

## **Клинические рекомендации – Нормальная беременность – 2023-2024- 2025 (15.02.2024) – Утверждены Минздравом РФ**

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: Z32, Z33, Z34, Z35, Z36

Год утверждения (частота пересмотра): 2023

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Пересмотр не позднее: 2025 ID: 288

По состоянию на 15.02.2024 на сайте МЗ РФ

Официально применяется с 01.01.2024 в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 17.11.2021 N 1968

### **Лабораторные диагностические исследования**

**• Рекомендовано направить беременную пациентку при явке в 1-м триместре на исследование уровня хорионического гонадотропина (ХГ) (свободная  $\beta$ -субъединица) в сыворотке крови, или исследование мочи на ХГ (при невозможности проведения исследования крови) при невозможности УЗИ матки и придатков (до 96 недель 13 беременности) или УЗИ плода (после 10 недель беременности), с целью диагностики беременности [1].**

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: Данная рекомендация актуальна независимо от указания пациентки на наличие контрацепции, стерилизации, или отсутствие половой жизни.

**• Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно, и беременную пациентку дважды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности, на**

**исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека 1/2 (далее – ВИЧ) и антигена р24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования плода [40], [41], [42], [43], [44].**

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарии: Согласно пункту 4.3. санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ инфекции», стандартным методом лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции служит одновременное определение антител к ВИЧ 1,2 и антигена р24/25 ВИЧ с помощью диагностических тестов ИФА и ИХЛА [45]. Повторное обследование в 3-м триместре лучше проводить до 36 недель беременности [46]. При выявлении инфекции беременная женщина должна быть направлена в Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями для подтверждения/исключения диагноза. Рекомендовано также направлять партнера пациентки на данное исследование с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования пациентки.

- **Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно, и беременную пациентку дважды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности, на определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования новорожденного [47, 48].**

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарии: При выявлении инфекции беременная женщина должна быть направлена на консультацию к врачу-инфекционисту для

подтверждения/исключения диагноза. Рекомендовано также направлять партнера пациентки на данное исследование с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования пациентки.

- **Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно, и беременную пациентку дважды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности, на определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови с целью своевременного выявления инфекции и проведения терапии [49].**

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).

Комментарий: При выявлении инфекции беременная женщина должна быть направлена на консультацию к врачу-инфекционисту для подтверждения/исключения диагноза.

- **Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно, и беременную пациентку дважды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности, на определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) в крови с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования плода [50, 51].**

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарии: Обследование и своевременно проведенное лечение сифилиса способствует лучшим исходам беременности. При выявлении инфекции беременная женщина должна быть направлена на консультацию к врачу-дерматовенерологу для подтверждения/исключения диагноза. Рекомендовано также направлять партнера пациентки на данное исследование

с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования пациентки.

**• Рекомендовано направить беременную пациентку однократно при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) на определение антител класса G (IgG) 15 и класса M (IgM) к вирусу краснухи (*Rubella virus*) в крови с целью выявления серонегативных пациенток [52].**

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарии: При серонегативном статусе во время беременности пациентке должна быть предоставлена информация о минимизации риска инфицирования краснухой во время беременности. На прегравидарном этапе вакцинация проводится по правилам, указанным в главе 5.2.

**• Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно, и беременную пациентку дважды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности, на микроскопическое исследование влагалищных мазков, включая микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*), микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на трихомонады (*Trichomonas vaginalis*), микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на дрожжевые грибы с целью своевременного выявления и лечения инфекционно воспалительных заболеваний генитального тракта для профилактики восходящей инфекции [1], [16], [53], [54], [55].**

Уровень убедительности рекомендаций B (уровень достоверности доказательств - 3).

Комментарий: Нецелесообразно рутинно направлять беременную пациентку на молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудителей инфекций,

передаваемых половым путем (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*), и на определение ДНК *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, *Lactobacillus spp.* и общего количества бактерий во влагалищном отделяемом методом ПЦР и молекулярно-биологическое исследование отделяемого женских половых органов на условно-патогенные генитальные микоплазмы (*Ureaplasma parvum*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*). Данные исследования должны быть рекомендованы при появлении жалоб на вагинальный дискомфорт, изменение характера выделений из половых путей, зуд, жжение, выделения с неприятным запахом, воспалительном характере микроскопического исследования влагалищных мазков.

- **Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку однократно при 1-м визите (при отсутствии исследования на прегравидарном этапе) на определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор) с целью своевременной оценки совместимости крови при необходимости ее переливания в родах или в случае развития акушерских осложнений, а также для определения риска резус-конфликта [56], [57, 58].**

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 1).

- **Рекомендовано направить резус-отрицательную беременную пациентку на определение антиэритроцитарных (антирезусных) антител при 1-м визите (при 1-м визите в 1-й половине беременности), затем при отсутствии антител - в 18-20 недель беременности, затем при отсутствии антител - в 28 недель беременности с целью определения риска резус-конфликта [57, 58], [59].**

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарии: При выявлении антирезусных антител беременная женщина должна быть направлена на консультацию в медицинскую организацию 3-й группы для дальнейшего наблюдения. У резус-отрицательных женщин следует определить резус-фактор мужа/партнера. При резус-отрицательной принадлежности крови мужа/партнера определение антирезусных антител не проводится. При неизвестной или резус-положительной принадлежности крови мужа/партнера беременной женщине можно предложить неинвазивное определение резус-фактора плода по циркулирующим в крови матери внеклеточным фрагментам плодовой ДНК. При определении резус-отрицательной принадлежности крови у плода определение антирезусных антител в крови матери не проводится. Комментарий к данному тезису – см. подробно клинические рекомендации «Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода» (2020) ([https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/596\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/596_2)).

**• Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно, и беременную пациентку трижды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м триместре беременности), во 2-м и в 3-м триместре беременности, на общий (клинический) анализ крови с целью своевременного выявления и лечения анемии и других патологических состояний [60–63].**

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарий: Раннее обследование и выявление анемии способствует своевременной терапии и снижению риска негативных перинатальных исходов. Нормальный уровень гемоглобина в 1-м и 3-м триместре составляет  $\geq 110$  г/л, во 2-м триместре –  $\geq 105$  г/л. Для подтверждения латентного дефицита железа может быть рекомендовано определение сывороточного ферритина, как наиболее точного показателя определения уровня железа [64].

**• Рекомендовано направить беременную пациентку при 1-м визите на анализ крови биохимический общетерапевтический с целью**

**выявления и своевременного лечения нарушения углеводного обмена, патологии желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы для профилактики акушерских и перинатальных осложнений [65], [66–68], [69].**

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 3).

Комментарий: Биохимический общетерапевтический анализ крови включает определение общего белка, мочевины, креатинина, общего билирубина, прямого билирубина, аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ) и глюкозы. Диагноз гестационного сахарного диабета (ГСД) может быть поставлен на основании однократного определения уровня глюкозы. Критерий диагноза ГСД - значение глюкозы венозной плазмы натощак  $\geq 5,1$  ммоль/л, но не более 7,0 ммоль/л.

- Рекомендовано направить беременную пациентку на дополнительное исследование уровня глюкозы в крови при выявлении уровня глюкозы венозной крови натощак  $\geq 7,0$  ммоль/л с целью исключения/подтверждения манифестного сахарного диабета [70], [71]**

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: Диагноз манифестного сахарного диабета может быть поставлен при повторном исследовании уровня глюкозы или гликированного гемоглобина (HbA1c). Критерий диагноза манифестного сахарного диабета - значение глюкозы натощак выше 7,0 ммоль/л или уровня HbA1c –  $>6,5\%$ . Подробные правила забора крови на исследование уровня глюкозы, критерии диагноза манифестного сахарного диабета, гестационного сахарного диабета – см. проект клинических рекомендаций «Гестационный сахарный диабет» (2023) ([https://roag-portal.ru/projects\\_obstetrics](https://roag-portal.ru/projects_obstetrics)).

- Рекомендовано направить беременную пациентку на проведение глюкозотолерантного теста (пероральный глюкозотолерантный тест - ПГТТ) с 75 г глюкозы в 24-28 недель беременности в случае, если у нее не**

**было выявлено нарушение углеводного обмена или не проводилось обследование на ранних сроках беременности для выявления ГСД [67, 68, 72], [73].**

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарий: Правила проведения ПГТТ - см. проект клинических рекомендаций «Гестационный сахарный диабет» (2023) ([https://roag-portal.ru/projects\\_obstetrics](https://roag-portal.ru/projects_obstetrics)).

- Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку однократно при 1-м визите на исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) и определение содержания антител к тиреопероксидазе (АТ-ТПО) в крови с целью раннего выявления и терапии нарушения функции щитовидной железы [74, 75], [76], [77].**

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарии: При уровне ТТГ у беременной женщины  $>2,5$  МЕ/мл и АТ-ТПО+ или при уровне ТТГ  $>4,0$  МЕ/мл вне зависимости от наличия АТ-ТПО беременную женщину следует направить на консультацию к врачу-эндокринологу для назначения терапии гипотиреоза [78], [79]. Алгоритм обследования и лечения пациенток с гипотиреозом см. клинические рекомендации «Гипотиреоз» (2021) ([https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/531\\_3](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/531_3)).

- Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно, и беременную пациентку трижды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м триместре беременности), во 2-м и в 3-м триместре беременности на общий (клинический) анализ мочи с целью выявления и своевременного лечения заболеваний мочевыводящей системы для профилактики акушерских и перинатальных осложнений [80– 82].**



Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарий: При подозрении на инфекцию мочевых путей ведение пациентки осуществляется согласно клиническим рекомендациям «Инфекция мочевых путей при беременности» (2022) ([https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/719\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/719_1)).

- **Рекомендовано беременной пациентке после 22 недель беременности во время каждого визита определение белка в моче с целью своевременного выявления протеинурии для выбора тактики ведения беременности [16], [80], [83].**

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).

Комментарий: Белок в моче может быть измерен в лабораторных условиях или с помощью специальных индикаторных полосок.

- **Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку при 1-м визите на цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала) с целью скрининга рака шейки матки [84].**

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарий: Цитологическое исследование мазка с поверхности шейки матки и из цервикального канала следует рекомендовать в зависимости от даты предыдущего исследования, его результатов, наличия инфекции, вызванной вирусом папилломы человека, возраста пациентки согласно клиническим рекомендациям «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки» (2020) ([https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/597\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/597_1)).

- **Рекомендовано направить беременную пациентку при 1-м визите на микробиологическое (культуральное) исследование средней порции**

**мочи на бактериальные патогены с целью выявления бессимптомной бактериурии [85]. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).**

Комментарий: Бессимптомная бактериурия – это наличие колоний бактерий  $\geq 10^5$  в 1 мл средней порции мочи при отсутствии клинических симптомов. Раннее выявление бактериурии и проведение терапии снижает риск развития пиелонефрита, ПР и задержки роста плода (ЗРП). При выявлении бактериурии ведение пациентки осуществляется согласно клиническим рекомендациям «Инфекция мочевых путей при беременности» (2022) ([https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/719\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/719_1)).

**• Рекомендовано направить беременную пациентку в 350 -370 недель беременности на бактериологическое исследование вагинального отделяемого и ректального отделяемого на стрептококк группы В (*S. agalactiae*) или определение ДНК стрептококка группы В (*S. agalactiae*) во влагалищном мазке и ректальном мазке методом ПЦР с целью своевременного выявления и лечения инфекции, вызванной *S. agalactiae*, для снижения риска внутриутробной инфекции [86, 87],[88].**

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарии: При положительном результате исследования пациенткам назначается антибиотикопрофилактика в родах – см. клинические рекомендации «Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды) (2021) ([https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/636\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/636_1)).

**• Рекомендовано направить беременную пациентку в 110 -136 недель беременности на скрининг 1-го триместра, который включает комбинацию исследования уровня ХГ (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови и исследования уровня белка А, связанного с беременностью, в крови (РАРР-А), УЗИ толщины воротникового пространства (ТВП), с последующим программным расчетом**

**индивидуального риска рождения ребенка с хромосомной патологией [89].**

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарии: Для исключения анеуплоидии плода пациентке может быть дополнительно предложено проведение неинвазивного пренатального скрининга (НИПС) после 10 недель беременности [90], [91].

**• Не рекомендовано рутинно направлять беременную пациентку на биохимический скрининг 2-го триместра, который включает исследование уровня ХГ в крови, уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови, уровня неконъюгированного эстрадиола в крови (тройной скрининг) и уровня ингибина А в крови (четверной скрининг) [89, 92, 93].**

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарий: Биохимический скрининг 2-го триместра может быть назначен при отсутствии результатов скрининга 1-го триместра [1].

**• Не рекомендовано рутинно направлять беременную пациентку на определение антигрупповых антител (анти-А, анти-В) [94, 95].**

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).

Комментарий: Доказательная база предикции гемолитической болезни плода по системе АВО отсутствует.

**• Не рекомендовано рутинно направлять пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку на определение антител класса G (IgG) и класса M (IgM) к токсоплазме (*Toxoplasma gondii*) в крови [96, 97].**

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарии: Данное исследование имеет низкую специфичность, большую долю ложноположительных результатов и, как следствие, приводит к необоснованной терапии токсоплазмоза. Доказательная база эффективности антенатальной терапии токсоплазмоза в плане снижения негативных перинатальных исходов отсутствует. Беременная женщина должна быть информирована о методах профилактики токсоплазмоза: гигиенической обработке рук перед едой, мытье свежих фруктов и овощей, термической обработке мяса, использовании перчаток при контакте с землей и мытье рук после контакта с землей, исключении контакта с кошками.

**• Не рекомендовано рутинно направлять пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку на определение антител классов M, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови [21], [98, 99].**

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: Данное исследование имеет низкую специфичность, большую долю ложноположительных результатов и, как следствие, приводит к необоснованной терапии ЦМВ-инфекции. Этиотропная терапия и профилактика внутриутробной передачи ЦМВ-инфекции отсутствует.

**• Не рекомендовано рутинно направлять пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку на определение антител к вирусу простого герпеса (Herpes simplex virus) в крови вне зависимости от наличия или отсутствия симптомов рецидивирующей ВПГ-инфекции в анамнезе [21].**

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: Данное исследование имеет низкую специфичность, большую долю ложноположительных результатов и, как следствие, приводит к необоснованной терапии ВПГ-инфекции.

## **Инструментальные диагностические исследования**

- **Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), на УЗИ матки и придатков в раннюю фолликулярную фазу менструального цикла [1].**

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарии: УЗИ матки и придатков рекомендовано для определения размеров матки и яичников, диагностики новообразований матки и ее придатков, аномалий их развития, патологических процессов в эндометрии (полипы, гиперплазия, хронический эндометрит), толщины эндометрия, оценки послеоперационного рубца на матке при наличии, а также определения количества антральных фолликулов. Антральные фолликулы определяют, как фолликулы со средним диаметром 3-10 мм в наибольшей двумерной плоскости.

- **Рекомендовано направить беременную пациентку при 1-м визите до 10 недель беременности на УЗИ матки и придатков с целью диагностики беременности, ее локализации, определения соответствия плодного яйца/эмбриона/плода сроку беременности, наличия СБ эмбриона/плода [100].**

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарии: Методом выбора является трансвагинальное УЗИ. Если трансвагинальное УЗИ недоступно, может использоваться трансабдоминальное УЗИ, однако этот метод не так точен, как трансвагинальный, для диагностики осложнений ранних сроков беременности.

- **Рекомендовано направить беременную пациентку в 110 -136 недель беременности на УЗИ плода при в медицинскую организацию, осуществляющую экспертный уровень пренатальной диагностики, с**

**целью определения срока беременности [27–29], проведения скрининга 1-го триместра [89], диагностики многоплодной беременности [101].**

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарий: При УЗИ 1-го триместра рекомендовано измерить пульсационный индекс (PI) в маточных артериях для предикции ранней ПЭ. УЗИ в 1-м триместре беременности также может быть назначено при раннем 1-м визите и сроке задержки менструации  $\geq 7$  дней для исключения внематочной беременности.

**• Рекомендовано направить беременную пациентку при 1-м визите на регистрацию электрокардиограммы с целью исключения гипертрофии, ишемии, нарушения ритма работы и функции проводимости миокарда [1], [102].**

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

**• Рекомендовано определять частоту сердцебиения плода (ЧСС) у беременной пациентки при каждом визите после 22 недель беременности при помощи фетального доплера (анализатора доплеровского сердечно-сосудистой деятельности матери и плода малогабаритного) или при помощи акушерского стетоскопа с целью подтверждения жизнедеятельности плода [35], [103].**

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: При отсутствии ЧСС или нарушении ЧСС плода (тахикардия, брадикардия, аритмия) рекомендовано направить беременную пациентку на УЗИ плода, ультразвуковую доплерографию маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровотока, или кардиотокографию (КТГ) плода.

**• Рекомендовано направить беременную пациентку в 180 -206 неделю беременности на УЗИ плода (УЗ скрининг 2-го триместра) с целью**

**оценки роста плода, диагностики ранних форм ЗРП, исключения врожденных аномалий развития, оценки экстра эмбриональных структур (локализации, толщины, структуры плаценты, количества околоплодных вод) и УЗИ шейки матки (УЗ-цервикометрию) в медицинскую организацию, осуществляющую пренатальную диагностику [92], [104], [105], [106], [107], [108], [109], [110].**

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарий: Дополнительные УЗИ во 2-м триместре беременности должны быть назначены при отсутствии ЧСС или нарушении ЧСС плода (тахикардия, брадикардия, 24 аритмия) во время аускультации ЧСС плода, или при подозрении на ЗРП согласно гравидограмме. Сроки и кратность выполнения УЗ-цервикометрии у пациенток группы высокого риска позднего выкидыша и ПР - см. клинические рекомендации «Истмико-цервикальная недостаточность» (2021) ([https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/671\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/671_1)).

- **Рекомендовано в 340 -356 недели беременности направить пациентку на УЗИ плода с целью диагностики поздно манифестирующих пороков развития плода, крупного или маловесного плода [111, 112], [113], [114], [115], [116].**

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарии: Дополнительные УЗИ в 3-м триместре беременности (после 340 -366 недель) могут быть назначены при подозрении на неправильное положение или предлежание плода [16, 38], при отсутствии или нарушении ЧСС плода (тахикардия, брадикардия, аритмия) во время аускультации ЧСС плода, при несоответствии размеров матки и срока беременности.

- **Рекомендовано дважды: в 180 -206 недель и в 300 -336 недели беременности, направить беременную пациентку группы высокого риска акушерских и перинатальных осложнений (ПЭ, ПР, ЗРП) на**

**ультразвуковую доплерографию маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровотока с целью снижения перинатальной смертности, решения вопроса об индукции родов, родоразрешения посредством операции кесарева сечения [117– 119], [120].**

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарий: У беременных пациенток группы низкого риска акушерских и перинатальных осложнений (ПЭ, ПР, ЗРП) ультразвуковая доплерография маточно плацентарного и фетоплацентарного кровотока не приводит к улучшению материнских или перинатальных исходов.

**• Рекомендовано направлять беременную пациентку с 320 недели беременности с кратностью 1 раз в 2 недели на КТГ плода [121]. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1). 25 • Рекомендовано беременной пациентке в 3-м триместре беременности измерение размеров таза (пельвиметрия) [1].**

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: Измерение размеров таза проводится с помощью акушерского тазомера для определения акушерской тактики при родоразрешении.

### **Иные диагностические исследования**

**• Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку дважды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности, на консультацию врача-терапевта и врача-стоматолога с целью своевременной диагностики и лечения соматических заболеваний и санации очагов инфекции [1], [122].**



Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).

**• Рекомендовано направить беременную пациентку при 1-м визите на консультацию врача-офтальмолога с целью диагностики и лечения заболеваний глаз и выявления противопоказаний к родоразрешению через естественные родовые пути [123].**

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 4).

**• Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), или беременную пациентку на консультацию врача-генетика при выявлении у нее и/или ее мужа/партнера факторов риска рождения ребенка с хромосомной или генной патологией [90].**

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: Факторами риска рождения ребенка с хромосомной или генной патологией являются: наличие у хотя бы одного из супругов/партнеров хромосомных или генных нарушений; наличие у хотя бы одного из супругов/партнеров детей с хромосомными или генными нарушениями, врожденными пороками развития, умственной отсталостью; кровнородственный брак.

**• Рекомендовано направить беременную пациентку с высоким риском анеуплоидии 26 плода по данным скрининга 1-го триместра или НИПС, и/или выявленными пороками развития плода по данным УЗИ 1-го триместра, и/или высоким риском хромосомной или генной патологии, или выявленными пороками развития плода по данным УЗИ 2-го триместра, на консультацию врача-генетика, в ходе которого врач-генетик рекомендует или не рекомендует пациентке проведение инвазивной пренатальной диагностики (биопсия ворсин хориона,**

**амниоцентез) с исследованием полученного материала методами цитогенетического или молекулярного кариотипирования [21, 124–126].**

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарии: Биопсия ворсин хориона проводится при сроке 10-14 недель беременности. Амниоцентез проводится при сроке беременности >15 недель [124]. Индивидуальный высокий риск хромосомной патологии у плода по данным скрининга 1-го триместра составляет  $\geq 1/100$ . Противопоказаниями к инвазивной пренатальной диагностике являются: инфекционные и воспалительные заболевания любой локализации, угрожающий выкидыш или ПР. В случаях сенсибилизации по системе Rh(D) необходимо взвесить потенциальную пользу/риск от проведения инвазивной диагностики [21].

**• Рекомендовано направить беременную пациентку с патологическими изменениями электрокардиограммы на консультацию врача-кардиолога [1].**

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).