если по данным трансвагинального УЗИ копчико-теменной размер менее 7,0 мм и нет видимого сердцебиения, рекомендуется провести повторное сканирование минимум через 7 дней после первого исследования.

- Отсутствие эмбриона при среднем диаметре плодного яйца 25,0 мм или более, с использованием трансвагинального УЗИ. Рекомендуется:
 - решить вопрос о целесообразности пролонгирования беременности (**и/или**);
 - выполнить повторное сканирование минимум через 7 дней после первого исследования.

Если по данным трансвагинального УЗИ средний диаметр плодного яйца менее 25,0 мм и нет видимого сердцебиения, рекомендуется провести повторное сканирование минимум через 7 дней после первого исследования.

Дополнительные ультразвуковые признаки, указывающие на повышение риска самопроизвольного прерывания беременности. Если выявляется любой из этих признаков, показано проведение повторного ультразвукового исследования через 1 неделю, в связи с высокой вероятностью гибели эмбриона/плода:

- аномальный желточный мешок, который может быть больше гестационного срока, неправильной формы, смещен к периферии или кальцифицирован;
- частота сердечных сокращений эмбриона менее 100 ударов в минуту при гестационном сроке 5–7 недель беременности;
- большие размеры ретрохориальной гематомы — более 25% поверхности плодного яйца.

Самопроизвольный выкидыш

Информация для пациентов

Выкидыш – самопроизвольное прерывание беременности в сроке до 22 недель от первого дня последней менструации.

Выкидыш на ранних сроках беременности является распространенным явлением и встречается примерно у 8-20 % женщин, которые знают о своей беременности. Из них у 80% выкидыш происходит в первые 12 недель. Однако, у некоторых женщин выкидыш происходит в очень ранних сроках, когда они даже не подозревают о своей беременности.

Существует много факторов, которые приводят к самопроизвольному прерыванию беременности: хромосомные аномалии, наличие самопроизвольных выкидышей и бесплодия в анамнезе, возраст женщины 40 лет и старше, вредные привычки (курение, употребление алкоголя и наркотиков), чрезмерный прием напитков, содержащих кофеин, повышение температуры тела во время беременности (37,8 и выше), низкий или избыточный вес, некоторые заболевания внутренних и половых органов, воздействие определенных инфекций, лекарств, радиации, физических нагрузок.

Наиболее распространенными признаками выкидыша являются кровотечение из влагалища и боли внизу живота. При появлении этих признаков необходима консультация врача. Однако, кровотечение и дискомфорт может произойти и при нормальной беременности.

Медицинские работники используют следующие термины для описания различных типов выкидышей.

Угроза выкидыша – у женщины появляются тянущие боли внизу живота и в пояснице; скудные кровянистые выделения из половых путей (не всегда). При осмотре врач может определить повышенный тонус матки; отсутствие изменений со стороны шейки матки. Регистрируемое при УЗИ сердцебиение плода (после 6 недель от первого дня последней менструации) покажет наличие живого плода. Во многих случаях кровотечение из влагалища прекращается самостоятельно, и беременность продолжается до срока.

В некоторых случаях кровотечение усиливается и происходит выкидыш: боли внизу живота усиливаются, шейка матки открывается, плодное яйцо отслаивается от стенок матки и полностью или частично выходит наружу. Если плод полностью выходит из матки, говорят о *полном выкидыше*; матка при этом сокращается, и кровотечение останавливается. Если части или ткани плода задерживаются в матке, говорят о *неполном выкидыше*. Для подтверждения диагноза необходимо провести УЗИ.

У некоторых женщин на фоне выкидыша развивается маточная инфекция

– возникает *септический (инфицированный) выкидыш*, который сопровождается высокой температурой тела, ознобом, болями в животе, вагинальным кровотечением и гнойными выделениями из влагалища с неприятным запахом.

При угрожающем выкидыше самым лучшим методом лечения (это доказано многими научными исследованиями) считается соблюдение эмоционального и физического покоя. Нет доказательств эффективности применения различных лекарств, таких как гормоны (прогестерон, дексаметазон), спазмолитики (но-шпа, папаверин), растительные успокаивающие лекарственные средства (валериана, пустырник), витамины и многих других. При угрожающем выкидыше не требуется госпитализация, можно находиться дома.

Но при появлении любого из следующих признаков необходимо срочно обратиться в медицинское учреждение.

Тревожные симптомы, когда нужно немедленно обратиться к врачу

- усиление кровянистых выделений (более 2-3 гигиенических прокладок за 30 минут);
- частые, болезненные сокращения матки;
- повышение температуры до 38°C и более, озноб в сочетании с:
 - недомоганием;
 - гнойными выделениями из половых путей;
 - сердцебиением, одышкой.

К сожалению, нет никаких эффективных методов остановки выкидыша, который уже происходит, т.е. плодное яйцо отслоилось, а значит, погибло, и частично или полностью вышло из матки.

Если произошел неполный выкидыш в маленьком сроке, вы чувствуете себя удовлетворительно, кровотечение незначительное, вам могут помочь в условиях ЦСМ, для этого не обязательна госпитализация. В некоторых случаях применяют выжидательную тактику, т.е. проводят просто наблюдение с последующим контролем УЗИ. Иногда для опорожнения матки от остатков плодного яйца предлагается медикаментозное лечение (таблетки или вагинальные свечи). Возможно хирургическое удаление оставшейся ткани из матки при помощи ручной вакуумной аспирации или инструмента.

Если произошел полный выкидыш, и УЗИ подтвердило отсутствие частей плода в полости матки, госпитализация также не требуется.

Если выкидыш произошел в более поздние сроки, а также при ухудшении состояния или усилении кровотечения (см. признаки выше), необходима госпитализация.

После выкидыша женщинам советуют избегать секса в течение двух недель. Медицинским работником могут быть назначены лекарственные препараты для уменьшения кровотечения и риска заражения. Рекомендуются воздержаться от следующей беременности в течение нескольких месяцев, хотя несколько ис-

Индикаторы эффективности внедрения КП «Самопроизвольный выкидыш»

Индикатор 1: % беременных женщин с угрожающим выкидышем, у которых ведение беременности на первичном звене проводилось согласно клиническому протоколу.

Индикатор 2: % женщин с признаками нарушения гемодинамики при самопроизвольном выкидыше, которым было проведено оказание неотложной помощи на догоспитальном уровне (инфузионная терапия) согласно клиническому протоколу.

Индикатор 3: % женщин с инфицированным выкидышем, получившим амбулаторно перед госпитализацией первую дозу антибиотика.

Индикатор 4: % беременных, получивших информацию о самопроизвольном выкидыше (опрос пациента).

Индикатор 5: % медицинских учреждений, в которых имеется аптечка для оказания неотложной помощи на догоспитальном уровне при самопроизвольных выкидышах.

Индикатор 6: % необоснованных направлений на госпитализацию по поводу угрожающего выкидыша.

Используемая литература:

1. «Ведение раннего выкидыша», методическая рекомендация №25, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, октябрь 2006
2. Wahabi HA, Abed Althagafi NE, Elawad M, Al Zeidan RA. Progestogen for treating threatened miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; CD005943.
3. Devaseelan P, Fogarty PP, Regan L. Human chorionic gonadotrophin for threatened miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; :CD007422.
4. Rumbold A, Middleton P, Pan N, Crowther CA. Vitamin supplementation for preventing miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; :CD004073.
5. Savaris RF, de Moraes GS, Cristovam RA, Braun RD. Are antibiotics necessary after 48 hours of improvement in infected/septic abortions? A randomized controlled trial followed by a cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 204:301.e1.
6. Nanda K, Peloggia A, Grimes D, et al. Expectant care versus surgical treatment for miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; :CD003518.
7. Neilson JP, Gyte GM, Hickey M, et al. Medical treatments for incomplete miscarriage (less than 24 weeks). *Cochrane Database Syst Rev* 2010; :CD007223.
8. Trinder J, Brocklehurst P, Porter R, et al. Management of miscarriage: expectant, medical, or surgical? Results of randomised controlled trial (miscarriage treatment (MIST) trial). *BMJ* 2006; 332:1235.
9. Harris LH, Dalton VK, Johnson TR. Surgical management of early pregnancy failure: history, politics, and safe, cost-effective care. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196:445.e1.

10. Tunçalp O, Gülmezoglu AM, Souza JP. Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; :CD001993.
11. Neilson JP, Hickey M, Vazquez J. Medical treatment for early fetal death (less than 24 weeks). *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 3:CD002253.
12. Blum J, Winikoff B, Gemzell-Danielsson K, et al. Treatment of incomplete abortion and miscarriage with misoprostol. *Int J Gynaecol Obstet* 2007; 99 Suppl 2:S186.
13. Davis AR, Hendlish SK, Westhoff C, et al. Bleeding patterns after misoprostol vs surgical treatment of early pregnancy failure: results from a randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196:31.e1.
14. Gemzell-Danielsson K, Ho PC, Gómez Ponce de León R, et al. Misoprostol to treat missed abortion in the first trimester. *Int J Gynaecol Obstet* 2007; 99 Suppl 2:S182.
15. Kollitz KM, Meyn LA, Lohr PA, Creinin MD. Mifepristone and misoprostol for early pregnancy failure: a cohort analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 204:386.e1.
16. Stockheim D, Machtlinger R, Wisner A, et al. A randomized prospective study of misoprostol or mifepristone followed by misoprostol when needed for the treatment of women with early pregnancy failure. *Fertil Steril* 2006; 86:956.
17. Grossman D, Blanchard K, Blumenthal P. Complications after second trimester surgical and medical abortion. *Reprod Health Matters* 2008; 16:173.
18. Lalitkumar S, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K. Mid-trimester induced abortion: a review. *Hum Reprod Update* 2007; 13:37.
19. Casikar I, Bignardi T, Riemke J, et al. Expectant management of spontaneous first-trimester miscarriage: prospective validation of the '2-week rule'. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2010; 35:223.
20. Petrou S, Trinder J, Brocklehurst P, Smith L. Economic evaluation of alternative management methods of first-trimester miscarriage based on results from the MIST trial. *BJOG* 2006; 113:879.
21. Niinimäki M, Karinen P, Hartikainen AL, Pouta A. Treating miscarriages: a randomised study of cost-effectiveness in medical or surgical choice. *BJOG* 2009; 116:984.
22. Stratton K, Lloyd L. Hospital-based interventions at and following miscarriage: literature to inform a research-practice initiative. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2008; 48:5.
23. Swingle HM, Colaizy TT, Zimmerman MB, Morriss FH Jr. Abortion and the risk of subsequent preterm birth: a systematic review with meta-analyses. *J Reprod Med* 2009; 54:95.
24. Edlow AG, Srinivas SK, Elovitz MA. Second-trimester loss and subsequent pregnancy outcomes: What is the real risk? *Am J Obstet Gynecol* 2007; 197:581.e1

ПРИЛОЖЕНИЕ 5
к приказу МЗ КР
№ _____
« ____ » _____ 2013г.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ПЕРЕПОДГОТОВКИ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

Преждевременная родовая деятельность

клинический протокол
для первичного (догоспитального) уровня

БИШКЕК 2013

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Шифр 060 P07.2

Определение:

Преждевременные роды - это преждевременный процесс изгнания содержимого полости матки (плода, околоплодных вод, плодных оболочек и плаценты) через естественные родовые пути в сроке гестации 22-36 недель.

Преждевременный процесс изгнания в сроке 22-27 недели беременности считается *очень ранними родами*, в сроке 28-33 недели – *ранними родами*, и в сроке 34-36 *преждевременными родами*.

Факторы риска:

- возраст 16 лет и ниже и 35 лет и выше;
- ИМТ менее 18,5 и больше 30;
- курение;
- низкий социально-экономический уровень жизни;
- преждевременные роды в анамнезе;
- многоплодная беременность;
- истмико-цервикальная недостаточность;
- конизация/ампутация шейки матки;
- два и более выскабливаний полости матки (в том числе во время искусственных абортов);
- патология матки;
- стрессы на работе и/или в семье, хронический стресс, депрессия;
- интервал между беременностями менее 6 месяцев;
- инфекции (бактериальный вагиноз в сочетании с преждевременными родами в анамнезе, инфекции мочевыводящих путей, в т.ч. бессимптомная бактериурия, сифилис, гонорея);
- многоводие или маловодие;
- индуцированная беременность;
- тяжелая экстрагенитальная патология в стадии декомпенсации;
- пародонтит;
- маточные кровотечения в 1 и 2-м триместрах беременности;
- предлежание плаценты и ПОНРП;
- хирургические вмешательства (операции на органах брюшной полости);
- травмы;
- мужской пол плода;
- предродовые состояния шейки матки.

Профилактика

- внедрение антитабачных программ среди беременных;

- скрининг и лечение бессимптомной бактериурии;
- скрининг и лечение сифилиса;
- скрининг и лечение гонококковой инфекции в группе высокого риска по гонорее;
- назначение прогестинов при преждевременных родах в анамнезе и укорочении шейки матки при данной беременности (после консультации акушера-гинеколога);
- проведение бесед о соблюдении принципов рационального питания;
- профилактика стрессов.

Нет доказательств эффективности:

- увеличения дородовых посещений, соблюдения постельного режима, специальной диеты, воздержания от секса, госпитализации в «критические сроки», раннего профилактического использования токолитиков, метаболической терапии и т. д.);
- наложения шва на шейку матки, кроме группы женщин с выявленным «укорочением» шейки матки менее 15 мм (у женщин с несостоятельностью шейки матки в анамнезе, показано наложение швов на шейку (серкляж) до появления признаков укорочения шейки матки);
- лечения бактериального вагиноза, кроме группы беременных с преждевременными родами в анамнезе;
- профилактического назначения антибиотиков при целом плодном пузыре.

Клинические критерии для вмешательства:

- клинически документированные сокращения матки (4 за 20 минут или 8 за 60 минут) **ПЛЮС**;
- не менее одного из следующих признаков:
 - документированный разрыв плодных оболочек;
 - раскрытие шейки более 2 см;
 - сглаживание шейки более чем на 80%;
 - динамические структурные изменения шейки матки (раскрытие и/или сглаживание, документированное) за период наблюдения;
- наличия только схваток недостаточно для постановки диагноза, так как почти 50% таких беременностей затем пролонгируются до срока.

Примечание: для семейных врачей достаточно зафиксировать любой случай регулярных сокращений матки или подозрения на преждевременный разрыв плодного пузыря (ПРПП).

- при возможности, использовать данные трансвагинального УЗИ, которое используется в качестве инструмента для диагностики укорочения шейки матки и раскрытия внутреннего зева, и, таким образом, для прогнозирования риска преждевременных родов. Если длина шейки матки составляет менее 15 мм — 50% шансов родить в сроке менее 32 недель;

- определение фетального фибронектина во влагалищном содержимом после 22 недель является хорошим прогностическим фактором преждевременных родов.

Использование указанных методов не влияет на перинатальные исходы в общей популяции, но имеет определенную прогностическую ценность в группе женщин с преждевременными родами в анамнезе.

- во многих случаях диагноз излития околоплодных вод очевиден в связи с жидкими прозрачными выделениями из влагалища;
- если разрыв оболочек произошел достаточно давно, диагностика может быть затруднена. Возможно проведение следующих диагностических тестов после тщательного сбора анамнеза:
 - предложить пациентке чистую прокладку и оценить характер и количество выделений через 1 час;
 - провести осмотр на гинекологическом кресле стерильными зеркалами — жидкость, вытекающая из цервикального канала или находящаяся в заднем своде, подтверждает диагноз;
 - провести цитологический тест (симптом «папоротника») (частота ложноотрицательных ответов более 20%);
 - использовать одноразовые тест-системы («Амниотест») по возможности;
 - провести УЗИ — олигогидрамнион в сочетании с указанием на истечение жидкости из влагалища подтверждает диагноз (2b).

При подозрении на родовое излитие околоплодных вод влагалищное исследование противопоказано, так как значительно увеличивает риск распространения инфекции (2b) и вряд ли будет полезно для определения тактики дальнейшего ведения беременности и родов.

Тактика:

1. Полное информирование пациентки и членов семьи о ее состоянии, состоянии плода, прогнозе исхода преждевременных родов для новорожденного, выбранной акушерской тактике и возможных осложнениях (см. приложение 1).
2. Срочная госпитализация в учреждение II уровня (после 34 недель беременности) или III уровня (с 22 недель до 34 недель), обеспечение информирования вышестоящего уровня стационара, адекватная транспортировка в сопровождении медперсонала. При невозможности транспортировки - госпитализация в ближайший стационар и вызов бригады на себя.
3. Профилактика материнской и неонатальной инфекции при излитии околоплодных вод.
4. Дать первую дозу эритромицина в дозе 500 мг перорально **или** ампициллин 1,0 г в/м, или цефазолин 2,0 г в/в.

5. Профилактика респираторного дистресс-синдрома путем назначения дексаметазона по (6 мг в/м в 4 приема через каждые 12 часов, всего 24 мг). Лечение должно быть ограничено одним курсом.

Показания для назначения кортикостероидов:

- срок беременности 24-34 недели **и**
- клинические признаки преждевременных родов **или**
- дородовое кровотечение **или**
- преждевременный разрыв плодных оболочек **или**
- любое состояние, при котором необходимо плановое преждевременное родоразрешение.

Применение кортикостероидов при выше перечисленных состояниях между 35 и 36 неделями беременности решается индивидуально (например, при многоплодии).

Предостережения для назначения кортикостероидов:

- системные инфекции;
- подозрение на хориоамнионит (повышение температуры тела до 38°C, озноб, тахикардия матери и плода, гнойные выделения из половых путей, болезненность матки при пальпации).

1. Назначение токолитических средств проводится только как мера для пролонгирования беременности с целью достижения терапевтического эффекта кортикостероидов **и/или** для перевода на более высокий уровень оказания медицинской помощи:
- **Нифедипин** по 10 мг под язык каждые 20 минут в течение первого часа, затем по 10 мг внутрь каждые 6-8 часов в течение не более 48 часов от начала терапии; **или**
 - **Индометацин** 100 мг перорально или ректально, затем по 25 мг каждые 6 часов в течение не более 48 часов (не применять после 32 недель беременности).

Побочные эффекты нифедипина:

- гипотензия (крайне редко проявляется у пациенток с нормотонией);
- тахикардия, приливы, головные боли, головокружение, тошнота.

Врачебная тактика при ведении преждевременных родов в, основном, определяется гестационным сроком и состоянием родовых путей (см. таблицу 1).

Таблица 1. Тактика ведения беременности при преждевременных родах

Открытие маточного зева (см)	Срок беременности (нед.)	
	Менее 34	34-37
Менее 3	- перевод на 3-й (2-й) уровень - профилактика РДС - токолиз на время транспортировки	- перевод на 2-й (3-й) уровень - токолиз на время транспортировки
Более 3	- для 1-го уровня — вызов неонатологической реанимационной бригады - роды	- вызов неонатолога - роды

Преждевременные роды

Информация для пациентов

Нормальная беременность длится от 37 до 42 недель, считая от первого дня последней менструации. Преждевременными родами называются роды, которые начинаются до 37 недель беременности, а дети, родившиеся раньше срока – недоношенными. Преждевременные роды встречаются примерно в 10-12% случаев.

Недоношенные новорожденные могут иметь проблемы, связанные с недостаточным развитием внутренних органов и систем (дыхание, терморегуляция, трудности с кормлением и др.).

Трудно предугадать, у какой беременной женщины наступят преждевременные роды, хотя известны факторы, которые увеличивают риск их наступления. Однако большинство преждевременных родов происходят у женщин, не имеющих эти известные факторы риска.

Одним из факторов риска является наличие преждевременных родов при предыдущих беременностях, хотя повторные преждевременные роды возможны только у 22% женщин. Преждевременные роды встречаются при многоплодной беременности, при заболеваниях и аномалиях развития матки или шейки матки, при некоторых хронических заболеваниях (тяжелая анемия, повышенное кровяное давление, инфекции) и осложнениях во время беременности (многоводие или маловодие, маточные кровотечения). Женщины в возрасте 16 лет и моложе и 35 лет и старше, а также имеющие недостаточный или избыточный вес, интервал между беременностями менее 6-12 месяцев, стрессы на работе и/или в семье, тоже входят в группу риска. Немаловажную роль играют курение, использование наркотиков, травмы или операции во время беременности.

Обычно трудно определить причины преждевременных родов. Разрыв оболочек плодного пузыря и преждевременные роды могут быть вызваны кровотечением из матки вследствие предлежания плаценты (когда плацента полностью или частично перекрывает шейку матки) или ее отслойки (когда плацента отделяется от матки перед рождением ребенка). К сокращению матки и преждевременным родам может привести перерастяжение матки при наличии двойни или более плодов, или излишнего количества околоплодных вод при многоводии (чрезмерное количество амниотической жидкости вокруг ребенка). Инфекции, физический или психологический стресс могут стимулировать выработку веществ, которые вызывают преждевременные роды.

В некоторых случаях медицинский работник может направить беременную на дополнительное обследование.

Признаки преждевременных родов схожи с признаками наступления родов в срок:

-
- изменение типа или количества выделений из влагалища (водянистые, в виде слизи, иногда с прожилками крови);
 - постоянные, тупые, давящие боли внизу живота и пояснице, которые постепенно переходят в регулярные, частые, болезненные сокращения матки (восемь раз в час или четыре раза каждые 20 минут);
 - отхождение околоплодных вод.

Для наблюдения за схватками положите ладони на область матки. Вне схваток матка мягкая, податливая, во время схваток она становится плотной. Засеките время от начала схватки до ее окончания.

Если вы сомневаетесь в том, что произошло излитие околоплодных вод, используйте чистую прокладку, а через 1 час оцените характер и количество выделений.

Однако трудно определить начало преждевременных родов без осмотра медицинского работника. Поэтому, как только у вас появились подозрения, немедленно обратитесь в медицинское учреждение.

Медицинский работник уточнит, есть ли разрыв околоплодных оболочек и признаки начала родов, а также решит вопрос о госпитализации.

При наступлении преждевременных родов возможно принятие мер для уменьшения риска осложнений для новорожденного.

Лечение преждевременных родов заключается в попытке замедлить или остановить схватки для того, чтобы успели подействовать лекарственные препараты для развития легких ребенка. Назначать эти препараты необходимо до 35 недель беременности, потому что младенцы, родившиеся до этого срока, имеют высокий риск развития осложнений.

Лекарства, используемые для расслабления матки, называются токолитиками (нифедипин, индометацин). Для быстрого созревания легких назначают кортикостероиды, которые уменьшают риск осложнений. Обычно назначают две дозы кортикостероидов с интервалом в 24 часа.

Не все медицинские учреждения имеют оснащение для выхаживания недоношенных детей, поэтому важно, чтобы женщина с высоким риском преждевременных родов была госпитализирована в стационар соответствующего уровня.

В некоторых случаях возможно прекращение родовой деятельности, и женщина может доносить беременность до срока. Но не всегда удается остановить схватки, и тогда наступают преждевременные роды.

Для предотвращения преждевременных родов необходим полный отказ от вредных привычек (курение, прием алкоголя и наркотиков), соблюдение принципов рационального питания, предохранение от стрессовых ситуаций. Нет доказательств эффективности частых дородовых посещений, соблюдения постельного режима, специальной диеты, воздержания от секса, госпитализации в «критические сроки», профилактического использования расслабляющих матку лекарств, успокаивающих средств, витаминов и т. д.

Ответы на все интересующие вас вопросы и более подробную информацию вы можете получить у вашего врача.

Индикаторы эффективности внедрения КП «Преждевременная родовая деятельность»

Индикатор 1: % беременных женщин с факторами риска на преждевременные роды, получавших профилактические мероприятия с недоказанной эффективностью (постельный режим, госпитализация в критические сроки, назначение спазмолитиков и витаминов).

Индикатор 2: % беременных с преждевременными родами, которым была проведена догоспитальная профилактика материнской и неонатальной инфекции путем дачи первой дозы антибиотика.

Индикатор 3: % беременных с преждевременными родами, которым была проведена догоспитальная профилактика респираторного дистресс-синдрома путем назначения кортикостероидов.

Индикатор 4: % беременных женщин, которые получили информацию о действиях при преждевременной родовой деятельности.

Индикатор 5: % медицинских учреждений, имеющих аптечку для оказания догоспитальной помощи при преждевременных родах.

Индикатор 6: % беременных женщин с преждевременными родами, которые были перенаправлены на соответствующие уровни ОЗ в зависимости от срока беременности.

Используемая литература:

1. Hofmeyr GJ. Прием кортикостероидов во время беременности для ускорения созревания легких плода: Комментарий БРЗ (последняя редакция: 19 июня 2007 г.).
2. Papatsonis D, Flenady V, Cole S, Liley H. Oxytocin receptor antagonists for inhibiting preterm labour (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 3, 2005*. Chichester: John Wiley & Sons.
3. King JF, Flenady VJ, Papatsonis DNM, Dekker GA, Carbonne B. Calcium channel blockers for inhibiting preterm labour (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2004*. Chichester: John Wiley & Sons.
4. Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, Menacker F, Park MM, Sutton PD. Births: final data for 2001. *National Statistics Report 2002*;51(2):1-104.
5. Çalışkan E, Öztürk N, Aykan B, Yalvaç S, Dilbaz B, Haberal A. Analysis of 47145 deliveries in a tertiary centre: an epidemiological view. *Gynecology obstetrics and reproductive medicine*2003;9:88-91.
6. Ingemarsson I, Lamont RF. An update on the controversies of tocolytic therapy for the prevention of preterm birth. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2003;82:1-9.
7. Abu-Rashid N, Al-Jirf S, Bashour H. Causes of death among Syrian children using verbal autopsy. Web site www.emro.who.int/Publications/EMHJ/0203/11.htm; visited on 17 January 2005.

8. Darmstadt GL, Lawn JE, Costello A. Advancing the state of the world's newborns. *Bulletin of the World Health Organization* 2003;81:224-225.
9. Savitz DA, Blackmore CA, Thorp JM. Epidemiologic characteristics of preterm delivery: etiologic heterogeneity. *American journal of obstetrics and gynecology* 1991;164:467-471.
10. American College of Obstetrics and Gynecology Practice Bulletin. Management of preterm labour. *Obstetrics and gynecology* 2003;101:1039-1046.
11. Crowley P. Prophylactic corticosteroids for preterm birth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software.*
12. İvit H, Köksal A, Yavuzşen HT, Çukurova K, Keklik A, Yıldız A, Zeybek. Comparison of nifedipine and ritodrine for the treatment of preterm labour. *Türkiye klinikleri jinekoloji ve obstetrik dergisi* 2003;13:26-30.
13. WHO Model List of Essential Medicines, 14th edition. <http://mednet3.who.int/EMLib/DiseaseTreatments/MedicineDetails.aspx?MedIDName=228@nifedipine> (revised in March 2005) (accessed on 04 October 2005).
14. Coomarasamy A, Knox EM, Gee H, Song F, Khan KS. Effectiveness of nifedipine versus atosiban for tocolysis in preterm labour: a metaanalysis with an indirect comparison of randomized trials. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2003;110:1045 -1049.
15. Baltimore R.S. Huie S.M., Meek J.I., Schuchat A. Early-onset neonatal sepsis in the era of group B streptococcal prevention. *Pediatrics*. 2001. Vol. 108: 1094-8.
5. Boyer K.M.: Neonatal group B streptococcal infections // *Current Opinion Pediatrics*, 1995, 7: 13-18.
16. Centers for Disease Control and prevention (CDC). Prevention of perinatal group B streptococcal disease: Revised Guidelines from CDC // *Morb. Mortal. Wkly Rep*. 2002. Vol.51: 10-22.
17. Antenatal corticosteroids to prevent respiratory distress syndrome Royal College of Obstetrics and gynecology Gvideline No 7, 2004
18. Özmen Ş. Токोलитики в ведении преждевременных родов: Комментарий БРЗ (последняя редакция: 27 января 2006 г.). Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ; Женева: Всемирная Организация Здравоохранения
19. British Medical Assotiation and royal Pharmaceutical Socoitu of Great Britain. *British National Formulary* 45. London: BMA and RPS; 2003. p.348

ПРИЛОЖЕНИЕ 6
к приказу МЗ КР
№ _____
« ____ » _____ 2013г.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ПЕРЕПОДГОТОВКИ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

Инфекции во время беременности

клинический протокол
для первичного уровня здравоохранения

БИШКЕК 2013

ИНФЕКЦИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

СИФИЛИС

Шифр А51

Определение:

Сифилис — хроническое инфекционное заболевание с рецидивирующим течением, возбудителем которого является *Treponema pallidum*.

Классификация сифилиса (см. «Клиническое руководство по лечению диагностике сифилиса, гонореи и хламидиоза для всех уровней здравоохранения Кыргызской Республики, приказ МЗ КР №680 от 17.12.2012 года).

Влияние на беременность:

- выкидыши и преждевременные роды;
- послеродовый эндометрит;
- преждевременный разрыв плодного пузыря.

Влияние на плод:

- мертворождение (в 25% случаев при отсутствии лечения);
- врожденный сифилис (в 40-70% случаев при отсутствии лечения).

Клиника (см. «Клиническое руководство по лечению диагностике сифилиса, гонореи и хламидиоза для всех уровней здравоохранения Кыргызской Республики, приказ МЗ КР №680 от 17.12.2012 года).

Обследование (*рутинно при первичном визите и в 30-32 недели беременности*) (см. «Клиническое руководство по лечению диагностике сифилиса, гонореи и хламидиоза для всех уровней здравоохранения Кыргызской Республики, приказ МЗ КР №680 от 17.12.2012 года):

- женщины с сифилисом характеризуются высоким риском наличия других инфекций, передающихся половым путем, и поэтому следует проводить исследование на наличие у них других ИППП (ВИЧ-инфекции, гонореи и хламидиоза).

Тактика ведения (см. «Клинический протокол по лечению сифилиса для всех уровней здравоохранения Кыргызской Республики», приказ МЗ КР № 680 от 17.12.2012 года):

- специфическое лечение беременных проводится по общепринятым схемам в зависимости от установленного диагноза. Противопоказано назначение доксициклина;
- профилактическое лечение беременных, получивших полный курс спец-

ифического лечения до и во время беременности, проводится по показаниям в III-м триместре беременности с целью профилактики врожденного сифилиса;

- требуется консультирование, обследование и лечение половых партнеров.

ГОНОРЕЯ

Шифр А54

Определение

Гонорея - инфекционное заболевание мочеполовых органов, передающееся половым путем, возбудителем которого является *Neisseria gonorrhoea*.

Влияние на беременность:

- преждевременные роды;
- преждевременный разрыв плодного пузыря.

Влияние на плод:

- офтальмия новорожденных.

Клиника

- Слизистые или слизисто-гнойные выделения из цервикального канала.
- Часто бессимптомное течение.

Обследование

Обследованию подлежат беременные женщины с клиническими проявлениями, а также женщины из группы повышенного риска на ИППП: сексуально активные лица; лица, имеющие несколько половых партнеров; лица, занимающиеся коммерческим сексом:

- методы лабораторной диагностики (см. «Клиническое руководство по лечению диагностике сифилиса, гонореи и хламидиоза для всех уровней здравоохранения Кыргызской Республики, приказ МЗ КР №680 от 17.12.2012 года);
- микроскопическое исследование мазка из цервикального канала с окраской по Граму не рекомендуется из-за низкой чувствительности и специфичности;
- при отсутствии возможности использования культурального метода - применить синдромное лечение.

Тактика ведения

- Лечение
 - цефтриаксон 125-250 мг внутримышечно однократно;
 - или**
 - спектиномицин 2,0 г внутримышечно, однократно;
 - или**

- цефиксим 400 мг орально однократно (*Уровень доказательности В*).
 - при подтверждении гонококковой инфекции нужно плано­во и эмпириче­ски лечить хламидийную инфекцию (подтверждение хламидиоза не обязательно);
 - необходимо повторить тест на излечимость как минимум через 2 не­дели после окончания курса лечения;
 - требуется консультирование, обследование и лечение половых партнеров.

ХЛАМИДИОЗ

Шифр А56

Определение

Хламидиоз - инфекционное заболевание, передаваемое половым путем, возбудителем которого является *S. trachomatis*.

Влияние на беременность:

- послеродовой эндометрит;
- преждевременное и дородовое излитие околоплодных вод и преждевременные роды.

Влияние на плод:

- офтальмия новорожденных (от 20 до 50 %);
- пневмония новорожденных (от 10 до 20%);
- низкий вес при рождении.

Клиника

- Слизистые или слизисто-гнойные выделения из цервикального канала;
- часто (>50%) бессимптомное течение.

Обследование

Обследованию подлежат беременные женщины с клиническими проявлениями, а также женщины из группы повышенного риска на ИППП: сексуально активные лица; лица, имеющие несколько половых партнеров; лица, занимающиеся коммерческим сексом:

- полимеразная цепная реакция (ПЦР) или ПИФ (чувствительность ниже, чем ПЦР);
- для проведения ПЦР можно использовать образец из любой области взятия материала: мочу, мазки из уретры и влагалища. Учитывая, что моча собирается неинвазивным методом, этот метод предпочтителен как для пациента, так и для медицинского персонала;
- микроскопия и тесты на сывороточные антитела в диагностике хламидийных инфекций не применяются;

- при отсутствии возможности использования методов ПЦР и ПИФ - применить синдромное лечение.

Тактика ведения:

- лечение:
 - азитромицин 1 г однократно (*Уровень доказательности В*);
или
 - эритромицин по 500 мг 4 раза в день в течение семи дней;
или
 - амоксициллин по 500 мг 3 раза в день в течение семи дней.
- Тест на излеченность проводится спустя три недели после окончания курса лечения;*
- требуется обследование и лечение половых партнеров.

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ

Шифр – в МКБ 10 не зарегистрирован

Определение

Бактериальный вагиноз (БВ) - инфекционный невоспалительный синдром, характеризующийся резким снижением или отсутствием лактофлоры и ее заменой на полимикробные ассоциации анаэробов, гарднереллы, микоплазмы, уреоплазмы.

Влияние на беременность:

- преждевременные роды;
- преждевременное дородовое излитие околоплодных вод.

Влияние на плод:

- не влияет.

Клиника

- вагинальные выделения жидкие, с неприятным «рыбным» запахом, гомотогенные, прилипающие к стенкам влагалища;
- отсутствие воспалительной реакции, зуда и жжения.

Обследование (при отсутствии симптомов бактериального вагиноза рутинное обследование беременных не рекомендуется).

Диагноз ставится при наличии 3-х из следующих критериев бактериального вагиноза:

- патологический характер вагинальных выделений;
- рН вагинального отделяемого более 4,5 (исследование лакмусовой бу-

магой);

- положительный аминный тест (добавление к выделениям 1-2 капель 10% раствора КОН вызывает/усиливает неприятный «рыбный» запах);
- выявление ключевых клеток при микроскопии влажных препаратов вагинального отделяемого и мазков, окрашенных по Граму.

Тактика ведения

- лечение:
 - метронидазол по 500 мг 2 раза в сутки 7 дней;
- или**
- метронидазол 250 мг перорально 3 раза в день, в течение 7 дней;
- или**
- клиндамицин по 300 мг 2 раза в день в течение 7 дней;
- обследование и лечение половых партнеров не требуется.

КАНДИДОЗ

Шифр В37

Определение

Кандидоз - инфекционное заболевание, возбудителем которого является *C.albicans* (относится к условно-патогенной микрофлоре влагалища)

Влияние на беременность:

- не влияет.

Влияние на плод:

- не влияет.

Клиника:

- обильные творожистые или сливкообразные выделения из половых путей;
- зуд и жжение в области наружных половых органов и влагалища.

Обследование (при отсутствии симптомов не рекомендуется):

- микроскопическое исследование вагинального мазка.

Тактика ведения:

- лечение:
 - клотримазол вагинальные свечи по 500 мг однократно;
- или**
- клотримазол (вагинальные таблетки по 100 мг) 2 таблетки в день в течение 3 дней;
- или**

- нистатин вагинальные свечи по 100 мг в течение 14 дней.

Следует избегать орального приема флуконазола во время беременности, так как убедительных данных по безопасности препарата еще не получено;

- обследование и лечение половых партнеров не требуется.

ТРИХОМОНИАЗ

Шифр А59

Определение

Трихомониаз - инфекционное воспалительное заболевание мочеполовых органов, возбудителем которого являются простейшие *Trichomonas vaginalis*.

Влияние на беременность:

- преждевременные роды (однако, лечение трихомониаза не приводит к снижению частоты преждевременных родов).

Влияние на плод:

- не влияет.

Клиника:

- вагинальные выделения с неприятным запахом, обильные, серо-зеленые, желтые, пенистые;
- дизурия, зуд, жжение;
- гиперемия, отечность, «малиновая шейка», вовлечение в процесс вульвы.

Обследование

Обследованию на трихомониаз подлежат беременные женщины из группы риска на ИППП и по клиническим показаниям. При отсутствии клинических симптомов рутинный скрининг не рекомендуется (*Уровень доказательности А*):

- микроскопическое исследование выделений из влагалища - нативный мазок

Тактика ведения:

- лечение:
 - метронидазол 2 грамма однократно;
 - или**
 - метронидазол 500 мг 2 раза в день 7 дней;
- требуется обследование и лечение половых партнеров.

ГЕНИТАЛЬНЫЙ ГЕРПЕС

Шифр А60

Определение

Генитальный герпес — хроническое инфекционное заболевание, возбудителем которого является вирус простого герпеса, преимущественно второго типа (ВПГ-2). Отмечается рост заболеваемости, вызванной ВПГ-1.

Наиболее частым способом передачи является прямой контакт плода с инфицированными генитальными выделениями (из шейки, влагалища, вульвы) во время родов.

Влияние на беременность:

- преждевременные роды
- самопроизвольный выкидыш
- послеродовый эндометрит

Влияние на плод:

- диссеминированная инфекция (опасность особенно высока, если заражение происходит в III триместре беременности)
- неонатальный герпес

- риск осложнений беременности, кроме передачи от матери к ребенку во время родов, достаточно низок. Рецидивирующая герпетическая инфекция не ассоциируется со спонтанным абортом или эмбриопатией;

- основополагающим фактором неонатальной инфекции является первичное инфицирование генитальным герпесом незадолго перед родами. Это клиническое наблюдение, вероятно, связано с отсутствием у матери антител к вирусу герпеса и с более высокой вирусной нагрузкой при первичной инфекции;

- свежий, впервые возникший эпизод также является фактором риска;

- другие предиктивные факторы неонатальной инфекции включают вирусовыделение (рецидивирующее заболевание или бессимптомное вирусовыделение) во время родов, инвазивный мониторинг плода и преждевременные роды;

- сероконверсия у матери до родов ассоциируется со снижением риска неонатальной инфекции ВПГ. Это, вероятно, связано с защитной ролью специфических анти-герпетических антител матери и с более низкими уровнями вирусной нагрузки при реактивации.

Клиника:

- множественные, сгруппированные пузырьки, диаметром от 1-3 мм, расположенные на воспаленной, отёчной коже и слизистых, резко болезненные;
- при вскрытии пузырьков образуются эрозии, покрытые серозными корочками;
- дизурия, повышение температуры, головная боль.

Однако у некоторых пациентов инфекция может протекать в легкой форме, иметь субклиническое или бессимптомное течение.

Рецидивы обычно бывают менее клинически выраженными, с более слабым болевым синдромом и меньшим количеством высыпаний, или протекают вообще без явной симптоматики. Перед появлением видимых высыпаний на гениталиях, пациенты могут испытывать продромальную симптоматику, например, зуд или боль.

Первичная инфекция—инфекция у пациента, ранее не имевшего антител ни к ВПГ-1, ни к ВПГ-2. Типо-специфические антитела к ВПГ обычно образуются в течение первых 12 недель после инфицирования и сохраняются в организме на неопределенно длительный срок.

Не-первичная генитальная инфекция—первый эпизод генитальной инфекции у пациента, ранее имевшего антитела к ВПГ-1; или появление генитального поражения ВПГ-1 у пациента, ранее имевшего антитела к ВПГ-2.

Рецидивирующая инфекция—реактивация генитальной ВПГ-инфекции у серопозитивного пациента; в этом случае в области поражения выявляется реактивация вируса того же типа, который ранее выявлялся при серологическом тестировании.

При первичном герпесе признаки появляются через 2-12 дней (в среднем через 4 дня) после полового акта. Высыпания и клиническая симптоматика при первичном герпесе исчезают без лечения в среднем за 19 дней, но могут сохраняться до 5 недель.

Генитальная ВПГ-инфекция может давать частые клинические рецидивы. Симптоматика во время рецидива обычно менее выражена, продолжительность существования высыпаний обычно укорачивается (в среднем 10 дней), вирусовыделение в таких случаях обычно продолжается 2-5 дней.

Обследование (при отсутствии клинических симптомов рутинный скрининг не рекомендуется):

- ПЦР;
- если имеются свежие элементы высыпаний, следует вскрыть везикулы, чтобы получить из них жидкость для посева на культуру или проведения ПЦР. Чувствительность теста наиболее высока на ранних стадиях заболевания, когда имеются везикулярные элементы высыпаний (до того, как начинается заживление), также при первичной инфекции тест более чувствителен, чем при эпизоде рецидива.

Положительный результат серологии указывает на активную или ранее перенесенную инфекцию; тест на IgM не позволяет отличить первичную инфекцию от эпизода рецидива ВПГ-инфекции.

Тактика ведения

Высыпания или язвы, появившиеся незадолго до родов, могут являться

показанием для операции кесарева сечения с целью снижения риска перинатальной трансмиссии. Для пациенток с рецидивирующей ВПГ-инфекцией в анамнезе, наличие продромальной симптоматики во время родов также является показанием к родоразрешению путем кесарева сечения.

Лечение (Уровень доказательности C)

Первичное заражение:

- ацикловир перорально в дозе 200 мг 5 раз в день в течение 7-14 дней или до разрешения клинических проявлений;
или
- ацикловир перорально в дозе 400 мг 3 раза в день в течение 7-14 дней.

Рецидив:

- ацикловир перорально в дозе 200 мг 5 раз в день в течение 5 дней или до разрешения клинических проявлений;
или
- ацикловир перорально в дозе 400 мг 3 раза в день в течение 5 дней.

Супрессивная терапия:

Женщинам с первичной ВПГ-инфекцией во время беременности, а также женщинам с частыми рецидивами генитального герпеса, супрессивная противовирусная терапия должна назначаться в сроке 36 недель гестации и продолжаться до родов с целью снижения риска рецидива в конце срока беременности, и, таким образом, снизить риск кесарева сечения:

- ацикловир по 400 мг три раза в день до наступления родов.

Противовирусная терапия может сократить продолжительность периода высыпаний и периода вирусовыделения, а также уменьшить риск осложненного течения заболевания. Пациенткам с первичной инфекцией следует всегда предлагать терапию, вне зависимости от того, в каком сроке беременности произошло инфицирование.

Терапия не приводит к полному излечению и не предотвращает новые рецидивы. Поэтому многие беременные женщины и их лечащие врачи предпочитают не проводить терапию при рецидиве в течение первых 35 недель беременности, чтобы не подвергать плод воздействию противовирусных препаратов без реальной необходимости.

Обследование и лечение половых партнеров требуется только при клинической симптоматике.

Если половой партнер страдает генитальным герпесом, а у беременной женщины нет указаний на герпетическую инфекцию в анамнезе, ей необходимо провести серологические тесты на IgG к ВПГ-1 и ВПГ-2. Если женщина серонегативна,

паре настоятельно рекомендуется использовать презерватив при сексуальных контактах в течение всего срока беременности, даже при отсутствии высыпаний у партнера (хотя эта мера обеспечивает ограниченный уровень защиты), в третьем триместре рекомендуется воздержаться от сексуальных контактов, чтобы предотвратить первичную ВПГ - инфекцию в третьем триместре.

ЦИТОМЕГАЛОВИРУС

Шифр В25

Определение

Цитомегаловирусная инфекция – это антропонозная вирусная инфекция. Наибольший риск для плода представляет первичная инфекция на ранних сроках беременности.

Влияние на беременность

- Не влияет.

Влияние на плод

- Врожденная инфекция (гипотрофия плода, микроцефалия, вентрикуломегалия, хориоретинит, гепатит, спленомегалия, тромбоцитопения, петехии). Смертность среди этих детей составляет около 5%, у 50 - 60% выживших впоследствии развивается тяжелая неврологическая патология, (например, прогрессирующая потеря слуха и /или зрения, когнитивные нарушения).
- трансмиссия цитомегаловируса от матери к плоду наблюдается примерно у одной трети первично-инфицированных беременных женщин;
- у большинства новорожденных на момент рождения инфекция протекает бессимптомно, однако примерно от 5 до 20% новорожденных демонстрируют явную клиническую симптоматику;
- у не имеющих клинической симптоматики инфицированных новорожденных сохраняется повышенный риск развития отдаленных проявлений заболевания в виде нарушений неврологического развития, но их уровень риска ниже, чем у новорожденных, имеющих клиническую симптоматику при рождении.

Клиника:

- характеризуется многообразием клинических проявлений (от латентного течения до генерализованных форм с поражением нервной системы и внутренних органов);

- часто протекает бессимптомно, иногда в виде легкого недомогания с небольшим повышением температуры и другой неспецифической симптоматикой.

Обследование (рутинный скрининг не рекомендуется).

Обследование проводится только в случае наличия у матери клинической симптоматики, заставляющей заподозрить первичную инфекцию (клиническая картина, похожая на мононуклеоз) или при выявлении на дородовой ультразвукографии аномалий плода, указывающих на вероятное внутриутробное инфицирование цитомегаловирусом:

- серологические методы для диагностики клинически заподозренной у матери первичной ЦМВ-инфекции.

Сероконверсия ЦМВ-специфического IgG в парных сыворотках (острая и реконвалесцентная фаза) с интервалом в 2 недели является подтверждением диагноза свежей инфекции. Наличие ЦМВ-специфического IgM не позволяет определить время начала заболевания, так как этот показатель остается положительным в течение одного года после острой инфекции, и может обратиться из отрицательного в положительный у женщин с реактивацией ЦМВ или в случае реинфицирования другим штаммом.

Наиболее значимым защитным фактором против врожденной ЦМВ-инфекции является предшествовавшее беременности наличие у матери антител к ЦМВ, но и это не обеспечивает абсолютной защиты плода от инфицирования:

- для диагностики инфекции плода у беременных женщин с подтвержденным диагнозом или с подозрением на первичную ЦМВ-инфекцию можно провести ПЦР амниотической жидкости, полученной путем амниоцентеза.

Тактика ведения:

- лечение:
 - эффективного лечения не существует;
- обследование и лечение половых партнеров не показано.

ТОКСОПЛАЗМОЗ

Шифр B58

Определение

Токсоплазмоз - инфекционное заболевание, вызываемое *Toxoplasma gondii*, основным хозяином которого являются животные семейства кошачьих. Опасно заражение во время беременности.

Риск вертикальной трансмиссии растет по мере возрастания гестационного срока, в котором произошло инфицирование матери. И наоборот, чем больше гестационный срок, в котором произошло инфицирование матери, тем

ниже риск внутричерепных повреждений и тяжелых нарушений неврологического развития у плода.

Влияние на беременность:

- преждевременные роды.

Влияние на плод:

- смерть плода;
- врожденная инфекция (гидроцефалия, внутримозговые кальцификаты, хориоретинит, задержка психического развития и эпилептические припадки)..

Клиника:

- острая инфекция у матери обычно протекает бессимптомно;
- если же появляются клинические симптомы, они обычно неспецифичны, например: недомогание, повышение температуры, головная боль, слабость, миалгия;
- более специфичным признаком заболевания является лимфоаденопатия.

Обследование (рутинный скрининг не рекомендуется).

Обследование рекомендуется только в случаях подозрения на первичную инфекцию у матери с клинической симптоматикой:

- серологические методы:

- Однократный тест не может достаточно достоверно подтвердить диагноз. Иммуный ответ – IgM – продолжается в среднем от 10 до 13 месяцев, причем у разных индивидуумов эти цифры могут значительно различаться, а у четверти инфицированных женщин IgM - ответ может устойчиво сохраняться годами.
- Информативность повышения титров IgG никогда адекватно не оценивалась, тут возможны серьезные ошибки в связи с плохой воспроизводимостью результатов исследования во многих лабораториях, когда анализ образцов производился в разные дни. Однако, сочетание положительного теста на IgM и отрицательного результата анализа на IgG, с переходом обоих тестов в положительные спустя две недели, позволяет исключить неспецифический IgM - ответ и подтверждает факт инфицирования, имевшего место примерно за две недели до первого положительного теста на IgM;
- ПЦР амниотической жидкости.

Тактика ведения

Просвещение серонегативных по токсоплазмозу беременных:

- хорошая термическая обработка мяса и мясных изделий;
- тщательная обработка кипяченой водой салатов и фруктов;
- уход за животными осуществлять в перчатках.
 - консультация инфекциониста;
 - обследование и лечение половых партнеров не требуется.

Шифр В06

Определение

Краснуха – острое инфекционное заболевание, вызываемое вирусом семейства тоговировусов и передающееся воздушно-капельным путем. Внутриутробное инфицирование плода происходит при вирусемии у матери, когда вирус проникает через плацентарный барьер. Риск врожденных патологий, связанный с инфекцией матери, имеется, если инфицирование произошло в первые 16 недель беременности. Наличие у матери иммунитета, вследствие вакцинации или естественно приобретенного, защищает плод от внутриутробного инфицирования краснухой.

Влияние на беременность:

- самопроизвольный выкидыш.

Влияние на плод:

- низкая масса тела;
- глухота;
- катаракта, желтуха;
- врожденные пороки сердца;
- гепатоспленомегалия;
- задержка психического развития;
- гибель плода.

Клиника

Заболевание у беременных протекает в легкой форме и проходит без лечения, клиническая симптоматика отмечается в течение 1-5 дней до появления сыпи:

- мелкопятнистая кожная сыпь, которая исчезает в течение 1-3 дней;
- увеличение затылочных и задне-шейных лимфоузлов;
- повышение температуры тела;
- головная боль;
- боли в мышцах.

Обследование (при отсутствии симптомов рутинный скрининг не рекомендуется):

- серологические методы – диагноз подтверждается наличием рубеллы - специфических IgM **или** повышением титров IgG в четыре раза в течение 2-3 недель.

Тактика ведения

Если женщина не имеет приобретенного иммунитета (вследствие вакцинации или перенесенной инфекции), ей следует предложить вакцинацию после родов:

- лечение:
- специфическое лечение отсутствует;
- обследование и лечение половых партнеров не требуется.

Инфекции, передаваемые половым путем

Информация для пациентов

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) - группа инфекций, которые могут передаваться от человека к человеку при половых контактах (вагинальный, анальный или оральный секс). Многие из них оказывают влияние на течение беременности, вызывая самопроизвольный аборт, мертворождение, преждевременные роды, низкий вес при рождении, послеродовый эндометрит и различные осложнения для новорожденных.

К наиболее распространенным ИППП относятся хламидиоз, гонорея, сифилис, генитальный герпес, трихомонады, вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), гепатит В, гепатит С, вирус папилломы человека. Во время беременности возможны и другие инфекции, не передаваемые половым путем, такие как бактериальный вагиноз и кандидоз (молочница).

Хламидиоз вызывается бактерией *S. trachomatis* и проявляется у женщин выделениями из влагалища. Очень часто инфекция протекает скрыто, и женщина даже не подозревает о своем заболевании. Если не проводить лечение, возможны преждевременные роды, преждевременный разрыв плодных оболочек с излитием околоплодных вод и низкий вес плода при рождении. Заражение плода может произойти во время родов с развитием у ребенка заболевания глаз или пневмонии. Обследованию на хламидиоз подлежат только те беременные, у которых имеются жалобы. Лечение хламидиоза проводится антибиотиками.

Гонорея так же, как и хламидиоз, вызывает слизисто-гнойные выделения из влагалища, однако, у значительной части женщин может протекать бессимптомно. Если инфекцию не лечить, она может вызывать такие же осложнения, как и хламидиоз. Лечится гонорея антибиотиками, а для профилактики заболевания глаз во время родов ребенку обрабатывают глаза 1% мазью с тетрациклином. Обследование на гонорею без клинических проявлений не рекомендовано.

Причиной *сифилиса* является бактерия *Treponeta pallidum*. Сифилис - хроническое заболевание, которое проходит несколько стадий: от язвы в области половых органов до поражения внутренних органов. Если в ранних сроках беременности не выявить сифилис, он может привести к врожденному сифилису у ребенка. Вовремя назначенное лечение поможет предотвратить серьезные осложнения, как у женщины, так и у ребенка. В течение всей беременности женщина дважды (при взятии на учет и в 30-32 недели) должна пройти обследование на сифилис. Лечится сифилис кратким курсом антибиотиков.

Генитальный герпес передается половым путем и вызывается вирусом простого герпеса. Попав в организм, вирус остается в нем на всю жизнь. Заболевание проявляется пузырьковыми высыпаниями на половых органах, которые в дальнейшем превращаются в мелкие болезненные язвочки. Язвочки через несколько

дней заживают, но периодически могут вновь появляться. Если беременность наступила у женщины, которая ранее имела эпизоды генитального герпеса, иммунная система будет обеспечивать защиту ребенка, и повторяющиеся обострения заболевания не окажут влияния на ребенка. Опасно первичное заражение во время беременности. Если это произошло в первые 3 месяца беременности, есть небольшая вероятность самопроизвольного прерывания беременности. В более поздние сроки, особенно в конце беременности (за 6 недель до родов), иммунная система не успевает обеспечить достаточную защиту для малыша, и существует вероятность передачи вируса ребенку. При этом возможно поражение его кожи, глаз, головного мозга. Для снижения риска заражения ребенка беременной необходимо пользоваться презервативом, если партнер имеет признаки генитального герпеса, не контактировать с человеком с активной герпетической инфекцией, включая высыпания на губах или коже, мыть руки после прикосновения к различным повреждениям. Если признаки генитального герпеса появились впервые во время беременности, возможно назначение противовирусного препарата ацикловира. При частых рецидивах генитального герпеса во время беременности, ацикловир нужно принимать непрерывно, начиная с 36 недель беременности, до родов. Назначаемые противовирусные лекарства могут только облегчить симптомы, полного излечения при этом не наступает. Большинство женщин с генитальным герпесом рожают самостоятельно, но если высыпания впервые появились за 6 недель до родов, будет предложена операция кесарева сечения. Не рекомендовано обследование на генитальный герпес без клинических проявлений.

Трихомониаз вызывается микроорганизмом из группы простейших. Эта инфекция не вызывает серьезных осложнений беременности и не оказывает влияния на плод, но симптомы трихомониаза (выделения из влагалища, зуд и жжение) могут быть неприятными. При отсутствии жалоб обследование на трихомониаз не рекомендуется. Для лечения этого заболевания назначают метронидазол.

Одним из путей передачи *ВИЧ-инфекции* является половой контакт. Вирус иммунодефицита человека разрушает клетки иммунной системы. С течением времени (обычно несколько лет) иммунная система ослабевает, организм перестает сопротивляться различным бактериям, вирусам и другим микроорганизмам. Развивается синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД). ВИЧ-инфицированная мать может заразить ребенка во время беременности, родов и в период кормления грудью. Для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку рекомендуется принимать во время беременности антиретровирусные препараты, роды закончить операцией кесарева сечения, после родов кормить ребенка искусственными смесями. Назначение антиретровирусных препаратов может только уменьшить количество вирусов в крови и повысить иммунитет, однако полностью удалить вирусы из организма нельзя. Важно как можно раньше во время беременности пройти консультирование и тестирование на ВИЧ-инфекцию. Такое же обследование рекомендовано отцу будущего ребенка.

Гепатит В вызывается вирусом, который, прежде всего, поражает печень. Вирус передается при половом контакте, при использовании загрязненной иглы, от инфицированной матери ребенку. После периода острой инфекции у некоторых людей развивается хронический гепатит В, люди чувствуют себя здоровыми, являясь при этом носителями вируса и передавая вирус другим. У некоторых развиваются серьезные проблемы с печенью. Наибольший риск происходит, когда мать заразилась по времени близко к родам. Новорожденные также имеют высокий риск (до 90%) стать хроническими (пожизненными) носителями вируса гепатита В. Противовирусное лечение может предотвратить или уменьшить тяжесть воспаления печени и повреждение печени. При первом посещении рекомендовано обследование беременных женщин на гепатит В и предоставление младенцам специального лечения вскоре после рождения.

Гепатит С также поражает печень и может передаваться от инфицированной матери к ребенку во время беременности. Регулярное тестирование беременных женщин на ВГС не рекомендуется.

Вирус папилломы человека (некоторые его типы) вызывает развитие остроконечных кондилом на половых органах и/или вокруг ануса (заднего прохода). Для течения беременности и будущего ребенка не опасен. Остроконечные кондиломы лечатся прижиганием химическими веществами или обработкой жидким азотом.

Бактериальный вагиноз (БВ) считается частой причиной выделений из влагалища у женщин. Он возникает, когда происходит нарушение баланса между «хорошими» (лактобактерии) и «плохими» (условно-патогенная микрофлора) бактериями, живущими во влагалище. БВ не передается половым путем. Женщина может не иметь никаких симптомов или жаловаться на зловонные «рыбные» выделения из влагалища. Бактериальный вагиноз может быть причиной преждевременного/дородового излития околоплодных вод, преждевременных родов. На новорожденного БВ прямого влияния не оказывает. Обследование всех беременных женщин на наличие бактериального вагиноза без жалоб не рекомендуется. Лечится бактериальный вагиноз приемом таблеток метронидазола в течение 1 недели.

Кандидоз (молочница). Инфекция вызывается дрожжевыми грибами, которые обычно живут во влагалище, на коже вокруг вагинальной области. Половым путем кандидоз не передается. Инфекция не оказывает отрицательного влияния на беременность и плод. При благоприятных условиях грибки размножаются и вызывают симптомы, такие как покраснение влагалища и промежности, влагалищные выделения, зуд и жжение. Обследование беременных женщин на кандидоз без клиники не проводится. Для лечения кандидоза назначают вагинальные свечи с клотримазолом.

Защитить себя от инфекции во время беременности можно при постоянном и правильном использовании презервативов при половых контактах, а также имея моногамные отношения с неинфицированным партнером.

Индикаторы эффективности внедрения КП «Инфекции во время беременности»

Индикатор 1: % индивидуальных карт беременных, в которых имеется отметка об обследовании на сифилис при первом посещении и после 30 недель беременности.

Индикатор 2: % индивидуальных карт беременных с сифилисом, в которых имеется отметка об обследовании на другие ИППП, в том числе на ВИЧ.

Индикатор 3: % индивидуальных карт беременных, в которых диагноз вульвовагинит выставлен согласно клиническому протоколу.

Индикатор 4: % беременных женщин, получивших консультирование по инфекциям во время беременности.

Используемая литература:

1. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д. и др. *Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Пер. с англ. под ред. Михайлова А. В.* СПб.: «Петрополис», 2003.
2. *Инфекции, передаваемые половым путем. Руководство для дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, урологов, инфекционистов, педиатров, семейных врачей и руководителей здравоохранения, Институт Здоровья Семьи.* – М. : 2010
3. *Клинический протокол по диагностике сифилиса для практических врачей всех уровней здравоохранения Кыргызской Республики, приказ МЗ КР №143 от 07.04.2011 года.*
4. *Клинический протокол по диагностике гонореи для практических врачей всех уровней здравоохранения Кыргызской Республики, приказ МЗ КР №143 от 07.04.2011 года.*
5. *Клинический протокол по диагностике хламидийной инфекции для практических врачей всех уровней здравоохранения Кыргызской Республики, приказ МЗ КР №143 от 07.04.2011 года.*
6. *Клинический протокол по лечению сифилиса для всех уровней здравоохранения Кыргызской Республики», приказ МЗ КР № 680 от 17.12.2012 года.*
7. *Клинический протокол по лечению гонореи для всех уровней здравоохранения Кыргызской Республики», приказ МЗ КР № 680 от 17.12.2012 года.*
8. *Клинический протокол по лечению хламидиоза для всех уровней здравоохранения Кыргызской Республики», приказ МЗ КР № 680 от 17.12.2012 года.*
9. *Antenatal care. NICE clinical guideline 62. March 2008 last modified: June 2010* guidance.nice.org.uk/cg62
10. *Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010, Centers for Disease Control and Prevention. [Title]. MMWR 2010;59*
11. *E Farrell, RC Pattinson. Антибиотики для лечения сифилиса, диагностированного во время беременности: Комментарий БРЗ (последняя редакция:*

- 11 ноября 2002 г.). Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ; Женева: Всемирная организация здравоохранения.
12. Thinkhatgor J. Применение антибиотиков для лечения бактериального вагиноза у беременных: Комментарий БРЗ (последняя редакция: 4 июля 2007 г.). Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ; Женева: Всемирная организация здравоохранения.
 13. Schmid G. Лечение трихомониаза у женщин: Комментарий БРЗ (последняя редакция: 28 июля 2003 г.). Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ; Женева: Всемирная организация здравоохранения.
 14. Médecins Sans Frontières. Sources and prices of selected drugs and diagnostics for people living with HIV/AIDS. WHO/EDM/PAR/2002.2. <http://www.accessmed-msf.org/index.asp>.
 15. Schwebke JR, Hook III EW. High rates of *Trichomonas vaginalis* among men attending a sexually transmitted diseases clinic: Implications for screening and urethritis management. *Journal of infectious diseases* 2003;188:465-468.
 16. Schmid G, Narcisi E, Mosure D, Secor WE, Higgins J, Moreno H. Prevalence of metronidazole-resistant *Trichomonas vaginalis* in a gynecology clinic. *Journal of reproductive medicine* 2001;46:545-459.
 17. Screening and Treatment for Sexually Transmitted Infections in Pregnancy. BARBARA A. MAJERONI, MD, and SREELATHA UKKADAM, MBBS, State University of New York at Buffalo, Buffalo, New York, *Am Fam Physician*. 2007 Jul 15;76(2):265-270.
 18. Brown ZA, Wald A, Morrow RA, Selke S, Zeh J, Corey L. Effect of serologic status and abdominal deliveries on transmission rates of herpes simplex virus from mother to infant. *JAMA* 2003;289: 203-9.
 19. Brown ZA. Preventing herpes simplex virus transmission to the neonate. *Herpes* 2004;11(Suppl 3):175-86A.
 20. Diguët A, Patrier S, Eurin D, Chouchene S, Marpeau L, Laquerrière A. Prenatal diagnosis of an exceptional intrauterine herpes simplex type 1 infection. *Prenat Diagn*. 2006;26:154-7
 21. Lee A, Bar-Zeev N, Walker SP, Permezel M. In utero herpes simplex encephalitis. *Obstet Gynecol* 2003;102:1197-9.
 22. Vasileiadis GT, Roukema HW, Romano W, Walton JC, Gagnon R. Intrauterine herpes simplex infection. *Am J Perinatol* 2003;20:55-8.
 23. Nahmias AJ. Neonatal HSV infection Part I: continuing challenges. *Herpes* 2004;11:33-7.
 24. Chen KT, Segú M, Lumey LH, Kuhn L, Carter RJ, Bulterys M, et al. New York City Perinatal AIDS Collaborative Transmission Study (PACTS) Group. Genital herpes simplex virus infection and perinatal transmission of human immunodeficiency virus. *Obstet Gynecol* 2005;106:1341-8.
 25. Ashley RL. Performance and use of HSV type-specific serology test kits. *Herpes* 2002;9:38-45.

-
26. Stone KM, Reiff-Eldridge R, White AD, Cordero JF, Brown Z, Alexander ER, et al. *Pregnancy outcomes following systemic prenatal acyclovir exposure: Conclusions from the international acyclovir pregnancy registry, 1984–1999.* *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* 2004;70:201–7.

