

Приложение 1
к приказу МЗ КР №1232
от “18” октября 2022 года

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

**КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО ПО ПРЕГРАВИДАРНОЙ
ПОДГОТОВКЕ**

(для первичного уровня здравоохранения)

Бишкек - 2022

СОДЕРЖАНИЕ

Ключевые слова	4
Список сокращений	4
1. Краткая информация	6
1.1. Термины и определения	6
1.2. Важность прегравидарной подготовки	7
2. Обследование потенциальных родителей	9
2.1. Сбор анамнеза и осмотр	9
2.2. Прегравидарное обследование	13
– Рекомендации по обязательным обследованиям	14
– Рекомендации по дополнительным исследованиям	15
– Рекомендации по консультированию узкими специалистами	17
3. Консультирование по прегравидарной подготовке	17
– Оптимальный возраст для наступления беременности	19
– Соблюдение интервала между родами	20
– Контрацепция	24
– Нормализация веса	24
– Питание	26
– Отказ от ПАВ	28
– Использование лекарственных препаратов	33
4. Дополнительные мероприятия по подготовке к беременности при некоторых гинекологических и соматических состояниях	38
– Первые признаки беременности	38
– Инфекции репродуктивного тракта и иные инфекции	40
– Состояния и заболевания органов репродуктивной системы	43
– Тактика при экстрагенитальных заболеваниях	45
5. Профилактические мероприятия	62
– Прегравидарная вакцинация	62
– Физическая активность	62
– Воздействие окружающей среды	64
6. Насилие со стороны интимного партнера	66
Список использованной литературы	70
<i>Приложение А1. Состав мультидисциплинарной рабочей группы</i>	73
<i>Приложение А2. Стратегия поиска международных клинических руководств по прегравидарной подготовке</i>	77
<i>Приложение А3. Чек-лист для сбора анамнеза, для проведения осмотра, обследования и профилактических мероприятий при прегравидарной подготовке</i>	81

<i>Приложение А4. Стандарты и индикаторы для мониторинга и аудита внедрения клинического руководства по прегравидарной подготовке</i>	86
<i>Приложение Б. Алгоритм действий врача</i>	88
<i>Приложение В. Памятка для женщины/пары, планирующих беременность</i>	89

Ключевые слова: прегравидарная подготовка, потенциальные родители, планирование беременности, репродуктивное здоровье, клиническое руководство, обследование, консультирование, профилактические вакцинации

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	-	Артериальное давление
АГ	-	Артериальная гипертензия
АТ	-	Антитело
АФС	-	Антифосфолипидный синдром
БВ	-	Бактериальный вагиноз
ВИЧ	-	Вирус иммунодефицита человека
ВЗОМТ	-	Воспалительные заболевания органов малого таза
ВОЗ	-	Всемирная организация здравоохранения
ВПП	-	Врождённый порок развития
ВРТ	-	Вспомогательная репродуктивная технология
ВПЧ	-	Вирус папилломы человека
ВТЭ	-	Венозная тромбоэмболия
ГСГ	-	Гистеросальпингография
ДНТ	-	Дефект нервной трубки
ЖДА	-	Железодефицитная анемия
ЖКТ	-	Желудочно-кишечный тракт
ЗРП	-	Задержка роста плода
ИМТ	-	Индекс массы тела
ИППП	-	Инфекции, передаваемые половым путём
КАПС	-	Кыргызский альянс планирования семьи
КГМА	-	Кыргызская государственная медицинская академия имени академика И.К. Ахунбаева
КГМИПиПК	-	Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации имени академика С.Б. Даниярова
КНЦРЧ	-	Кыргызский научный центр репродукции человека
КОК	-	Комбинированный оральные контрацептив
МВШМ	-	Медицинская высшая школа медицины
МЗ КР	-	Министерство здравоохранения Кыргызской республики
НГ	-	Национальный госпиталь
НЦКТ	-	Научный центр кардиологии и терапии имени академика М.М. Миррахимова
НЦОМид	-	Национальный центр охраны материнства и детства

ПАВ	-	Психоактивные вещества
ПМСП	-	Первичная медико-санитарная помощь
ПП	-	Прегравидарная подготовка
ПР	-	Преждевременные роды
ПЦР	-	Полимеразная цепная реакция
СД	-	Сахарный диабет
СПКЯ	-	Синдром поликистозных яичников
ТБ	-	Туберкулез
ТТГ	-	Тиреотропный гормон
УЗИ	-	Ультразвуковое исследование
УОМПиОЗ	-	Управление организации медицинской помощи и общественного здравоохранения
ФСГ	-	Фолликулостимулирующий гормон
ЧДД	-	Частота дыхательных движений
ЦНС	-	Центральная нервная система
ЦПС	-	Центр планирования семьи
ЧСС	-	Частота сердечных сокращений
HBsAg	-	Поверхностный антиген вируса гепатита В
Анти-НСV	-	Специфические иммуноглобулины классов IGM и IGG к белкам вируса гепатита С

1. Краткая информация

1.1. Термины и определения

Акушерский риск — вероятность негативных последствий для жизни и здоровья женщины при беременности, в родах и послеродовом периоде, а также риск для новорождённого.

Бесплодие - это болезнь мужской или женской репродуктивной системы, определяемая как неспособность добиться беременности после регулярных незащищенных половых актов на протяжении 12 или более месяцев[1]

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) - это орган, направляющий и координирующий международную работу в области здравоохранения в рамках системы ООН.

Интервал между родами — период времени между предыдущими и последующими родами. При планировании семьи также учитывают временные интервалы между родами и последующей беременностью и между самопроизвольным абортом и последующей беременностью.

Материнская смертность (также коэффициент материнской смертности или КМС) является важным статистическим показателем, который характеризует частоту случаев смерти беременных женщин, а также рожениц. Согласно наиболее распространённой классификации, в категорию материнских смертей попадают летальные исходы, наступившие в период самой беременности, а также в течение 42 дней после её окончания.

Менструальный цикл— это интервал от начала одной менструации до начала другой. Первым днем цикла считается первый день кровянистых выделений, последним днем цикла — последний день перед началом следующей менструации. У здоровой женщины нормальный цикл продолжается 21-35 дней, в среднем – 28 дней.

Микронутриенты – это пищевые вещества (витамины, минеральные вещества и микроэлементы), которые содержатся в пище в очень малых количествах - миллиграммах или микрограммах в отличие от так называемых макронутриентов (белков, жиров, углеводов), составляющих основной объем пищи.

Самопроизвольный аборт, выкидыш - изгнание/извлечение из организма женщины эмбриона, имеющего массу тела до 500 г. Такие параметры при нормальном развитии плод имеет на 20-22 неделе [

Перинатальный риск — вероятность смерти или болезни плода и новорождённого в перинатальном периоде.

Планирование семьи — комплекс мероприятий, направленных на снижение числа абортов с целью уменьшения материнской и младенческой заболеваемости и смертности, а также на достижение оптимального интергенетического интервала.

Прегавидарная подготовка (от лат. *gravida* — беременная, *pre* — предшествующий) — комплекс диагностических, профилактических и

лечебных мероприятий, направленных на оценку состояния здоровья и подготовку половых партнёров к зачатию, последующему вынашиванию беременности и рождению здорового ребёнка; обеспечение оптимального уровня их физической и психологической готовности к наступлению беременности на основе оценки факторов риска (медицинских, социально-экономических, культурных и др.) и проведение мероприятий по уменьшению или устранению их воздействия.

Репродуктивное здоровье – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия по всем пунктам, относящимся к репродуктивной системе на всех стадиях жизни (ВОЗ).

Репродуктивные потери - это комплексное определение, включающее материнскую смертность, потери в результате аборт, потери плода, а также смертность детей в возрасте до 1-го года.

Серодискордантная пара – это пара, в которой один партнёр является ВИЧ-отрицательным, а другой является ВИЧ-положительным.

1.2. Важность прегравидарной подготовки

Основной целью подготовки семьи к беременности является поддержка и информирование будущих родителей о необходимости планирования беременности.

Профилактические меры, предпринятые до зачатия, могут помочь избежать отклонений от нормального течения беременности и развития плода.

Женщины, пользующиеся услугами амбулаторной и дородовой помощи, нуждаются в предоставлении достоверной информации и понимания их социальных потребностей.

Прегравидарная подготовка (далее ПП) – это жизненно важное время для оценки и выявления различных рисков, которые могут привести к неблагоприятным последствиям как матери, так и плода. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет его как предоставление биомедицинских, поведенческих и социальных мероприятий по охране здоровья женщин и супружеских пар до зачатия плода.

Прегравидарная подготовка направлена на долгосрочное и краткосрочное улучшение здоровья женщин и детей с помощью консультирования. Также она направлена на управление и снижение основных факторов риска, ответственных за негативные последствия как для матери, так и ребенка.

Профессиональное консультирование поможет семье в формировании чувства желанной и здоровой беременности, также в формировании большей уверенности в себе.

Право принять решение об обследовании и лечении до беременности принадлежит самой семье.

Незапланированная беременность, возраст матери и недостаточное питание, железодефицитная анемия, вакциноуправляемые заболевания, инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), эпилепсия, курение и употребление алкоголя являются основными причинами неблагоприятных исходов беременности во всем мире.

Согласно отчетам Центра по контролю и профилактике заболеваний США, материнское недоедание является причиной, по меньшей мере, до 20% материнской смертности. Риск перинатальной смертности увеличивается на 50% у детей, родившихся у матерей с возрастом <20 лет, по сравнению с матерями с возрастом 20-29 лет. По имеющимся данным, сифилис при беременности приводит примерно к 305000 случаев смерти плода и неонатальной смертности каждый год и оставляет 215000 младенцев в группе повышенного риска смерти от недоношенности, низкого веса при рождении или врожденных заболеваний. Существует 15-45% вероятность передачи ВИЧ от матери новорожденному при отсутствии вмешательства.

Также исследование показало, что пренатальное курение является причиной 5-7% преждевременных родов, 13-19% низкой массы плода при рождении, 23-34% синдрома внезапной детской смерти и 5-7% смертей, связанных с недоношенностью.

В бедных ресурсами странах все вышеперечисленные факторы риска приводят к неблагоприятным исходам беременности и увеличивают нагрузку на экономику здравоохранения страны.

Неиспользование методов контрацепции в подростковом возрасте и несвоевременное дородовое наблюдение являются основными пробелами, которые можно устранить в рамках прегравидарного ухода. Уход перед зачатием заполняет пробелы путем обеспечения укрепления здоровья и своевременного вмешательства, чтобы женщины имели здоровую беременность и лучший исход.

Главная задача ПП — скорректировать имеющиеся нарушения здоровья родителей с тем, чтобы пара вступила в гестационный период в наилучшем состоянии здоровья и полной психологической готовности [4].

Пропаганда планирования беременности и подготовки к ней — обязанность каждого медработника, направленная на реализацию прав на охрану здоровья и медицинскую помощь, государственную поддержку семьи, материнства и детства [2-5].

По данным исследования под эгидой ВОЗ (2020), каждая четвертая беременность — незапланированная, что приводит к 25 млн. небезопасных абортов и 47 тыс. смертей женщин ежегодно. Основной причиной эксперты считают сложность получения профессиональных услуг по планированию семьи (в результате более 56% беременных вообще не использовали противозачаточные средства в течение 5 лет до зачатия, а 10% практикуют прерванный половой акт или

календарный метод) [4]. Статистических данных по Кыргызской республике нет.

Адекватная ПП позволяет значительно снизить риски для жизни и здоровья конкретной беременной /роженицы/родильницы и плода/ребёнка. Шансы на успешное зачатие (в том числе с применением ВРТ), вынашивание беременности и рождение здорового ребёнка повышаются при отказе партнёров от вредных привычек и модификации образа жизни, нормализации массы тела, а также проведения мероприятий с участием врача — коррекции уровня половых гормонов, устранения дефицита витаминов и микроэлементов лечения имеющихся заболеваний [2-5]. Объём ПП определяют индивидуально, в зависимости от результатов обследования пары, что позволяет не только избежать полипрагмазии, но и повысить комплаентность (приверженность) пациентов.

Системно проводимая ПП влияет на улучшение популяционных показателей. Увеличение охвата ПП может способствовать снижению материнской и младенческой смертности и заболеваемости; распространённости ВПР и хромосомных аномалий; частоты ПР; количества самопроизвольных абортов; осложнений беременностей, требующих госпитализации; уменьшить социальные и экономические последствия, связанные с выхаживанием и реабилитацией детей-инвалидов [3].

Диагностические, лечебные и профилактические мероприятия в отношении любой женщины репродуктивного возраста, которая не возражает против беременности (не будет её прерывать), должны рассматриваться с позиций ПП. Начало превентивных мероприятий, направленных на обеспечение нормального течения гестации и рождение здорового ребёнка, после установления факта беременности следует считать поздним: закладка многих органов и систем плода уже произошла, и профилактика часто оказывается неэффективной.

Рационально спланированная заблаговременная прегравидарная подготовка значительно снижает вероятность рождения детей с врождёнными пороками развития (ВПР): дефектами нервной трубки (ДНТ), пороками сердца и другими врождёнными аномалиями, не связанными с наследственными дефектами, но обусловленными микронутриентным статусом матери.

2. Обследование потенциальных родителей [2-5]

2.1. Сбор анамнеза и осмотр

Значительную часть прегравидарной подготовки занимает выяснение состояния здоровья будущих родителей. Семейный анамнез и семейный анамнез партнера может дать представление о любых генетических заболеваниях или расстройствах, которые могут передаваться ребёнку. Понимание анамнеза пар может помочь врачам

лечить супружеские пары и ребенка в будущем. Данная информация может помочь поставщику медицинских услуг, если ему понадобится провести дополнительные тесты или наблюдать за развитием определенных заболеваний во время беременности.

С	Рекомендуется собрать семейный анамнез женщины и партнера [2-5]
----------	---

Более тщательное и обширное обследование предстоит женщине. Ведь именно в её организме происходят процессы роста и развития будущего ребёнка, поэтому здоровье будущей мамы стоит на первом плане.

Сбор общего анамнеза включает активное получение информации о будущих родителях.

С	Рекомендуется собрать общий и акушерско-гинекологический анамнез женщины и партнера о наличии факторов риска (<i>Приложение А3</i>) [2-5]
----------	---

С	Рекомендуется опросить пациентку об употреблении алкоголя, никотина, психоактивных веществ, рецептурных и нерцеписурных лекарств [2-5]
----------	--

п/№	Факторы	Комментарии
1.	Сбор информации о социальном статусе пары	
	<ul style="list-style-type: none"> • Возраст • Внутрисемейные отношения (в том числе элементы насилия) • Уровень образования • Уровень дохода 	<p>Данные о потенциальных родителях: возраст в настоящее время, род занятий, состояние здоровья, характеристика личности.</p> <p>Характеристика супружеских отношений в настоящем браке.</p> <p>Количество половых партнеров на момент планирования беременности.</p>
2.	Сбор информации об образе жизни и вредных привычках потенциальных родителей	
	<ul style="list-style-type: none"> • Образ жизни, режим дня, особенности пищевого поведения • Употребление ПАВ: <ul style="list-style-type: none"> Алкоголь Наркотические препараты Табак 	
3.	Сбор семейного анамнеза для медико-генетического консультирования	

	<ul style="list-style-type: none"> • Данные о наследственных заболеваниях у родственников 1-й и 2-й степени родства (родители супругов, дети, родные братья, сёстры, дяди, тёти, племянники) • Заболевания с наследственной предрасположенностью у родственников 1-й степени родства (инсульт, инфаркт, АГ, онкологические заболевания, эндокринопатии) • Врожденные пороки развития (любых органов и систем) у родственников 1-й и 2-й степени родства • Смерть детей до года • Родственный брак 	Для выяснения прогноза потомства и расширения объема обследования супружеских пар
4.	Наличие профессиональных и бытовых вредностей	
	<ul style="list-style-type: none"> • Физические факторы (воздействие высокой и низкой температуры) • Химические факторы (химические вещества, смеси, промышленные яды, производственная пыль) • Факторы биологической природы (контакт с патогенными микроорганизмами) • Факторы трудового процесса (напряженный режим труда: ночная смена, стрессовые ситуации и т.д.) 	
5.	Акушерско-гинекологический анамнез	
	<ul style="list-style-type: none"> • Менструальная функция (менархе/первые менструации, длительность менструального цикла, регулярность и болезненность менструаций, обильность кровопотери, наличие олигоменореи в подростковом возрасте (фактор риска невынашивания) • Начало половой жизни, сексуальная активность, количество половых партнёров и их смена за последние 6 мес. • Применяемые методы контрацепции (вид, длительность). • Детородная функция (количество беременностей родов, аборт) • Вынашивание беременности и другие репродуктивные потери в анамнезе • Осложнение предыдущих беременностей (гипертензивные нарушения беременности, гестационный диабет, преждевременные роды, кровотечение, задержка роста плода и т.д.) • Наличие в анамнезе профилактики репродуктивной функции путём введения антиД-иммуноглобулина; рождения детей с 	Рождение детей с ВПР, мертворождения, эктопическая беременность, использование вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) Повторяющиеся самопроизвольные аборты (что может означать либо генетическую аномалию, либо эндокринологическую болезнь, такую как гипотиреоз и диабет 1-го типа). Задержка роста плода, помимо других факторов, может быть связана с низким ИМТ.

	<p>признаками гемолитической болезни новорождённых; наличие родов, медицинских и самопроизвольных аборт, внематочных беременностей у женщин с резус-отрицательной принадлежностью крови при резус-положительном партнёре.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Перенесенные в прошлом гинекологические заболевания (нозологическая форма, год возникновения, проведенное лечение, течение и исход. Отметить наличие рецидивов, их частоту, проводимое лечение). • Бесплодие (отсутствие беременности при регулярной половой жизни без использования методов контрацепции в течение 1 года). • Оперативные вмешательства на органах малого таза и брюшной полости, и их исходы. • Воспалительные и не воспалительные заболевания органов малого таза, ИППП, (в т.ч. числе патология шейки матки) 	<p>При выявлении данных состояний рекомендована консультация акушера-гинеколога и профильного специалиста.</p>
<p>6.</p>	<p style="text-align: center;">Сбор соматического анамнеза у обоих партнеров</p> <ul style="list-style-type: none"> • Информация о вакцинации против вируса краснухи, гепатита В и столбняка. • Перенесенные инфекционные заболевания (в том числе туберкулез и гепатиты) • ОРВИ, их частота • Заболевания ССС • Заболевания ЖКТ • Заболевания печени и желчевыводящих путей • Заболевания щитовидной железы, сахарный диабет • Эндокринная патология • Заболевания органов дыхания • Заболевания мочеполовой системы • Травмы, с акцентом на травмах малого таза • Психоневрологические заболевания (эпилепсия, депрессия) • Оперативные вмешательства в анамнезе • Заболевания крови • Гемотрансфузии • Аллергологический анамнез • Лекарственные препараты 	<p>Согласно рекомендациям Национального календаря прививок лица репродуктивного возраста в 16, 26, 36, 46 лет должны получить прививку АДС-М (от столбняка и дифтерии) [9].</p> <p>Для выявления управляемых и не управляемых факторов риска, оказывающих влияние на течение будущей беременности. Начало болезни, проведенное лечение, течение и исход, рецидивы.</p> <p>Оценка тератогенности принимаемых лекарственных препаратов и потенциальное влияние на беременность</p>

2.2. Прегравидарное обследование

Цель прегравидарного обследования - выявление патологических состояний, которые могут повлиять на течение и исход беременности, здоровье матери, а также внутриутробное развитие плода и состояние здоровья будущего ребенка. Медицинское обследование до беременности помогает предотвратить многие из рисков связанные с беременностью, и увеличить шансы рождения здорового ребенка.

Рекомендации по обязательным обследованиям

С	Рекомендуется при обследовании провести измерение АД, ИМТ и направить на осмотр к стоматологу [2-5]
----------	---

1. *Расчет ИМТ – измерить вес и рост.*

$$\text{ИМТ} = \text{вес (кг)} / \text{рост (м}^2\text{)}$$

Интерпретация:

- Менее 18,5 кг/м²- недостаточный ИМТ
- 18,5-24,9 кг/м²– нормальный
- 25-29,9 кг/м²- избыточный
- 30 кг/м² и более – ожирение

2. *Измерение АД на обеих руках, сидя (см. новая классификация степени АГ от 2017 года (ACC/AHA Hypertension Guidelines)*

Уровни артериального давления		
Категории АД	САД	ДАД
Оптимальное	<120	<80
Нормальное	120—129(<120)	80—84(<80)
Высокое нормальное	130—139(120—129)	85—89(<80)
АГ	140 и выше (130 и выше)	90 и выше (80 и выше)

3. *Осмотр стоматолога.*

Санация полости рта женщины до беременности улучшает исход беременности. Все женщины и мужчины должны быть проконсультированы по вопросам надлежащей гигиены полости рта, и в первую очередь женщины, чтобы предотвратить заболевания пародонта во время беременности, которые могут приводить к

преждевременным родам, развитию преэклампсии и рождению ребенка малого гестационного возраста [2-5]

Рекомендации по обязательным лабораторным исследованиям

С	<p>Рекомендуется при обследовании провести следующие лабораторные исследования [2-5]:</p> <ul style="list-style-type: none">• Уровень гемоглобина в крови.• Развернутый анализ крови (<i>по показаниям</i>).• Определение группы крови и резус-фактора.• ИФА - кровь на сифилис, ВИЧ-инфекцию, выявление HBsAg, анти-НСV.• ДНК ВПЧ тестирование (женщин старше 30 лет, при ВИЧ – с 25 лет) – <i>по возможности</i>.
----------	--

Лабораторное исследование при подготовке к беременности направлено на **выявление возможных заболеваний/состояний** (в первую очередь, корригируемых), которые могут негативно повлиять на течение гестации.

Уровень гемоглобина. У всех женщин фертильного возраста следует исследовать уровень гемоглобина один раз между 15 и 17 годами, и по крайней мере, один раз между 18 и 25 годами. При наличии факторов риска (плохое питание, большие менструальные потери крови, донорство, ЖДА в анамнезе, желудочно-кишечные кровотечения) требуется более частый (каждый год) скрининг [4].

Развернутый анализ крови с подсчетом тромбоцитов [10].
Показания: Наличие в анамнезе тромбоцитопении, спонтанных кровоподтеков, кровотечений любой локализации, болезни системы кроветворения у кровных родственников.

Определение группы крови и резус-фактора (при отсутствии документального подтверждения). При выявлении отрицательного резус-фактора женщины необходимо уточнить резус-принадлежность партнёра.

ДНК-ВПЧ тестирование. Обнаружение ДНК ВПЧ каждые 5-10 лет (3-5 лет для женщин с ВИЧ) при отсутствии возможности определения ДНК ВПЧ проводятся инструментальные исследования.

Рекомендации по обязательным инструментальным исследованиям

С	<p>Рекомендуется при обследовании провести следующие инструментальные исследования [2-5]:</p> <ul style="list-style-type: none">• VIA - визуальный осмотр шейки матки с помощью уксусной кислоты каждые 3 года, для женщин с ВИЧ ежегодно;
----------	---

	<ul style="list-style-type: none"> • ПАП-тест - цитологическое исследование каждые 3 года (для женщин с ВИЧ ежегодно).
--	---

Рекомендуется начинать регулярный скрининг на рак шейки матки с 30-ти лет среди женщин из общей популяции, а при ВИЧ-инфекции с 25-ти лет [2-5].

С	Рекомендуется при обследовании провести ДНК-ВПЧ тестирование (по доступности и возможностям) [2-5]
----------	---

Рекомендации по дополнительным исследованиям

Перечисленные ниже исследования не входят в перечень обязательных, однако выявленные отклонения результатов ассоциированы с осложнениями гестации. Эти нарушения могут быть скорректированы на прегравидарном этапе (управляемые факторы риска).

С	<p>Рекомендуется при обследовании провести определение глюкозы в венозной крови натощак при следующих показаниях [2-5]:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ИМТ более 30 кг/м²; • метаболический синдром; • ГСД в анамнезе; • макросомия в анамнезе; • синдром ПКЯ; • семейный анамнез сахарного диабета; • глюкозурия по данным исследования с помощью тест-полосок (2+ или более однократно либо 1+ два раза или более) или наличия глюкозы в моче во время предыдущей беременности.
----------	--

Диагностика СД проводится только по определению глюкозы плазмы натощак.

При ИМТ более 30 кг/м², метаболическом синдроме, высоком наследственном риске сахарного диабета, синдроме поликистозных яичников рекомендуется тест на толерантность к глюкозе.

<p>Норма для небеременных (венозная плазма): < 6,1 ммоль/л (натощак) < 7,8 ммоль/л (через два часа после пероральной нагрузки с глюкозой (75 г))</p>

С	<p>Рекомендуется при обследовании провести обследование на ИППП при следующих показаниях [14]:</p> <ul style="list-style-type: none"> • наличие жалоб и симптомов вагинита; • молодой возраст менее 25 лет; • более одного партнера за последние 3 месяца; • новый половой партнер за последние 3 месяца; • наличие у симптомов уретрита у партнера.
----------	--

В	<p>Рекомендуется при обследовании на гонорею использовать ПЦР-диагностику и бактериологический метод у мужчин с симптомами [2-5, 15]</p>
----------	--

В	<p>Рекомендуется при обследовании на хламидиоз использовать ПЦР-диагностику [15]</p>
----------	--

Д	<p>Рекомендуется определить концентрацию ТТГ, Т4 при следующих показаниях [16]</p> <ul style="list-style-type: none"> • наличие в анамнезе заболеваний щитовидной железы; • аутоиммунные заболевания (в том числе сахарный диабет 1 типа); • привычное невынашивание.
----------	--

У здоровых небеременных женщин при использовании высокочувствительных иммунометрических методов уровень ТТГ составляет 0,4–4 мЕд/л.

Д	<p>Рекомендуется провести УЗИ органов малого таза и молочных желез при следующих показаниях [4]:</p> <ul style="list-style-type: none"> • выявление отклонений при вагинальном обследовании; • наличие в анамнезе или подозрение на патологию органов репродуктивной системы (в том числе лейомиома матки, аденомиоз и т.д.); • семейный анамнез миомы матки; • наличие в анамнезе заболеваний молочной железы; • определение образований при клиническом обследовании молочной железы, в том числе при самообследовании.
----------	--

Трансвагинальное УЗИ органов малого таза выполняют на 5–7-й день менструального цикла, УЗИ молочных желез — на 5–11-й день менструального цикла.

С	Рекомендуется провести микроскопию вагинального мазка, окрашенного по Грамму, при наличии жалоб [14-15]
----------	---

Рекомендации по консультированию узкими специалистами

Д	<p>Рекомендуется провести консультацию генетика при следующих ситуациях [4]:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Один из супругов или оба страдают наследуемыми хроническими заболеваниями: <ul style="list-style-type: none"> - муковисцидоз; - серповидноклеточная анемия; - ферментопатии; - шизофрения; - олигофрения; - различные виды мышечных атрофий; - различные виды хондродисплазий. • Случаи рождения детей с генетическими заболеваниями или пороками развития в роду у кого-то из супругов и или у самой супружеской пары. • Контакт одного из супругов с вредными профессиональными и бытовыми факторами. • Возраст супругов меньше 18 или старше 35 лет. • Родственный брак. • Привычное невынашивание беременности и длительное бесплодие неясной этиологии в анамнезе. • Прием одним из супругов химиотерапевтических препаратов, способных вызвать мутацию генов (цитостатики). • Прием психоактивных веществ – ПАВ (наркотики, злоупотребление алкоголем, курение).
----------	--

3. Консультирование по прегравидарной подготовке [2-5]

Прегравидарное консультирование – мотивация пары на формирование позитивного чувства желанной и здоровой беременности и осознанную подготовку к будущему родительству. Профилактические меры, предпринятые до зачатия, способны помочь избежать отклонений от нормального развития плода и осложнения беременности.

Д	Рекомендуется проводить прегравидарное консультирование женщин репродуктивного возраста при каждом обращении к медицинскому работнику [2-5]
----------	---

На частоту возникновения некоторых серьезных осложнений трудно повлиять в период беременности, но их можно предупредить до беременности.

С	Рекомендуется использовать при прегравидарном консультировании печатные материалы (памятки) для повышения эффективности информирования (см. Приложение 3)
----------	---

Прегравидарное консультирование нужно проводить регулярно и независимо от того, использует пациентка противозачаточные средства или нет.

Любой паре фертильного возраста, при посещении медицинского учреждения независимо от его уровня и причины обращения, следует задать вопрос о планировании беременности.

Д	Рекомендуется начать прегравидарное консультирование с вопроса «Хотели бы вы забеременеть в этом/следующем году?» [2]
----------	---

Д	Рекомендуется провести прегравидарное консультирование как минимум за 3 месяца до планируемого зачатия [2-5]
----------	--

В	Рекомендуется провести прегравидарное консультирование как минимум за 3 мес до планируемого зачатия [2-5]
----------	---

В	Рекомендуется начинать антенатальную помощь до наступления беременности [2-5]
----------	---

В	Рекомендуется консультировать женщин репродуктивного возраста об оптимальном возрасте для наступления беременности – с 19 до 35 лет [2-5]
----------	---

Пациентки в возрастной группе 19– 35 лет имеют минимальные акушерский и перинатальный риски [2-5]. Беременность и роды у женщин моложе 19 и старше 35 лет сопряжены с повышением вероятности различных осложнений для матери и плода.

Антенатальная помощь должна начинаться до наступления беременности. Во время консультирования должна быть предоставлена информация об изменениях, которые принесет материнство и отцовство, и оказана помощь паре в формировании большей уверенности в себе, устойчивости к возможным стрессовым ситуациям.

Медработник должен проводить информирование будущих родителей о необходимости вести здоровый образ жизни.

Д	<p>Рекомендуется предоставить при прегравидарном консультировании следующую информацию женщине/семейной паре об:</p> <ul style="list-style-type: none">• соблюдении оптимального возраста для родительства;• сбалансированном питании и нормализации веса;• приеме фолиевой кислоты для профилактики дефектов нервной трубки плода;• прегравидарной вакцинации;• прекращении применения психоактивных веществ (табак, алкоголь, наркотические вещества);• пропаганде физической активности;• снижении употребления лекарственных средств до минимума и исключение злоупотребления ими (в том числе витаминов и БАДов).• прекращении приема отдельных лекарственных средств при наступлении беременности (<i>например</i>, пероральные сахароснижающие средства, ингибиторы АПФ, блокаторы ангиотензиновых рецепторов, фторхинолонов, тетрациклинов, макролидов, вальпроевой кислоты и др.);• выявлении эпизодов насилия со стороны интимного партнера. [2-5]
----------	--

В процессе прегравидарного консультирования следует обсудить необходимость и последовательность диагностических и профилактических мероприятий, ответить на возникшие вопросы и дать рекомендации по модификации образа жизни. Желательно уже с этапа ПП начинать психологическую подготовку к будущим родам.

Оптимальный возраст для наступления беременности

Для наступления и вынашивания беременности большое значение имеет возрастной фактор.

1. Возраст с 19 до 35 лет, считается оптимальным.
2. Молодые женщины должны быть информированы о нежелательности наступления беременности до 18-летнего возраста и об эффективных методах её предупреждения.

С	<p>Рекомендуется предоставить информацию о том, что оптимальным возрастом для наступления беременности является возраст с 19 до 35 лет при прегравидарном консультировании [2-5]</p>
----------	--

Подростков до 15 лет необходимо консультировать после получения информированного добровольного согласия законных представителей и в их присутствии.

В случае наступления беременности до 18 лет более часто встречаются осложнения во время беременности (у каждой пятой), родов (у каждой второй) и в послеродовом периоде [2-5].

У пациенток 35 лет и старше имеются более высокие риски для здоровья женщины и новорождённого, чаще встречаются экстрагенитальные заболевания (СД, АГ и т.д.), возрастает вероятность оперативного родоразрешения и увеличивается риск рождения маловесных детей [2-5].

Женщины и их партнеры должны знать, что, несмотря на достижения в области вспомогательных репродуктивных технологий, вероятность зачатия снижается, а риск хромосомных аномалий увеличивается с возрастом матери [2-5].

Соблюдение интервала между родами

При планировании семьи учитывают временные интервалы между родами и последующей беременностью и между самопроизвольным абортом и последующей беременностью.

Слишком короткий промежуток между последовательными родами значительно повышает риск [2-5]:

- смерти плода или новорожденного;
- преждевременных родов;
- рождения маловесных детей;
- заболеваний матери и новорожденного,
- врождённых пороков развития.

Короткий интервал между родами связан с неблагоприятными перинатальными и материнскими исходами, начиная от преждевременных родов и низкого веса при рождении и заканчивая неонатальной и материнской заболеваемостью и смертностью.

Длительный интервал, в свою очередь, был связан с повышенным риском развития преэклампсии и родовой дистоции [2-5,8].

Более короткий межродовой интервал коррелировал с более высоким риском рецидива ИБС [8].

Для интервала продолжительностью менее 6 месяцев был значительно повышен риск преждевременных родов, ранней неонатальной смерти и врожденных пороков развития. Интервалы в 60 месяцев и более имели более высокий риск преждевременных родов [8]. Связь короткого интервала беременности с преждевременными родами ослабевает с увеличением возраста матери [8].

В	Рекомендуется соблюдать период для наступления последующей беременности после самопроизвольного аборта — 3–6 месяцев [4,5,8]
----------	--

Популяционное исследование в США показало 20%-ный повышенный риск врожденных дефектов, если интервал между родами составлял менее 6 месяцев, по сравнению с 18-23 месяцами [18, 19].

Чрезмерное удлинение этого интервала также увеличивает частоту неблагоприятных перинатальных исходов (повышенный риск дистоции родов, преэклампсии и врожденных дефектов) [3].

ВОЗ регламентирует оптимальный интервал между двумя последовательными родами длительностью 24+9 мес. (промежуток времени между родами и следующим зачатием плюс 9 мес. гестации). Этот срок достаточен и после оперативного родоразрешения для стабилизации рубца на матке и снижения риска разрыва матки в ходе следующей беременности, а также для уменьшения вероятности врастания плаценты в рубец.

Хотя данные все еще неубедительны, ВОЗ рекомендует минимальный 6-месячный интервал после выкидыша или мертворождения. Другие исследования не нашли доказательств в поддержку этой рекомендации, и новые исследования показывают, что интервал менее 6 месяцев может фактически увеличить шансы на здоровый исход беременности [17].

С	Рекомендуется предоставить информацию при прегравидарном консультировании о том, что оптимальный период между родами и зачатием считается 24 мес. [2-5,8]
----------	---

Д	Рекомендуется консультировать женщин репродуктивного возраста об оптимальном периоде между родами и зачатием – 24 мес [2-5]
----------	---

При ПП коррекция дефицита микронутриентов у будущей матери достоверно положительно влияет на соматическое здоровье, когнитивные способности и продолжительность жизни её будущего ребёнка.

С	Рекомендуется проводить прегравидарную подготовку с использованием микронутриентов при их доказанном дефиците [2-7]
----------	---

Прегравидарное консультирование (с дальнейшей развёрнутой ПП) необходимо проводить всем женщинам репродуктивного возраста на любом плановом и внеплановом визите к медицинскому работнику,

если пациентка не использует надёжную контрацепцию либо не против наступления беременности (не будет её прерывать).

D	Рекомендуется проводить прегравидарное консультирование женщин репродуктивного возраста при каждом обращении к медицинскому работнику [2-5]
----------	---

Прегравидарное обследование и устранение выявленных нарушений в состоянии здоровья женщины снижают риск осложнений беременности, родов и послеродового периода.

Репродуктивное просвещение и прегравидарное консультирование — безальтернативные методы повышения информированности населения по вопросам сохранения репродуктивного здоровья, профилактики абортов и приверженности ПП.

Короткий интервал между родами связан с неблагоприятными перинатальными и материнскими исходами, начиная от преждевременных родов и низкого веса при рождении и заканчивая неонатальной и материнской заболеваемостью и смертностью. Длительный интервал, в свою очередь, был связан с повышенным риском развития преэклампсии и родовой дистоции [2-5,8].

Более короткий межродовой интервал коррелировал с более высоким риском рецидива ИБС [8].

Для интервала продолжительностью менее 6 месяцев был значительно повышен риск преждевременных родов, ранней неонатальной смерти и врожденных пороков развития. Интервалы в 60 месяцев и более имели более высокий риск преждевременных родов [8]. Связь короткого интервала беременности с преждевременными родами ослабевает с увеличением возраста матери [8].

B	Рекомендуется соблюдать период для наступления последующей беременности после самопроизвольного аборта — 3–6 месяцев [4,5,8]
----------	--

D	Рекомендуется консультировать женщин репродуктивного возраста/пару о важности планирования беременности, наблюдении за здоровьем и привитию здоровых привычек для улучшения репродуктивных и акушерских исходов [2-5,8]
----------	---

Любой паре репродуктивного возраста, при посещении медицинского учреждения независимо от его уровня и причины обращения, следует задать вопрос о планировании беременности. Консультирование можно начать со следующего вопроса: «Хотели бы вы забеременеть в этом/следующем году?».

В	Рекомендуется проводить регулярно прегравидарное консультирование независимо от того, использует пациентка противозачаточные средства или нет [2-5]
В	Рекомендуется провести прегравидарное консультирование как минимум за 3 мес до планируемого зачатия [2-5]

В	Рекомендуется начинать антенатальную помощь до наступления беременности [2-5]
----------	---

В	Рекомендуется консультировать женщин репродуктивного возраста об оптимальном возрасте для наступления беременности – с 19 до 35 лет [2-5]
----------	---

Пациентки в возрастной группе 19– 35 лет имеют минимальные акушерский и перинатальный риски [2-5]. Беременность и роды у женщин моложе 19 и старше 35 лет сопряжены с повышением вероятности различных осложнений для матери и плода.

Д	Рекомендуется консультировать женщин репродуктивного возраста об оптимальном периоде между родами и зачатием – 24 мес [2-5]
----------	---

Д	Рекомендуется консультировать женщину/семейную пару по использованию методов контрацепции для соблюдения интервала между родами [2-5]
----------	---

Перед попыткой забеременеть пациентам с повышенным/пониженным весом следует рекомендовать достичь нормального индекса массы тела (ИМТ), поскольку высокий или низкий ИМТ связан с бесплодием и осложнениями беременности у матери и плода. Важно придерживаться полноценного и сбалансированного рациона питания, что означает включение в рацион всех групп продуктов, выбор полезных разнообразных продуктов в соответствующем количестве, которое определяется индивидуально для каждого человека в зависимости от массы тела, физической активности и возможных проблем с обменом веществ. Рекомендуются регулярные физические нагрузки умеренной интенсивности - уровень физической активности, который несколько повышает частоту сердечных сокращений и оставляет ощущение тепла и легкой одышки (при быстрой ходьбе, плавании, езде на велосипеде по ровной поверхности, танцах).

Д	Рекомендуется консультировать женщину при планировании беременности о контроле индекса массы
----------	--

	тела, соблюдение сбалансированного рациона питания и умеренных физических нагрузках [2-5]
--	---

С	Рекомендуется опросить пациентку об употреблении алкоголя, никотина, психоактивных веществ, рецептурных и нерце́птурных лекарств [2-5]
----------	--

Контрацепция

Для соблюдения интервала между родами необходимо рекомендовать женщине/паре использование современных методов контрацепции.

Д	Рекомендуется консультировать женщину/семейную пару по использованию методов контрацепции для соблюдения интервала между родами [2-5]
----------	---

1. Женщина/пара во время консультирования должна сделать информированный выбор метода для предупреждения нежелательной беременности.
2. При консультировании следует делать акцент на то, что фертильность, за исключением некоторых методов, восстанавливается практически сразу.
3. При использовании ДМПА (инъекционная форма прогестина) восстановление фертильности возможно в течение года после последней инъекции [20].
4. Добровольная хирургическая стерилизация является необратимым методом.
5. Если женщина использует тот или иной метод контрацепции и решила забеременеть, необходимо ей рекомендовать начать преко́нцепционную подготовку (в том числе прием фолиевой кислоты, препаратов железа и йода) за три месяца до отмены контрацептива.
6. Для обеспечения адекватной послеродовой контрацепции необходимо консультировать женщину до выписки из родильного дома, а лучше обсудить этот вопрос ещё во время беременности [29].

С	Рекомендуется предоставить информацию при прегравидарном консультировании о современных методах контрацепции для соблюдения интервала между родами [2-5]
----------	--

Нормализация веса [2-5]

Предгравидарная подготовка предполагает консультирование женщин о важности достижения нормального веса до беременности.

Ожирение (ИМТ более 30 кг/м²) и низкая масса тела (ИМТ менее 18,5 кг/м²) ассоциированы со снижением фертильности. Как низкий, так и высокий ИМТ до зачатия может негативно влиять на исход

беременности. Период до зачатия - идеальное время для достижения оптимального веса.

При ожирении увеличивается риск осложнений беременности, таких как: гестационный диабет, гипертензивные нарушения, макросомия, родовые травмы и кесарево сечение, а также повышается риск индуцированных и самопроизвольных преждевременных родов.

По сравнению с матерями с нормальным ИМТ, матери с ожирением имеют более высокую вероятность беременностей, осложненных врожденными аномалиями плода и новорожденного, включая пороки ЦНС, сердечно-сосудистые аномалии и волчью пасть. Женщины с ожирением должны знать, что снижение веса всего на 5–10% от их текущего веса может повысить их шансы на зачатие, а также на 10% может снизить риск мертворождения на 10% [3]. Комиссия ВОЗ по борьбе с детским ожирением называет планирование зачатия и дородовой уход одной из шести ключевых стратегий, которые потенциально могут разорвать порочный круг неинфекционных заболеваний.

Беременность при нормальном ИМТ или максимально близком к нему (18,5–24,9 кг/м²) оптимизирует акушерские исходы и снижает акушерские риски. Хотя ограничение в пище углеводов и увеличение потребления белка во время беременности не принесло пользы и даже может быть вредным, исследования поддерживают использование поведенческих и когнитивных стратегий для снижения веса у небеременных взрослых, особенно в сочетании с диетой и физической активностью.

Наряду с физическими упражнениями снижение веса приносит пользу сердечно-сосудистой системе, физическому и психическому здоровью. Женщины с ИМТ менее 18,5кг/м² имеют повышенный риск бесплодия, выкидыша в первом триместре, преждевременных родов, и у них больше шансов родить ребенка с низкой массой тела при рождении. Женщины с низким ИМТ могут снизить эти риски, набрав рекомендованный вес до наступления беременности. Все женщины с ИМТ более 30 кг/м² или менее 18,5 кг/м² должны быть проинформированы о рисках, которые их вес представляет для их собственного здоровья и для будущих беременностей. Необходимо данным пациентам предложить конкретные стратегии для улучшения питания и качества их диеты, а также уровня физической активности.

С	Рекомендуется предоставить информацию при прегравидарном консультировании о достижении нормального индекса массы тела (ИМТ) при повышенном/пониженном весе пациентки, поскольку высокий или низкий ИМТ связан с бесплодием и осложнениями беременности у матери и плода [2-5]
----------	---

Перед попыткой забеременеть пациентам с повышенным/пониженным весом следует рекомендовать достичь нормального индекса массы тела (ИМТ), поскольку высокий или низкий ИМТ связан с бесплодием и осложнениями беременности у матери и плода. Важно придерживаться полноценного и сбалансированного рациона питания, что означает включение в рацион всех групп продуктов, выбор полезных разнообразных продуктов в соответствующем количестве, которое определяется индивидуально для каждого человека в зависимости от массы тела, физической активности и возможных проблем с обменом веществ. Рекомендуются регулярные физические нагрузки умеренной интенсивности - уровень физической активности, который несколько повышает частоту сердечных сокращений и оставляет ощущение тепла и легкой одышки (при быстрой ходьбе, плавании, езде на велосипеде по ровной поверхности, танцах).

D	Рекомендуется консультировать женщину при планировании беременности о контроле индекса массы тела, соблюдение сбалансированного рациона питания и умеренных физических нагрузках [2-5]
----------	--

Питание [2-6]

Здоровое питание - ключевой компонент общего состояния здоровья, а период до зачатия - идеальное время для женщины, чтобы улучшить свое питание. Режим здорового питания способен улучшить здоровье будущей матери и плода. В целом, данные подтверждают преимущества в период до зачатия здоровой диеты, включающей адекватное количество витаминов и микронутриентов, таких как кальций, витамин D, фолиевая кислота, железо и др.

Рекомендации по питанию:

- В этот период важно придерживаться полноценного и сбалансированного рациона питания, что означает включение в рацион всех групп продуктов, выбор полезных разнообразных продуктов в соответствующем количестве, которое определяется индивидуально для каждого человека в зависимости от массы тела, физической активности и возможных проблем с обменом веществ.
- Следует питаться регулярно, т.е. равномерно распределять приемы пищи в течение дня, однако число приемов пищи можно подбирать индивидуально.
- Необходимо немного увеличить количество потребляемого белка.
- Необходимо регулярно включать в меню сезонные местные овощи, фрукты, продукты из цельного зерна, молочные продукты с пониженным содержанием жира, постное мясо, жирную рыбу. Надо

следить за тем, чтобы в рационе было много растительных продуктов и умеренное количество продуктов животного происхождения.

- Продукты, содержащие много насыщенных жиров, а также высококалорийные сладости и закуски, разрешается употреблять в пищу в редких случаях и в небольшом количестве.
- Следует принимать пищу, богатую кальцием (суточная потребность до 1000 мг кальция в день).
- Следует обеспечить организм минералами и витаминами за счет полноценного питания.
- Следует дополнительно принимать препараты йода, фолиевой кислоты и железа.
- Препараты кальция, витамин D [6], витамин А следует назначить только при лабораторно доказанном дефиците.
- Выбирая йодированную соль, следует использовать ее умеренно, не превышая 5 г в день.
- Необходимо потреблять достаточное количество воды.
- При планировании беременности нельзя употреблять алкоголь, наркотические и психотропные вещества, табачные изделия, электронные сигареты.
- Стараться исключать токсины, которые, как вредные вещества, могут попадать в организм с пищей из-за технологий, используемых при обработке пищевых продуктов, а также из воды и окружающей среды. Тщательно мыть овощи и фрукты, использовать чистую или отфильтрованную воду для питья и приготовления пищи.
- Большое количество кофеина в рационе препятствует развитию плода. Рекомендуется не употреблять больше 200 мг кофеина в день (2 чашки кофе или 4 небольших кружки черного или зеленого чая).

В каждой группе продуктов важен выбор продуктов. Так, в группе зерновых продуктов предпочтение следует отдавать продуктам из цельного зерна. Зерновые культуры должны составлять более половины рациона, но рекомендуется, чтобы большинство продуктов были цельнозерновыми. Цельнозерновые продукты и картофель являются источником сложных углеводов. В них содержится значительное количество витаминов, минералов и пищевых волокон.

Овощи и фрукты являются источником витаминов, минералов и антиоксидантов. В день рекомендуется съедать, по крайней мере, пять порций фруктов и овощей (минимум 400–500 г), причем доля овощей должна быть больше. Большинство фруктов должны быть свежими, а употребление консервированных фруктов следует ограничить.

Необходимо отдавать предпочтение натуральным сокам вместо сокосодержащих напитков и нектаров, в которых доля фруктов меньше, но при этом добавлены сахара, подсластители и другие нежелательные вещества.

Молочные продукты особенно рекомендуются к употреблению, поскольку они являются источником белка, кальция, йода и других питательных веществ. Творог и сыр являются ценными источниками белка.

При выборе белковых продуктов предпочтение отдается постному мясу и яйцам. Мясо является важным источником железа.

В свою очередь, рыба является важным пищевым источником ω -3 жирных кислот и витамина D. Рыбу рекомендуется употреблять в пищу два раза в неделю, причем один раз — жирную рыбу.

При выборе растительного масла важно отдавать предпочтение маслам с достаточным количеством мононенасыщенных жирных кислот (оливковое и рапсовое масло), а также льняному маслу, богатому ω -3 жирными кислотами. Хорошим источником белка также являются продукты растительного происхождения — бобовые (бобы, чечевица, горох), орехи и семена.

D	Рекомендуется предоставить информацию при прегравидарном консультировании по полноценному и сбалансированному питанию с учетом массы тела, физической активности и др. особенностей [2-5].
----------	--

Отказ от ПАВ

Согласно определению ВОЗ (1989 г.), к психоактивным веществам (ПАВ) относят любые вещества естественного или синтетического происхождения, обладающие свойством непосредственного воздействия на головной мозг человека с изменением его нормального функционирования (изменением внимания, сознания, памяти, эмоций, поведения и др. функций). ПАВ - любое химическое вещество, вызывающее физические и/или психологические изменения при попадании в организм (наркотические и психотропные вещества, алкоголь, табак и др. вещества).

Психоактивные вещества влияют на возможность зачатия, вынашивание и исход беременности у женщин. Точно так же употребление мужчинами табака, алкоголя или уличных наркотиков может негативно повлиять на ДНК сперматозоидов, снижая сперматогенез. Поскольку сперматозоиды регенерируются примерно каждые 3 месяца, консультирование перед зачатием также может смягчить негативное влияние этих факторов [2-5].

У женщин может быть множество причин для употребления психоактивных веществ; они могут иметь активную зависимость, употреблять вещества, чтобы справиться с травмой или стрессом, иметь сопутствующие проблемы с психическим здоровьем или употреблять вещества в рекреационных или социальных целях. Планирование беременности может мотивировать женщину к

изменению привычек образа жизни, которые могут негативно повлиять на их плод.

Женщины и мужчины должны быть информированы о рисках курения, употребления алкоголя и других ПАВ во время беременности с направлением на терапию, где это необходимо.

Эффективным методом консультирования для сокращения потребления вредных веществ как мужчинами, так и женщинами является мотивационное собеседование вместе с поощрением партнеров к поддержке позитивных изменений образа жизни [2-5].

D	Рекомендуется консультировать женщин репродуктивного возраста/пару о важности планирования беременности, наблюдении за здоровьем и привитию здоровых привычек для улучшения репродуктивных и акушерских исходов [2-5,8]
----------	---

Уязвимые группы населения, включая лиц, страдающих психическими расстройствами, подвергаются большему риску проблемного употребления психоактивных веществ. Уязвимые женщины и мужчины нуждаются в специализированном уходе, включая сотрудничество между медицинскими работниками и стратегии профилактики, безопасные с культурной точки зрения, при удовлетворении потребностей в области употребления наркотиков и алкоголя и психического здоровья [2-5].

При подозрении на наркотическую зависимость или злоупотребление алкоголем женщину направляют на консультацию к профильному специалисту.

D	Рекомендуется спрашивать об употреблении ими алкоголя, никотина и других психоактивных веществ, а также лекарств, в том числе рецептурных опиоидов, используемых в немедицинских целях при прегравидарном консультировании [2-5].
----------	---

Влияние табака, в том числе пассивного курения

Риски для здоровья, связанные с курением во время беременности, включают задержку внутриутробного развития плода, предлежание плаценты и отслойку плаценты. Кроме того, могут возникнуть неблагоприятные исходы беременности, включая преждевременный разрыв плодных оболочек, низкий вес при рождении и перинатальную смертность.

Женщины репродуктивного возраста, употребляющие табак, должны быть проинформированы о связанных с курением рисках и негативных последствиях, связанных с беременностью.

Как прекращение употребления табака, так и профилактика рецидивов курения являются ключевыми стратегиями клинического вмешательства в период до зачатия и во время беременности. Консультация продолжительностью 5–15 минут, проводимая соответствующим образом подготовленными медицинскими работниками, наиболее эффективна для беременных женщин, выкуривающих менее 20 сигарет в день. Это вмешательство, известное как «5 А», подходит для использования во время рутинных посещений дородового кабинета и включает следующие пять шагов: спросить, посоветовать, оценить, помочь и организовать [21].

По данным МДИ КР (2012) 3% женщин в возрасте 15-49 лет курят сигареты и менее 1% - потребляют другие виды табака, а во время беременности табак и другие его виды употребляют 0,8% и 0,3% соответственно. В возрасте с 15 до 19 лет курят 1,3% молодых женщин, 1,9-3,6% в возрасте от 20 до 45 лет [22].

Семейные врачи должны проверять всех женщин детородного возраста на предмет употребления табака [2-5].

С	Рекомендуется проводить опрос на предмет употребления табака при прегравидарном консультировании [2-5, 21].
---	---

С	Рекомендуется провести консультирование по методике «5А» при употреблении табака [21].
---	--

Помимо пользы для здоровья самой женщины, прекращение курения до беременности может устранить большинство, если не все негативные последствия курения для репродуктивного здоровья. Поскольку также имеются данные о негативных перинатальных исходах, связанных с пассивным курением, надо поощрять женщин, которые рассматривают возможность во время беременности жить в доме, свободном от курения [2-5, 22].

Рекомендации по прекращению курения, адресованные женщинам репродуктивного возраста [3]:

- Регулярно обновлять информацию об употреблении табака в медицинских картах всех женщин.
- Четко информировать женщин о репродуктивных последствиях курения в дополнение к другим опасностям для здоровья.
- Давать четкие советы о том, как бросить курить. Предлагать, как лекарства, так и консультации: лучшие показатели воздержания, по-видимому, возникают, когда они сочетаются. Тем не менее, большинство людей делают 4 или 5 попыток, прежде чем окончательно бросить курить.

- Предлагать мероприятия, выходящие за рамки простого консультирования во время приема, перенаправив женщину, желающую прекратить курить, к специалисту.
- Консультации могут предоставляться в различных форматах (лично, в группах или через Интернет). Наиболее эффективными являются практическое решение проблем и поддерживающее консультирование.
- Фактические данные подтверждают эффективность заместительной никотиновой терапии (НЗТ) в отказе от курения, как у небеременных, так и у беременных женщин. Однако, поскольку имеющиеся данные не могут ни подтвердить, ни исключить увеличение числа врожденных дефектов, связанных с использованием НЗТ, эти методы лечения лучше всего проводить до беременности.
- Хотя у женщин, имеющих партнера по курению, наблюдается снижение абстиненции и увеличение частоты рецидивов, нет данных, подтверждающих участие партнера в вмешательствах. Однако в интересах здоровья и создания среды, свободной от курения для женщины и плода, партнера также следует поощрять к отказу от курения.
- Способствовать прекращению курения. Период подготовки к беременности - идеальное время для прекращения курения, чтобы предотвратить неблагоприятные перинатальные исходы, связанные с курением матери [2-5].

Влияние алкоголя [2-5, 21].

Женщины, которые злоупотребляют алкоголем (пять или более порций за один раз в течение пяти или более дней за последние 30 дней), имеют более высокий риск сердечных и печеночных осложнений. Любое количество алкоголя, употребляемого беременными женщинами, также подвергает плод риску фетального алкогольного синдрома плода (ФАС). Пациентки должны быть проинформированы о том, что пренатальное злоупотребление алкоголем является предотвратимой причиной врожденных дефектов, включая умственную отсталость и дефекты развития нервной системы. Рекомендуется предварительно консультировать женщин по поводу этих эффектов.

Имеются убедительные доказательства того, что краткие вмешательства, поддерживающее консультирование и мотивационное собеседование (интервью) могут уменьшить употребление алкоголя или стимулировать воздержание.

Независимо от факторов риска, каждая женщина репродуктивного возраста должна провести оценку частоты и количества употребления алкоголя. Для этого используют структурированные опросники, такие как ASSIST, T-ACE или TWEAK, которые являются надежными и могут применяться в организациях здравоохранения различных профилей. При помощи тестов проводится достоверное измерение

степени риска, связанного с потреблением ПАВ. По данным результата скрининга можно определить лиц: подверженных невысокому риску или воздерживающихся от потребления ПАВ; практикующих рискованное/проблемное потребление ПАВ, и зависимых от ПАВ.

С	Рекомендуется информировать и проводить мотивационное собеседование для женщин репродуктивного возраста о рисках употребления алкоголя во время беременности и рекомендациях по воздержанию [2-5, 21].
----------	--

Влияние употребления наркотиков [2-5, 21].

Употребление наркотиков представляет значительный риск для здоровья и благополучия матери и ребенка. В дополнение к таким осложнениям, как преждевременные роды, патология плаценты (в основном отслойка плаценты) и задержка внутриутробного развития плода, беспокойство за новорожденного имеет важное значение в ближайшем неонатальном периоде и для долгосрочного развития, отчасти из-за нарушения привязанности матери к ребенку.

Учитывая корреляцию между употреблением наркотиков и другими негативными социальными детерминантами здоровья, такими как бедность, насилие и плохое психическое здоровье, прямое влияние употребления наркотиков остается неясным. Эти дополнительные факторы по-прежнему имеют решающее значение для оказания помощи женщинам, которые имеют проблемы с употреблением психоактивных веществ.

Всех женщин детородного возраста надо опрашивать на предмет употребления наркотиков. Как и в случае со всеми женщинами, важно поощрять тех, у кого в прошлом были проблемы с употреблением психоактивных веществ, к разработке плана репродуктивной жизни и обсуждению вариантов контрацепции. Важно также предоставлять консультации по вопросу о влиянии проблемного употребления психоактивных веществ на беременность и на исходы новорожденного, а также о влиянии самой беременности на их собственную жизнь, включая возможность привлечения служб социального обеспечения детей. Следует поощрять женщин с проблемным употреблением психоактивных веществ обращаться за лечением и направлять их в соответствующие службы. Известно, что наиболее эффективной моделью ухода является ориентированная на женщин наркологическая помощь, интегрированная как с психиатрической, так и с первичной медико-санитарной помощью.

Для женщины, которая еще не готова изменить свое поведение, связанное с употреблением психоактивных веществ, каждый контакт дает возможность привлечь ее к постоянному уходу, направленному на снижение вреда.

С	Рекомендуется проводить опрос на предмет употребления наркотиков при прегравидарном консультировании [2-5, 21].
----------	---

С	Рекомендуется информировать и проводить мотивационное собеседование для женщин репродуктивного возраста по вопросу о влиянии проблемного употребления психоактивных веществ на беременность и на исходы новорожденного [2-5, 21].
----------	---

Использование лекарственных препаратов [2-5]

Консультирование по вопросам использования лекарств является важной частью прегравидарной подготовки, поскольку, по оценкам, почти половина беременностей является незапланированной, и чрезвычайно важно проводить обсуждение возможного воздействия на плод лекарств, которые являются тератогенными.

Порядка 98% всех имеющихся лекарственных средств обладают потенциальным тератогенным эффектом (ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА), варфарин, вальпроовую кислоту, литий, статины и метотрексат), или их действие на плод неизвестно. Примерно от 10% до 15% врожденных аномалий в Соединенных Штатах связаны с использованием рецептурных лекарств во время беременности [3].

В разные сроки беременности лекарства оказывают различное воздействие на плод. Важно уточнять время воздействия, так как первые 2 недели после зачатия (т.е. третья и четвертая недели после последней менструации) считаются периодом "все или ничего". На стадии развития эмбриона воздействие агента либо настолько вредно для зиготы, что она не имплантируется, либо полностью восстанавливается, и агент не оказывает дальнейшего влияния на беременность.

Воздействие некоторых лекарств в первом триместре может вызвать беспокойство, поскольку это самый критический период развития органов. Некоторые лекарства могут повлиять на рост плода во втором и третьем триместрах.

В этой связи важно выявить, принимает ли женщина лекарственные средства (рецептурные и безрецептурные), которые могут обладать потенциальным тератогенным воздействием и требуют замены на более безопасные препараты. Это относится и к биологически активным добавкам (средствам растительного происхождения, гомеопатии), так как женщины не воспринимают их как лекарства, которые могут быть вредны для плода, и не всегда сообщают об их применении врачу. Когда это возможно, до зачатия известные тератогенные препараты следует переключить на более безопасные

препараты. Женщинам, страдающим хроническим заболеванием, которое представляет риск серьезных заболеваний для матери и ребенка, следует рекомендовать принимать минимальное количество и самые низкие дозы лекарств, которые необходимы для контроля этого состояния. Для женщин, которые не желают беременности, следует обсудить и начать разработку плана эффективной контрацепции.

Все женщины детородного возраста должны быть опрошены на предмет применения тератогенных препаратов и должны быть проинформированы о потенциальном влиянии лекарств от хронических заболеваний на исход беременности и плода.

D	Рекомендуется собрать фармакологический анамнез пациентки по приему лекарственных средств (рецептурные, безрецептурные), биологически активных добавок для исключения приема препаратов с потенциальным тератогенным эффектом [2-5].
----------	--

D	Рекомендуется исключить применение любых препаратов во время беременности, кроме случаев, опасных для жизни и здоровья пациентки [2-5].
----------	---

Меры предосторожности при применении лекарственных средств:

- любой врач, назначая лечение женщине репродуктивного возраста, должен задуматься о возможной беременности;
- практически ни один из лекарственных препаратов не может быть классифицирован как тератогенный или нетератогенный 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;
- наиболее опасными сроками по влиянию лекарственных средств на плод являются 15—56-й дни после зачатия, за исключением гипотензивных препаратов из группы ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (например, каптоприл, эналаприл, лизиноприл и др.) и антагонистов рецепторов АТ II (например, лозартан, валсартан, эпросартан и др.), применение которых во II и III триместрах может привести к маловодию из-за нарушений развития и функционирования почек плода;
- желательно назначать при беременности уже проверенные препараты, стараться исключить применение новых, только что появившихся на фармацевтическом рынке;
- желательно использование минимально эффективных доз в минимально короткие сроки;

- при наличии хронических экстрагенитальных заболеваний у беременной лечение (выбор препарата, дозы, кратность приема, продолжительность курса) должно назначаться совместно с соответствующим узким специалистом.

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

D	Рекомендуется пересмотреть прием женщиной всех рецептурных и безрецептурных лекарств, включая пищевые добавки и растительные продукты, которые пациенты могут не рассматривать как лекарственные препараты, но которые могут повлиять на репродуктивную функцию и беременность во время консультирования перед беременностью [2-5].
----------	---

Назначение фолиевой кислоты

При ПП коррекция дефицита микронутриентов у будущей матери достоверно положительно влияет на соматическое здоровье, когнитивные способности и продолжительность жизни её будущего ребёнка.

C	Рекомендуется проводить прегравидарную подготовку с использованием микронутриентов при их доказанном дефиците [2-7]
----------	---

A	Рекомендуется назначить фолиевую кислоту при планировании беременности для снижения риска развития дефекта нервной трубки [2-5]
----------	---

Дефекты нервной трубки (ДНТ), такие как анэнцефалия и расщепление позвоночника, имеют многофакторное происхождение, но их этиология часто может включать аномалии метаболизма гомоцистеина, которые потенциально можно устранить с помощью пищевых добавок фолиевой кислоты. Первичное возникновение ДНТ можно уменьшить, если женщины репродуктивного возраста ежедневно принимают 0,4 мг фолиевой кислоты как до зачатия, так и в течение первого триместра беременности [2-5].

A	Рекомендуется назначить фолиевую кислоту в дозе 400 мкг в сутки за 2-3 месяца до зачатия и в течение первых трех месяцев беременности для снижения риска развития дефектов нервной трубки [2-5].
----------	--

Женщинам, планирующим беременность, следует начать принимать фолиевую кислоту уже до беременности, чтобы достичь стабильного уровня этого вещества в нужный момент, и продолжать курс, по крайней мере, до 12 полных недель беременности.

А	Рекомендуется назначить фолиевую кислоту в дозе 4 мг/сутки женщинам с высоким риском развития дефекта нервной трубки [4].
----------	---

Группа высокого риска по дефектам нервной трубки [4]:

- ДНТ во время предыдущих беременностей при наличии у них самих или их партнёров ДНТ в персональном анамнезе либо при выявлении;
- дефекты развития сердца, конечностей, мочевых путей, орофациальные дефекты, врождённая гидроцефалия, но не ДНТ) в персональном или семейном анамнезе.
- случаи ДНТ в семейном анамнезе — у родственников 1–2-й степени родства;
- приём препаратов с тератогенным действием (карбамазепин, вальпроевая кислота, фенитоин, фенобарбитал, метотрексат, триамтерен, триметоприм, колестирамин, иАПФ, БРА и др.);
- эпилепсия или судорожный синдром иной этиологии у женщины, для лечения которых необходимы вальпроевая кислота или карбамазепин;
- наличие у матери мальабсорбции вследствие медицинских или хирургических причин, приводящей к снижению концентрации фолатов в эритроцитах (болезнь Крона, целиакия, желудочное анастомозирование, выраженные заболевания печени, диализ, алкоголизм);
- сахарный диабет 1-го или 2-го типа до беременности;
- ожирение (ИМТ выше 30 кг/м²);
- курение и злоупотребление алкоголем.

Назначение препаратов йода

Кыргызская Республика является эндемичным регионом по дефициту йода. В странах, имеющих йододефицит рекомендуется применять препараты йодида калия оптимальное их начало не менее за 3 месяца до наступления беременности [16].

С	Рекомендуется назначить препараты йода в регионах с риском йододефицитных состояний [2-5]
----------	---

С	Рекомендуется назначить препараты йода женщинам в дозе 150 мкг/сутки, для профилактики эндемического
----------	--

кретинизма и врожденных заболеваний щитовидной железы [16]
--

Дозы для женщин с патологией щитовидной железы должны подбираться индивидуально после консультации с эндокринологом.

Назначение препаратов железа

Почти у 80% женщин с анемией основной причиной выступает железодефицит. Недостаток железа лидирует в ряду других микроэлементных дефицитов у беременных (до 75%) [4].

Выявление нормального уровня гемоглобина не означает отсутствие латентного железодефицита, поскольку синтез гемоглобина нарушается в последнюю очередь; сначала страдает содержание железа в его депо, затем — транспортная фракция этого микроэлемента, и лишь в последнюю очередь возникает ЖДА.

Дефицит железа и ЖДА существенно повышают риск перинатальной инфекции как у матери, так и у плода. Тяжёлая анемия, диагностированная в I триместре, увеличивает вероятность ЗРП, ПР, низкой оценки новорождённого по Апгар; в III триместре тяжёлая анемия ассоциирована с чрезвычайно высоким уровнем материнской смертности (6,2%) и перинатальной гибели плода (60%) [4].

Дефицит железа ассоциирован также с риском ряда осложнений во время родов и в послеродовом периоде.

Национальное клиническое руководство рекомендует проверять уровень гемоглобина у девочек-подростков в возрасте между 15 и 17 годами один раз в год во время обращения в медицинское учреждение, а также проверять уровень гемоглобина у всех женщин в возрасте от 18 до 25 лет [11].

Анемия у женщин репродуктивного возраста определяется, если уровень гемоглобина ниже 120 г/л.

С	Рекомендуется выполнить общий (клинический) анализ крови, оценка гематокрита (Hct), исследование уровня эритроцитов в крови и исследование уровня ретикулоцитов в крови с определением среднего содержания и средней концентрации Hb в эритроцитах, определение размеров эритроцитов у пациентов с анемическим синдромом с целью диагностики ЖДА [4]
----------	--

При выявлении анемии необходимо назначить препараты железа.

Цель лечения ЖДА — введение железа в количестве, необходимом для нормализации уровня гемоглобина и восполнения тканевых запасов этого элемента. Для лечения и профилактики используют пероральные препараты солей железа.

С	Рекомендуется назначить препараты железа в дозе 60 мг в неделю с целью профилактики анемии [11].
----------	--

В	Рекомендуется назначить всем пациентам с ЖДА препараты железа в лекарственной форме для перорального применения с целью возмещения дефицита железа в организме [11].
----------	--

С	Рекомендуется назначить препараты железа до наступления беременности при наличии железодефицитной анемии [2-5]
----------	--

Дозировка элементарного железа, необходимая для лечения ЖДА у взрослых, составляет 120 мг в день в течение трех месяцев. Увеличение гемоглобина на 1 г/дл после одного месяца лечения свидетельствует об адекватном ответе на лечение и подтверждает диагноз. У взрослых терапию следует продолжать в течение трех месяцев после устранения анемии, чтобы обеспечить пополнение запасов железа [11].

Длительность лечения ЖДА составляет 3-6 мес. Принимать препараты железа надо вместе с аскорбиновой или лимонной кислотой, большое количество которых присутствует в цитрусовых и других фруктах (таких как апельсин, клубника), в овощах (таких как капуста, помидоры, болгарский перец, шпинат и др.), а также в кисломолочных продуктах. Запивать препараты железа можно соком, компотом, кипяченой водой, настоем из ягод или фруктов. Не запивать препараты железа чаем или кофе, которые тормозят всасывание железа! Между приемом препаратов железа и употреблением чая или кофе должен быть промежуток в 1-2 часа.

С	Рекомендуется перепроверять общий анализ крови каждые три месяца в течение одного года [11].
----------	--

Для повышения информированности населения репродуктивного возраста рекомендуется использовать наглядные памятки (стенды, плакаты, буклеты) (см. Приложение 3)

4. Дополнительные мероприятия по подготовке к беременности при некоторых гинекологических и соматических состояниях

Первые признаки беременности

Диагностика беременности на ранних сроках может представлять значительные трудности, так как стрессы, приём лекарственных препаратов и некоторые из эндокринных заболеваний по симптомам могут имитировать состояние беременности.

Подтверждают наличие беременности лабораторные (определение уровня ХГЧ в моче и сыворотке крови) и инструментальные

исследования. Определение уровня ХГЧ в крови можно проводить через 14–21 день после полового акта, когда зачатие уже произошло. Тест на наличие беременности является альтернативой лабораторному определению уровня ХГЧ и проводится в домашних условиях. Проводить тест рекомендуется после задержки менструации, используя утреннюю порцию мочи, следуя инструкции, не пользоваться тестами с просроченным сроком годности.

Тест может быть положительным, если 1 – 1,5 месяца назад был аборт, выкидыш или роды (ХГЧ не сразу выводится из организма) либо женщина получала лечение ХГЧ-содержащими лекарствами (например, гонадотропин хорионический) либо на фоне трофобластической болезни (пузырный занос, хорионкарцинома).

Возможен и ложноотрицательный результат, если тест проведен слишком рано (оплодотворение произошло, а имплантация еще нет), имеется угроза прерывания беременности (в крови падает уровень ХГЧ), нарушена инструкция проведения теста и др. В любом случае, после отрицательного результата следует через несколько дней повторить процедуру снова.

Заподозрить беременность можно по графику базальной температуры, которая измеряется в прямой кишке/влагалище/ротовой полости. Для выявления этого признака необходимо не менее 3 месяцев вести график температурной кривой. Накануне овуляции происходит снижение температуры на 0,2 – 0,4 градуса, но с момента выхода яйцеклетки из фолликула температура резко поднимается и становится выше 37 градусов. На этом уровне она держится примерно 12 – 14 дней, а перед наступлением месячных начинает снижаться.

Позднее, после задержки месячных, базальная температура превышает отметку 37 градусов и косвенно подтверждает беременность.

На очень малых сроках женщина может ощущать признаки простуды: легкое недомогание, повышенную утомляемость, головную боль. Возможно и небольшое повышение температуры тела, что опять же, связано с действием прогестерона на центр терморегуляции.

Отмечается болезненность грудных желез (можно отнести и к явлениям предменструального синдрома).

Учащается, но остается безболезненным мочеиспускание, что обусловлено действием прогестерона, усиленным кровенаполнением мочевого пузыря и почек; в результате повышается почечная фильтрация и выработка мочи. Учащенное мочеиспускание сохраняется всю беременность (в более поздних сроках частое мочеиспускание провоцирует также давление беременной матки на мочевой пузырь).

Рано (не у всех женщин) появляется тошнота, извращение вкуса и обоняния, непереносимость разных запахов, слюнотечение, хотя эти явления относятся к сомнительным признакам беременности и

возможны при ряде других заболеваний (отравление, патология пищеварительного тракта, инфекция).

Подтвердить беременность можно при проведении гинекологического обследования (появление пигментации кожи, наружных половых органов; размягчение шейки, изменение ее цвета с бледно-розового на цианотичный (синюшный), размягчение матки, возможно некоторое ее увеличение в ранних сроках, а позднее хорошо пальпируется увеличенная матка согласно срокам задержки). Это вероятные признаки беременности.

Для установления окончательного диагноза подтвердить беременность раннего срока возможно при помощи ультразвукового исследования. Однако в слишком ранних сроках, пока эмбрион не достиг определенных размеров, результаты УЗИ могут быть неточными. При выполнении этого инструментального исследования, помимо подтверждения беременности, можно выявить локализацию плодного яйца, определить жизнеспособность эмбриона и наличие самого эмбриона в плодном яйце.

Инфекции репродуктивного тракта и иные инфекции

ИППП могут оказывать вредное воздействие на беременных женщин, их партнеров и их плод. Всех женщин репродуктивного возраста и их половых партнеров следует расспросить об ИППП, проконсультировать о возможности перинатальных инфекций во время беременности и обеспечить доступ к лечению, если это необходимо, до зачатия и во время беременности [2-5].

С	Рекомендуется проведение скрининга на ИППП при необходимости [2-5, 15]
----------	--

Вагинозы и вагиниты не препятствуют зачатию, однако беременность, возникшая на их фоне, часто протекает с осложнениями [2-5].

Существует повышенный риск заражения *N. Gonorrhoeae*, *S. trachomatis*, *T. vaginalis* и вирусами (ВПГ, ВПЧ и ВИЧ); ВЗОМТ, хориоамнионита; акушерских осложнений (ПРПО, ПР). Всех пациенток с патологическими выделениями из половых путей следует обследовать на ИППП/ИРТ [2-5].

Бактериальный вагиноз (БВ)

А	Рекомендуется провести лечение всех пациенток с симптомами бактериального вагиноза и с лабораторно подтвержденным диагнозом [14-15]
----------	---

Бактериальный вагиноз не является заболеванием, передающимся половым путем, но он связан с несколькими неблагоприятными исходами, включая неблагоприятные исходы беременности и повышенный риск ИППП, включая ВИЧ, воспалительные заболевания органов малого таза и бесплодие по трубному фактору [15].

При изменениях микробиоценоза влагалища без клинических проявлений терапию назначают только при наличии в анамнезе преждевременных родов либо поздних выкидышей [14-15].

А	Не рекомендуется лечение партнера мужского пола при отсутствии у него симптомов [14-15]
----------	---

Контроль состояния пациентки следует провести через 1 мес. после окончания курса лечения. В отсутствие рецидивов наблюдение не рекомендовано.

Кандидозный вульвовагинит (КВВ)

В	Не рекомендуется рутинное обследование на <i>Candida spp.</i> женщинам без клинических симптомов [14-15]
----------	--

В	Рекомендуется провести лечение с использованием системных или местных антимикотиков женщинам с симптомами КВВ и лабораторно подтвержденным диагнозом [14-15]
----------	--

В	Не рекомендуется проводить лечение при бессимптомном носительстве <i>Candida spp.</i> , а также половым партнерам женщин с КВВ в отсутствие у них симптомов кандидозного баланита и/или баланопостита [14-15]
----------	---

С	Не рекомендуется проводить микроскопическое или бактериологическое исследование при купировании симптомов КВВ [14-15]
----------	---

Трихомонадная инфекция

Для лечения урогенитальной трихомонадной инфекции используют препараты группы нитроимидазолов. Во время лечения рекомендовано воздержаться от половых контактов до подтверждения излеченности всех половых партнеров.

Все пациентки с вагинальными выделениями, генитальной язвой, ВЗОМТ и их половые партнеры должны быть обследованы на хламидийную инфекцию, гонорею, сифилис и ВИЧ [14-15], при

выявлении которых необходимо руководствоваться действующими КП и КР [14].

ВИЧ-инфекция оказывает влияние на течение беременности. Во время беременности и родов существует риск заражения новорождённых, однако его можно нивелировать, используя АРТ [24].

А	Рекомендуется провести консультирование ВИЧ-инфицированным женщинам, планирующим беременность, и их партнерам по вопросам [2-5]: <ul style="list-style-type: none">• рисков передачи ВИЧ-инфекции от матери ребёнку, и мер, которые могут снизить его;• влияния ВИЧ-инфекции на течение беременности, в том числе повышение риска неблагоприятного исхода;• безопасности АРТ во время беременности и возможных побочных эффектах лечения;• риска пороков развития у ребенка при приеме АРВ-препаратов;• эффективности профилактики передачи ВИЧ при помощи АРВ-препаратов, кесарева сечения и искусственного вскармливания
---	--

А	Рекомендуется продолжать АРТ женщинам, планирующим беременность или забеременевшим на её фоне, если схема лечения эффективна и не имеет противопоказаний для применения во время беременности [24]
---	--

А	Рекомендуется продолжать АРТ ВИЧ-инфицированному мужчине из серодискордантной пары с целью исключения (минимизации) риска заражения партнёрши [24]
---	--

Серодискордантные пары, желающие иметь детей, должны понимать важность достижения уровня CD4 (выше 500 клеток) и ВН (50 и ниже копий в 1мл) для снижения риска передачи ВИЧ-инфекции во время естественного планирования семьи и профилактики во время беременности от матери к ребенку. Это условия также распространяется и на конкордантные пары [24]. АРТ до зачатия служит наиболее эффективным методом предотвращения передачи ВИЧ от матери ребёнку. Если в схему лечения входят препараты, не рекомендуемые для применения у беременных или недостаточно изученные, вопрос об их замене решают в индивидуальном порядке на основе оценки риска и пользы для матери и плода.

D	Рекомендуется провести консультирование по оценке фертильности пары [2-5,24].
---	---

Женщин надо обучить определять начало и окончание фертильного периода менструального цикла с использованием метода календарных дней, метода базальной температуры тела, метода цервикальной слизи, определить уровни ФСГ, ЛГ и пролактина, а также исследовать проходимость маточных труб.

Оценка фертильности у мужчин заключается в исследовании спермы (число, подвижность, прогрессия и морфология сперматозоидов).

Вирусный гепатит В или С

Обследование и лечение пациенток, инфицированных вирусом гепатита В или С, осуществляется согласно действующим клиническим руководствам.

D	Рекомендуется обсудить вопросы планирования семьи с женщинами репродуктивного возраста до начала терапии HBV- или HCV-инфекции
----------	--

Пациентка должна получить информацию о безопасности препаратов в случае их приёма во время беременности

D	Рекомендуется отсрочить терапию до родоразрешения у женщин с HBV-инфекцией без выраженного фиброза печени, планирующих беременность в ближайшем будущем [26].
----------	---

C	Рекомендуется пересмотреть схему лечения HBV-инфекции в случае наступления беременности [26]
----------	--

D	Рекомендуется провести коррекцию доз лекарственных препаратов при подготовке к беременности в зависимости от функции печени [26]
----------	--

C	Не рекомендуется назначать рибавирин при планировании беременности, т.к. рибавирин обладает тератогенным действием [27]
----------	---

C	Рекомендуется назначить надежные методы контрацепции на протяжении лечения и в течение 6 мес после окончания лечения рибавирином [27]
----------	---

Состояния и заболевания органов репродуктивной системы

Эктопия шейки матки — расположение цилиндрического эпителия, выстилающего канал шейки матки, на влагалищной её поверхности.

В подавляющем большинстве случаев эктопия не имеет симптомов. При сопутствующем воспалении (цервиците) отмечаются выделения из влагалища. В редких случаях эктопия сопровождается кровянистыми выделениями после полового акта (контактными кровотечениями). Возможны боли при половом акте.

С	Рекомендуется провести кольпоскопию, Пап-тест (цервикальный скрининг), взять мазок на флору, анализы на половые инфекции при выявлении эктопии для исключения сопутствующих заболеваний [4,12].
----------	---

С	Не рекомендуется проводить лечение при бессимптомной эктопии [4,12].
----------	--

Эктопия не является противопоказанием для наступления и вынашивания беременности.

Миома матки (фибромиома, лейомиома) — это доброкачественная опухоль, возникающая в мышечном слое матки — миометрии. Является одним из самых распространенных заболеваний у женщин. Наиболее высокая заболеваемость миомой матки приходится на поздний репродуктивный период и перед климаксом.

Причины появления миомы до конца не изучены, хотя очевидна роль гормональных факторов. Существенную роль играют такие факторы риска, как позднее начало месячных, обильные менструации, медицинские аборт, воспалительные заболевания женских половых органов. Другим значимым фактором риска считают избыточную массу тела в сочетании с гиподинамией и стрессами.

При выявлении миомы матки женщина должна быть проконсультирована специалистом для решения вопроса о тактике дальнейшего ведения. Если узлы не создают механического препятствия транспорту ооцита и прикрепления оплодотворенной яйцеклетки, то беременность при миоме матки наступает и протекает без особенностей.

С	Рекомендовано динамическое наблюдение при бессимптомной миоме небольших размеров. Есть возможность планирования беременности и ее вынашивание. [4]
----------	--

С	Рекомендуется проведение оперативного малоинвазивного вмешательства при больших размерах миоматозных узлов, субмукозном или шеечном расположении, нарушении репродуктивной функции [4]
----------	--

D	Не рекомендуется проводить эмболизацию маточных артерий пациенткам с миомой матки, планирующим беременность [4]
----------	---

Оперативные вмешательства на матке в анамнезе (кесарево сечение, хирургическое лечение миомы, ушивание перфорации после инструментальных вмешательств на матке и др.) могут привести к разрывам или расслоению матки во время последующей беременности или в родах через естественные родовые пути. Возможно образование сосудистых мальформаций, повышающих риск кровотечения, особенно врастания плаценты.

D	Рекомендуется информировать женщину/пару о том, что следующая беременность после кесарева сечения может планироваться через 2-3 года (с учетом интергенетического интервала) [4]
----------	--

D	Рекомендуется информировать женщину/пару о повышенном риске разрыва матки в случае наступления беременности в течение 18 месяцев после предыдущего кесарева сечения [4]
----------	---

Во время консультирования следует подчеркнуть, что на этапе планирования беременности женщина должна быть обследована специалистом.

Тактика при экстрагенитальных заболеваниях

Многие хронические заболевания, такие как сахарный диабет, гипертония, психические заболевания и заболевания щитовидной железы, влияют на исход беременности, и их следует оптимально лечить до беременности.

C	Рекомендуется продолжить соответствующее лечение при наличии сопутствующих заболеваний [2-5]
----------	--

Ключевая рекомендация

Многие хронические заболевания, такие как диабет, гипертония, психические заболевания и заболевания щитовидной железы, влияют на исход беременности, и их следует оптимально лечить до беременности.

Артериальная гипертензия (АГ)

Хронической гипертонией страдают 3% женщин репродуктивного возраста. Хроническая артериальная гипертензия во время беременности связана с более высокими показателями преждевременных родов, отслойки плаценты, задержки внутриутробного развития, преэклампсии и гибели плода. Женщины с хронической гипертензией подвержены риску ухудшения гипертензии и повреждения органов-мишеней, а у 25% женщин с гипертензией во время беременности развивается сопутствующая преэклампсия [4].

Исход беременности зависит от степени артериальной гипертензии. Нет никаких доказательств того, что лечение гипертензии легкой и средней степени тяжести во время беременности улучшает перинатальные исходы. Лечение тяжелой гипертензии (систолическое артериальное давление 180 мм рт. ст. или выше, или диастолическое артериальное давление 110 мм рт. ст. или выше) улучшает исходы беременности [4].

Уход за женщинами репродуктивного возраста с артериальной гипертензией должен включать информирование их о рисках артериальной гипертензии во время беременности и о том, что их режим приема лекарств может потребоваться изменить до зачатия. Женщин с длительно существующей артериальной гипертензией, планирующих беременность, следует обследовать на наличие ретинопатии, заболеваний почек и гипертрофии желудочков [4].

C	Рекомендуется оценить факторы риска гипертензивных нарушений беременности при сборе анамнеза и осмотре [4]
----------	--

D	<p>Рекомендуется провести комплексное обследование женщинам с хронической АГ при планировании беременности:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ЭКГ; • Эхо-КГ; • суточное мониторирование АД – <i>по возможности</i>; • исследование сосудов глазного дна; • УЗИ почек; • мониторирование ЭКГ по Холтеру, нагрузочные тесты - <i>при необходимости</i> [4]
----------	---

D	Рекомендуется проинформировать пациентку и членов семьи о повышенном риске преэклампсии, особенностях диспансерного наблюдения во время беременности, важности ранней первой явки, противопоказаниях к приёму некоторых антигипертензивных препаратов во время беременности и в послеродовом периоде при кормлении грудью [4]
----------	---

В	Рекомендуется отменить препараты, противопоказанные при беременности, такие как атенолол, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, антагонисты рецепторов ангиотензина II, антагонисты альдостерона (спиронолактон), антагонисты рецепторов к минералокортикоидам (эплеренон), резерпин, недигидропиридиновые антагонисты кальция (дилтиазем и фелодипин), статины при наступлении беременности пациенткам с АГ [4]
----------	--

Д	Рекомендуется направить на консультацию кардиолога пациенток с «высоким нормальным» АД — САД 130–139 мм рт.ст. и/или ДАД 85–89 мм рт.ст. [29]
----------	---

Д	Рекомендуется провести консультирование по модификации образа жизни, которая включает соблюдение принципов здорового питания, снижение потребления соли и кофеинсодержащих продуктов, исключение курения и злоупотребления алкоголем всем пациенткам с АГ [29]
----------	--

Врождённые пороки сердца

У пациенток с врожденными пороками сердца рекомендовано использовать модифицированную классификацию ВОЗ по оценке риска сердечно-сосудистых осложнений у беременных с кардиоваскулярными нарушениями [30].

Д	Рекомендуется информировать женщин/пары о том, что при IV группе риска беременность нежелательна
----------	--

Приобретённые пороки сердца

Планирование беременности у пациенток с **тяжёлым митральным стенозом** без предварительной хирургической коррекции не рекомендуется [5].

Недостаточность митрального клапана при отсутствии клинических симптомов сердечной недостаточности не увеличивает риск осложнений при беременности.

Недостаточность аортального клапана при отсутствии клинических проявлений не ухудшает течение беременности. В случае выраженной дилатации ЛЖ (конечный диастолический размер более 5,5 см по данным эхокардиографического исследования) беременность не рекомендована.

Все беременные с искусственными клапанами сердца относятся к категории высокого риска сердечно-сосудистых осложнений (ВОЗ III) [30]
--

В подавляющем большинстве случаев беременность у женщин с **пролапсом митрального клапана** протекает благоприятно и заканчивается нормальными родами.

D	Рекомендуется подбирать антикоагулянтную терапию женщинам с механическими клапанами с учётом эмбриотоксического эффекта антагонистов витамина К [30]
----------	--

Вопрос о возможности зачатия и вынашивания беременности у пациенток решается коллегиально.

D	Рекомендуется провести диагностику и лечение сердечно-сосудистых заболеваний, болезней органов дыхания, дисфункции щитовидной железы, коррекцию электролитных нарушений и других патологических состояний, способствующих развитию аритмий при ведении пациенток с нарушениями сердечного ритма на этапе планирования беременности [30]
----------	--

D	Рекомендуется назначить надежные методы контрацепции пациенткам, получающим антиаритмическую терапию в связи с возможным негативным влиянием их на плод
----------	---

Для предотвращения нарушений сердечного ритма необходимо выявить и устранить факторы, которые могут провоцировать её: употребление алкоголя, кофеина, курение, психоэмоциональные перегрузки (ощущение беспокойства, тревоги, страха и т.д.).

Во многих случаях выполнение вышеперечисленных мер оказывается достаточным для профилактики или купирования ряда аритмий либо для существенного снижения выраженности их клинических проявлений.

Синоатриальные блокады в подавляющем случае бессимптомны и не требуют специального лечения.

Синоатриальные блокады с симптомной брадикардией (пресинкопе, синкопе) служат показанием для имплантации искусственного водителя ритма.

Атриовентрикулярные блокады, как правило, протекают бессимптомно и не осложняют течение беременности и родов.

D	Рекомендуется провести профилактическую имплантацию электрокардиостимулятора до гестации при приобретённых блокадах II и III степени [30]
----------	--

**Модифицированная классификация риска сердечно-сосудистых осложнений
у беременных с кардиоваскулярными нарушениями по ВОЗ [30]**

Параметры	Группы риска		
	I	II	II – III
Диагноз	<ul style="list-style-type: none"> • Неосложнённый, незначительный или умеренно выраженный стеноз лёгочной артерии • ОАП • Успешно оперированный порок сердца (ДМПП, ДМЖП, ОАП, аномальный дренаж лёгочных вен). • Редкие предсердные или желудочковые экстрасистолы 	<ul style="list-style-type: none"> • Неоперированный ДМПП или ДМЖП. • Корригированная тетрада Фалло. • Большинство аритмий (суправентрикулярные аритмии). • Синдром Шерешевского–Тёрнера без дилатации аорты 	<ul style="list-style-type: none"> • Умеренно выраженное поражение ЛЖ (ФВ более 45%). • Гипертрофическая кардиомиопатия. • Заболевания клапанного аппарата, не соответствующее ВОЗ I или IV (незначительный митральный стеноз, умеренный аортальный стеноз). • Синдром Марфана без дилатации аорты. • Диаметр аорты менее 45 мм в сочетании с двустворчатым аортальным клапаном. • Оперированная коарктация аорты. • Открытый атриовентрикулярный канал
Риск материнской смертности	Не повышен	Незначительно повышен	Умеренно повышен
Вероятность осложнения со стороны ССС у матери	2,5–5%	5,7–10,5%	10–19%
ОЗ для наблюдения беременной	I уровня	I уровня	II уровня
Частота наблюдений кардиологом	1–2 раза в течение беременности	1 раз в триместр	1 раз в 2 месяца

Группа риска

Параметры	Группы риска	
	III	IV
Диагноз	<ul style="list-style-type: none"> • Значительное поражение ЛЖ (ФВ 30–45%). • Предшествующая перипарტальная кардиомиопатия без резидуального поражения ЛЖ. • Механический искусственный клапан. • Системный правый желудочек без нарушения или с незначительным нарушением функции. • Операция Фонтена. • Неоперированные пороки сердца с цианозом. • Другие сложные ВПС. • Митральный стеноз средней степени. • Выраженный аортальный стеноз без клинических проявлений. • Умеренная дилатация аорты средней степени (40–45 мм при синдроме Марфана; 45–50 мм при двустворчатом аортальном клапане, индекс размера аорты 20–25 мм/м² при синдроме Шерешевского–Тёрнера, менее 50 мм при тетраде Фалло). • Желудочковая тахикардия 	<ul style="list-style-type: none"> • Все случаи лёгочной гипертензии. • Выраженная дисфункция системного желудочка (ФВ менее 30%). • Предшествующая перипарტальная кардиомиопатия с резидуальным поражением ЛЖ. • Выраженный митральный стеноз, выраженный аортальный стеноз с клиническими симптомами. • Системный правый желудочек с выраженным или тяжёлым нарушением функции. • Дилатация аорты средней степени (более 45 мм при синдроме Марфана; более 50 мм при двустворчатом клапане аорты, индекс размера аорты более 25 мм/м² при синдроме Шерешевского–Тёрнера, более 50 мм при тетраде Фалло). • Синдром Элерса–Данлоса. • Тяжёлая (ре)коарктация. • Операция Фонтена в сочетании с другими нарушениями
Риск материнской смертности	Значительно повышен	Чрезвычайно повышен
Вероятность осложнения со стороны ССС у матери	19–27%	40–100%
ОЗ для наблюдения беременной	Специализированное учреждение	Специализированное учреждение

Частота наблюдений кардиологом	1 раз в месяц или 1 раз в 2 мес 1 раз в месяц	1 раз в месяц
---------------------------------------	---	---------------

Ожирение и метаболический синдром

На фоне ожирения (особенно абдоминального) и метаболических нарушений часто развиваются ановуляция и бесплодие. Даже если у такой пациентки наступило зачатие, беременность протекает с осложнениями. Своевременно корректируя массу тела и устраняя обменные нарушения, можно снизить риск преждевременных родов, ГСД, самопроизвольного аборта, тромбоэмболии, гипертензивных нарушений беременности, макросомии и ВПР, ЗРП, родовых травм, асфиксии и перинатальной гибели плода/ребёнка.

D	Рекомендуется консультировать перед зачатием и информировать о возможных осложнениях, а также поощрять пациенток с ожирением пройти программу снижения веса перед попыткой забеременеть [2-5]
----------	---

Даже незначительное снижение веса может оказать благотворное влияние на перинатальный исход. Во время беременности не рекомендуется снижать вес, но рекомендуется консультирование по поводу надлежащего увеличения веса. Цель должна заключаться в выработке устойчивых привычек в питании и физических упражнениях, которые помогут женщине поддерживать здоровый вес на протяжении всей жизни.

C	Рекомендуется определить уровень глюкозы в крови или провести оральный глюкозотолерантный тест и направить на консультацию к эндокринологу при выявлении ожирения [4-6]
----------	---

Интерпретация данных ИМТ:

- избыточная масса тела - ИМТ от 25 до 29,9 кг/м²;
- ожирение - от 30 кг/м² и выше:
 - I степени — 30–34,9;
 - II степени — 35–39,9;
 - III степени - 40 и более.

Окружность талии 80 см и более свидетельствует об абдоминальном типе ожирения. Нигроидный акантоз, выявленный при общем осмотре пациентки — клинический маркер инсулинорезистентности. Диагностику и лечение ожирения, а также связанных с ним метаболических нарушений осуществляет эндокринолог.

D	Рекомендуется назначить надежную контрацепцию на фоне лечения ожирения лекарственными средствами [4]
----------	--

D	Рекомендуется начать лечение ожирения с немедикаментозных методов [4]
----------	---

Комплекс мероприятий включает физические упражнения и соблюдение диеты («терапевтическая модификация образа жизни»). Снижение массы тела способствует нормализации менструального цикла, восстановлению овуляции и улучшению ряда метаболических показателей (в первую очередь углеводного обмена), что ассоциировано с уменьшением риска осложнений последующей гестации. Потеря массы тела может увеличить фертильность за счёт возобновления спонтанных овуляций.

D	Рекомендуется назначить фармакотерапию при неэффективности немедикаментозных методов (снижение массы тела менее 5% в течение 3 мес.) и пациенткам с сопутствующими патологическими состояниями (артериальной гипертензией, дислипидемией, синдромом обструктивного апноэ сна, СД 2-го типа) [4]
----------	---

B	Рекомендуется назначить метформин для повышения чувствительности тканей к инсулину при коррекции метаболического синдрома [4]
----------	---

B	НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ назначать метформин при лечении ожирения, не связанного с инсулинорезистентностью [4]
----------	--

B	Рекомендуется назначить прием фолатов при назначении метформина, т.к. он может повышать уровень гомоцистеина [4]
----------	--

C	Рекомендуется назначить фолаты в дозе 4000 мкг/сут на протяжении 1 мес. до зачатия и витамина D в дозе 6000–10 000 МЕ/сут) пациенткам с ожирением на прегравидарном этапе [4]
----------	---

При ожирении витамин D депонируется в адипоцитах, а инсулинорезистентность усугубляет его недостаток. Во время терапии рекомендовано контролировать уровень витамина D в сыворотке крови.

B	Рекомендуется проведение хирургического вмешательства при неэффективности терапевтической модификации образа жизни и медикаментозной терапии [4]
----------	--

Хирургическое лечение снижает смертность, способствует потере массы тела и ремиссии СД 2-го типа.

В	Рекомендуется проведение бариатрических операций пациенткам при ИМТ выше 40 кг/м ² или при ИМТ выше 35 кг/м ² и наличии тяжёлых заболеваний [4]
----------	---

Сахарный диабет

Глюкоза является тератогенной при высоких уровнях, а частота врожденных аномалий развития плода напрямую связана с гликемическим контролем в первом триместре. Хороший гликемический контроль во время органогенеза снижает частоту врожденных пороков развития. Уровни А1С до зачатия должны приближаться к тем, которые считаются нормальными у пациентов без диабета; национальные организации рекомендуют варьировать целевые показатели на уровне 7% или ниже. Беременность связана с более высокой частотой гипогликемии, снижением осознания гипогликемии, увеличением частоты диабетического кетоацидоза и прогрессированием диабетической ретинопатии и нефропатии [2-5].

Консультирование перед зачатием улучшает исходы беременности у женщин с диабетом и должно быть частью лечения диабета у женщин репродуктивного возраста. Уход до зачатия должен включать информирование женщин о влиянии диабета на исходы беременности и влияние беременности на диабет, оптимизацию гликемического контроля, скрининг сосудистых осложнений диабета, оценку использования лекарств и поощрение эффективного планирования семьи [2-5].

При планировании беременности рекомендовано добиться стойкой компенсации СД за 3–4 месяца до предполагаемого зачатия для профилактики ВПР плода и снижения рисков для матери и плода [2-5].

В	Рекомендуется информировать женщину/пару о том, что беременность можно планировать только после достижения целевых уровней глюкозы плазмы натощак/перед едой - до 6,1 ммоль/л, через 2 ч после еды — до 7,8 ммоль/л, концентрации гликированного гемоглобина 6% и менее [17]
----------	--

В	Рекомендуется перевести пациентку с СД на инсулинотерапию для обеспечения стойкой эугликемии на прегравидарном этапе [4]
----------	--

Препараты инсулина не проникают через плацентарный барьер и обеспечивают стабильную компенсацию углеводного обмена.

В	Рекомендуется отменить пероральные сахароснижающие препараты и назначить инсулинотерапию, если пациентка забеременела [5]
----------	---

В	Рекомендуется назначить высокие дозы фолатов (4 мг/сут) пациенткам с СД, получающим инсулинотерапию для профилактики ДНТ [4, 17]
----------	--

Необходимо использовать надёжные методы контрацепции на этапе компенсации СД. При наличии артериальной гипертензии отменить прием ингибиторов АПФ и Статинов на этапе планирования беременности из-за тератогенного действия на плод.

Болезни щитовидной железы

Заболевания щитовидной железы могут существенно повлиять на исходы беременности.

Гипотиреозом страдают 2,5% женщин репродуктивного возраста, и еще больше имеют субклиническую форму заболевания. Многие пациенты с гипотиреозом получают неадекватное лечение. Гипотиреоз в первом триместре связан с когнитивными нарушениями у детей. Гипотиреоз (клинический и субклинический) у беременных повышает риск преждевременных родов, низкой массы тела при рождении, отслойки плаценты и гибели плода [5].

У женщин, получавших адекватное лечение до беременности, а также у женщин, диагностированных и получавших лечение на ранних сроках беременности, нет повышенного риска перинатальной заболеваемости. Крайне важно наблюдать за женщинами, получающими заместительную терапию щитовидной железой, и информировать их о ее влиянии на течение беременности. Во время беременности дозы заместительной терапии щитовидной железой обычно необходимо увеличивать на срок от четырех до шести недель беременности, возможно, на 30% и более. Рутинный скрининг субклинического гипотиреоза не рекомендуется; тем не менее, женщины с факторами риска и симптомами заболеваний щитовидной железы должны проходить скрининг и лечить субклинический гипотиреоз [5].

Гипертиреоз может привести к значительной материнской и неонатальной заболеваемости, а результаты коррелируют с контролем заболевания. Рекомендации рекомендуют достижение эутиреоза до беременности [5].

Нарушение функций щитовидной железы ассоциировано с хронической ановуляцией, бесплодием, акушерскими и перинатальными осложнениями [5, 11, 16].

Гипотиреоз у большинства женщин протекает в субклинической форме. Гипофункция щитовидной железы повышает риск

самопроизвольных выкидышей, ПР, нейрокогнитивных расстройств у новорождённого. Распространённость гипотиреоза у беременных составляет около 2% [16].

У женщин с **гиперфункцией** щитовидной железы при концентрации ТТГ менее 0,1 мЕд/л в сочетании с высоким показателем свободного тироксина (Т4) повышен риск самопроизвольного выкидыша, ПР, ПЭ, ЗРП, увеличиваются показатели перинатальной смертности и заболеваемости [144].

Очевидна связь между **аутоиммунными заболеваниями** щитовидной железы и привычным выкидышем. Антитиреоидные АТ могут блокировать овуляцию и приводить к бесплодию. Они ухудшают прогноз уже наступившей беременности, повышая аутоиммунную реактивность и риск невынашивания, а также препятствуя активации функции щитовидной железы в ответ на возрастающие потребности.

По показаниям определяется концентрация ТТГ в плазме крови, при отклонении от нормы пациентка направляется к эндокринологу. У здоровых небеременных женщин при использовании высокочувствительных иммунометрических методов уровень ТТГ составляет 0,4–4 мЕд/л [16].

Планирование беременности требует обязательной компенсации гипотиреоза.

Наличие антител в высоких титрах ассоциировано с повышением риска невынашивания и недонашивания беременности, развитием гипотиреоза и послеродового тиреоидита у матери, но они связаны в большей степени с аутоиммунными, а не с эндокринологическими факторами. Необходимость терапии и подбор дозы левотироксина осуществляет эндокринолог.

В	Рекомендуется увеличить дозу левотироксина на 20-30% пациенткам с гипотиреозом при наступлении беременности [16]
----------	--

У женщин с гипотиреозом, планирующих беременность, на фоне лечения левотироксином целевой уровень ТТГ — менее 2,5 мЕд/л. Достижение этих показателей на этапе ПП позволяет избежать значительного увеличения дозы препарата при наступлении беременности [4, 16].

В	Рекомендуется назначить левотироксин в начальной дозе 50 мкг/сут при уровне ТТГ больше 2,5, но меньше 10 мЕд/л при наличии высокого уровня АТ в крови [4, 16].
----------	--

Концентрация ТТГ свыше 10 мЕд/л является показанием для назначения полной заместительной дозы левотироксина (2,3 мкг на 1 кг массы тела).

В	Рекомендуется проинформировать женщину с гипотиреозом, что при наступлении беременности она должна обратиться к эндокринологу для коррекции заместительной терапии (необходимо увеличить дозировку левотироксина) [4, 16].
----------	--

В	Не рекомендуется проводить заместительную терапию левотироксином при наличии антител и уровне ТТГ менее 2,5 мЕд/л [16].
----------	---

В	Рекомендуется проводить мониторинг уровня ТТГ при лечении гипотиреоза женщинам, планирующим беременность [16]
----------	---

Осложнения беременности при гиперфункции щитовидной железы обусловлены не только самим заболеванием, но и терапией тиреостатиками, поскольку они обладают тератогенным действием [16].

С	Рекомендуется информировать женщину с гипертиреозом о том, что планировать беременность можно только через год после терапии радиоактивным йодом [16]
----------	---

С	Рекомендуется направить пациентку на консультацию к эндокринологу для исследования функций щитовидной железы (уровень ТТГ и свободного Т4 в крови) до зачатия при выявлении антител к ткани щитовидной железы и/или ультразвуковых признаков аутоиммунного тиреоидита [4, 16].
----------	--

С	Рекомендуется назначить гестагены на прегравидарном этапе и во время беременности пациенткам с гипотиреозом при уровне ТТГ менее 2,5 мЕд/л или наличии антител [5]
----------	--

Первичный гипотиреоз нередко вызывает умеренное повышение пролактина; коррекция гипотиреоза нормализует выработку пролактина. Диагностику и лечение причин *гиперпролактинемии* проводит эндокринолог. Семейный врач может самостоятельно назначить обследование для исключения гиперпролактинемии при нарушениях менструального цикла, аменорее и бесплодии, а также

подобрать терапию функциональной гиперпролактинемии и микропролактиномы. Макропролактинома — сфера ответственности эндокринолога и нейрохирурга.

Повышение синтеза пролактина неблагоприятно сказывается на возможности зачатия, поскольку оно часто ассоциировано с нарушениями менструального цикла и ановуляцией. Гиперпролактинемия может также сочетаться с другими гормонально детерминированными заболеваниями — СПКЯ, задержкой полового созревания, ожирением, доброкачественной дисплазией молочных желёз, первичным гипотиреозом. Вне зависимости от причины при высоком уровне пролактина отмечают снижение выработки ФСГ и ЛГ; как следствие, развиваются гипогонадизм и бесплодие. До наступления беременности концентрацию пролактина необходимо нормализовать (и добиться сокращения макропролактиномы в размерах при её наличии), поскольку гиперпролактинемия ассоциирована с невынашиванием, замершей беременностью, ПЭ, а также со спазмом сосудов плаценты и головного мозга плода.

Рутинное исследование уровня пролактина при отсутствии жалоб на нарушения менструальной и репродуктивной функций не рекомендовано.

Воспалительные заболевания почек и мочевых путей

По данным Европейского общества урологов, половина женщин в мире, по меньшей мере, раз в жизни переносят инфекцию мочевых путей [4].

У 25–50% заболевших в течение ближайших 6–12 месяцев происходит рецидив [4].

Существует корреляция между наличием экстрагенитальных очагов хронической инфекции (в первую очередь в мочевых путях) и ухудшением маточно-плацентарного кровообращения. Кроме того, воспалительная реакция служит триггером ПР и ПЭ [4].

При отсутствии прегравидарной коррекции у каждой второй пациентки с хроническим пиелонефритом происходит обострение заболевания во время беременности [4].

Обследование и лечение хронических воспалительных заболеваний почек и мочевых путей проводит семейный врач, при необходимости — нефролог либо уролог в соответствии с действующими профильными клиническими рекомендациями.

На прегравидарном этапе рекомендовано лечение очаговых инфекционных процессов. Ликвидация очагов хронической инфекции, в том числе восстановление микробиоценоза влагалища и эубиоза кишечника, снижает частоту рецидивов инфекций мочевыделительной системы [4].

Эпилепсия

Судорожные расстройства являются наиболее распространенными неврологическими заболеваниями, поражающими беременных женщин, и как эти заболевания, так и их лечение могут неблагоприятно повлиять на течение беременности. Приблизительно у трети женщин с судорожными припадками во время беременности судороги случаются чаще. Судорожные расстройства связаны с невынашиванием беременности, низкой массой тела при рождении, отклонениями в развитии, микроцефалией и геморрагической болезнью новорожденных (индуцированной противоэпилептическими препаратами). Судорожные расстройства увеличивают риск врожденных аномалий, независимо от того, принимает ли мать лекарства. Учитывая повышенную частоту дефектов нервной трубки при приеме многих противоэпилептических препаратов, прием 4 мг фолиевой кислоты в день следует начинать не менее чем за месяц до зачатия и продолжать в первом триместре [4].

Период до зачатия важен для оценки того, можно или нужно пересмотреть медикаментозное лечение при эпилепсии.

В	Рекомендуется пересмотреть лечение вальпроевой кислотой и фенитоином до зачатия женщинам с эпилепсией, т.к. данные препараты связаны с риском развития тератогенеза [4]
----------	---

С	Рекомендуется перевести пациентку на карбамазепин, ламотриджин или леветирацетам с учетом времени, необходимого для постепенного снижения дозы и одновременного приема лекарств до наступления беременности [4]
----------	---

Туберкулез

У женщин, принимающих лечение по поводу активного легочного туберкулеза, при применении основных ПТП первого ряда чаще всего регистрируют нарушения эндокринного характера за счет их токсического действия на яичники и надпочечники: гинекомастию, галакторею, дисменорею, меноррагию (изониазид, рифампицин). При использовании ПТП второго ряда отмечают различные нарушения менструального цикла, характеризующиеся гипофункцией яичников (протионамид, этионамид) [31,32]. На этом фоне могут быть затруднения в зачатии.

У женщины, перенесшей туберкулез, беременность, роды и послеродовой период могут протекать без осложнений. Особенно благоприятное течение беременности, родов отмечено у женщин с

длительным, более 4-х лет, периодом после клинического излечения туберкулеза.

У женщин с промежуточным интервалом между излечением туберкулеза легких и наступлением настоящей беременности от 1 до 3 лет чаще возникают осложненное течение беременности и родов. Во время беременности у таких женщин чаще встречалась плацентарная недостаточность. В родах развивались осложнения в виде атонических и гипотонических кровотечений у каждой десятой женщины, в послеродовом периоде наблюдалась субинволюция матки у каждой третьей пациентки [31,32].

После перенесенного туберкулеза пациентке необходимо планировать беременность, учитывая совместные рекомендации фтизиатра и гинеколога.

D	Рекомендуется информировать пациентку о том, что планировать беременность можно после 4-х лет клинического излечения туберкулеза [31,32]
----------	--

Астма

Женщины с плохо контролируемой астмой до беременности чаще испытывают ухудшение симптомов во время беременности. Плохо контролируемая астма создает риски для плода, такие как неонатальная гипоксия, задержка внутриутробного развития, преждевременные роды, низкая масса тела при рождении, а также внутриутробная и неонатальная смерть. Уход перед зачатием должен быть направлен на оптимизацию контроля астмы с помощью лекарств, а также на выявление и снижение воздействия аллергенов. Пациенты должны быть проинформированы о прекращении курения и избегании пассивного курения.

D	Рекомендуется оптимизировать контроль астмы с помощью лекарственных средств, выявлять и снижать воздействие аллергенов [4]
----------	--

Тромбофилия

Важно информировать женщин с тромбофилией о рисках беременности, чтобы они могли принимать обоснованные решения о зачатии.

D	Рекомендуется информировать женщин о том, что при тромбофилии повышается склонность к образованию венозных и артериальных тромбов во время беременности и повышает риск развития преэклампсии [4]
----------	---

Воздействие на плод включает инфаркт плаценты, задержку внутриутробного развития, отслойку плаценты, привычный выкидыш, инсульт плода и гибель плода.

С	Рекомендуется отменить препарат варфарин при наступлении беременности женщинам с тромбофилией, т.к. оказывает тератогенный эффект [4]
----------	---

Д	Рекомендуется перевести женщину на более безопасный для плода режим лечения еще до беременности и рассмотреть возможность генетического тестирования на наследственную тромбофилию [4]
----------	--

5. Профилактические мероприятия

Прегавидарная вакцинация

Вакцина от **гепатита В** на 95% эффективна в предотвращении инфицирования вирусом гепатита В и хронических последствий его инфекции. Все младенцы должны получать свою первую дозу вакцины против гепатита В как можно скорее после рождения (т.е. в течение 24 часа). Следует проконсультировать женщину и предложить ей вакцинацию против гепатита В.

Если пациентка до наступления беременности серонегативна в отношении вируса **кори и краснухи** (отсутствуют специфические IgG), то перед планированием зачатия рекомендовано провести вакцинацию. Женщинам рекомендуется избегать беременности в течение как минимум 1-3 месяца после вакцинации от краснухи [2-5].

Вакцинацию **против дифтерии и столбняка** проводят каждые 10 лет от момента последней ревакцинации согласно Национальному календарю прививок.

С	Рекомендуется проверить статус вакцинации против ВГВ и предложить женщине вакцинацию против гепатита В до наступления беременности [2-5].
----------	---

С	Рекомендуется проверить статус вакцинации против дифтерии, столбняка и предложить женщине вакцинацию против дифтерии и столбняка [2-5].
----------	---

В	Рекомендуется проверить статус вакцинации против гепатита В, дифтерии, столбняка методом ИФА (определение специфических IgG) [2-5].
----------	---

Физическая активность [3, 23]

Оптимальная физическая активность способствует общему здоровью, снижая риск хронических заболеваний, включая болезни сердца,

инсульт, гипертонию, некоторые виды рака, диабет 2 типа и остеопороз. Физические упражнения также важны для снижения и поддержания веса, и они оказывают положительное влияние на психическое здоровье и благополучие.

Рекомендации по физической активности предлагают 150 минут в неделю умеренной или интенсивной физической активности или 30 минут в день в большинстве дней для взрослых в возрасте 64 лет и младше.

Адекватная физическая активность позволяет улучшить общее самочувствие, активизировать обменные процессы в организме.

Физические упражнения и прогулки улучшают кровообращение в органах малого таза мужчин и женщин, тем самым благоприятно влияя на работу репродуктивной системы.

Нет никаких доказательств, подтверждающих какие-либо пагубные последствия упражнений такого рода в период до зачатия или во время беременности. Противопоказаны некоторые виды физических упражнений, такие как высококонтактные виды спорта и подводное плавание. Нет доказательств, позволяющих ответить на конкретные вопросы, такие как "Какое расстояние можно пробегать?" или "Какой вес я могу поднимать?".

С	Рекомендуется информировать женщин о регулярных физических нагрузках умеренной интенсивности [3].
----------	---

Регулярные физические нагрузки умеренной интенсивности - уровень физической активности, который несколько повышает частоту сердечных сокращений и оставляет ощущение тепла и легкой одышки (при быстрой ходьбе, плавании, езде на велосипеде по ровной поверхности, танцах).

В таблице приведены рекомендации Королевского колледжа акушеров и гинекологов (RCOG) по упражнениям для женщин в период до зачатия и беременности [23].

Рекомендации по упражнениям для женщин в период до зачатия и беременности

Тип упражнений	Продолжительность	Интенсивность	Другая информация
Аэробные	150-300 минут физической активности умеренной интенсивности в неделю ИЛИ	Оценка проводится с помощью целевой ЧСС: Возраст <20 лет: 140-155 ударов в минуту	Женщины должны стремиться быть активными в большинстве дней недели.

	75-150 минут активной деятельности в неделю Сочетание этих двух факторов зависит от базового уровня физической подготовки	Возраст 20-29 лет: 135-150 ударов в минуту Возраст 30-39 лет: 130-145 ударов в минуту Возраст >40 лет: 125-140 ударов в минуту	Тренировки должны длиться не более 60 минут. Обеспечить адекватное питание и употребление воды
Силовые	Две силовые тренировки в неделю в не последовательные дни	От одного до двух подходов по 12-15 повторений для каждой группы мышц	Можно использовать легкий вес или полосы сопротивления
Контактные	Избегайте контактных видов спорта, видов спорта с риском падения и подводного плавания		

Поскольку физические упражнения умеренной интенсивности не оказывают негативного влияния на фертильность или беременность и не влияют на риск самопроизвольного аборта, женщины могут безопасно продолжать быть умеренно физически активными на любом этапе подготовки к планируемой беременности.

Хотя частые интенсивные физические упражнения могут повлиять на менструальную функцию, в настоящее время не существует доказательств того, что физические упражнения являются причиной бесплодия, за возможным исключением олигоменореи и ановуляции. Тем не менее, женщины должны быть осведомлены о том, что гипертермия (например, горячие ванны, сауна) может оказывать тератогенное воздействие и особенно связана с риском развития врожденных аномалий; этот потенциальный риск наиболее высок в первые недели беременности.

Воздействие окружающей среды [2-5]

Около 3 миллиардов человек во всем мире подвергаются загрязнению воздуха внутри помещений из-за использования твердого биотоплива. Женщины и дети подвергаются наибольшему риску, поскольку они проводят большую часть своего времени дома. Загрязнение воздуха в помещении может привести к хронической обструктивной болезни

легких и раку легких. Это также может быть фактором риска первичного или реактационного туберкулеза. Во многих странах использование биотоплива для приготовления пищи проблематично и в других отношениях, поскольку женщины обычно отвечают за сбор коровьего навоза, дров или угля. Это также увеличивает риск ожогов женщин и детей.

Ионизирующее излучение может привести к выкидышу в первом триместре, задержке роста плода, нарушению мозгового кровообращения, микроцефалии.

Пестициды могут вызвать самопроизвольный аборт, рак в детском возрасте. Загрязнение свинцом или ртутью также приводят к выкидышу, мертворождению, анемии, поражению центральной нервной системы плода, задержке роста, преждевременным родам.

Загрязнение воздуха в помещении вызывают мертворождение, хроническую обструктивную болезнь легких, рак легких (от угля), пневмонию, задержку роста плода. Если женщина, планирующая беременность, работает на производстве с вредными факторами, ей надо тщательно следить за техникой безопасности, использовать технические средства, устройства, оборудование, а также определенные мероприятия, позволяющие предотвратить или уменьшить воздействие на работников вредных и опасных производственных факторов. При подозрении на беременность или при констатации факта беременности необходимо обсудить с работодателем вопрос перехода на другую работу согласно Закону КР от 1 августа 2003 года № 167 «Об охране труда» (в редакции Законов КР от 17 апреля 2009 года № 127, 31 октября 2014 года № 149, 26 июля 2016 года № 142).

Работа за компьютером входит в разряд профессиональных вредностей, хотя нет четких доказательств или известных случаев отрицательного влияния работы за компьютером на течение беременности и состояние плода. Электромагнитное излучение, исходящее от компьютера (как от монитора, так и от системного блока) отрицательно влияет на нервную систему (как и долгое сидение перед телевизором), но более глубоко механизм его действия на человека не описан. В любом случае, общение беременной с компьютером надо ограничить (если невозможно его полностью прекратить).

В комнате установить больше живых растений, можно использовать другие методы и аппараты защиты.

D	Рекомендуется информировать женщин о важности делать регулярные перерывы в работе, отходить от компьютера, делать упражнения для мышц тела и отдельные упражнения для глаз; при этом непрерывная работа не должна
----------	---

продолжаться более 45 минут и отдых между сессиями должен составлять 15 минут [2,5]

6. Насилие со стороны интимного партнера [2, 3]

Травмы, как случайные, так и преднамеренные, являются ведущей причиной смерти женщин репродуктивного возраста. Насилие часто начинается во время беременности, а если оно уже имеет место, оно может обостриться и продолжаться в послеродовой период. Рекомендуется проводить скрининг женщин по крайней мере один раз в каждом триместре всякий раз, когда отмечаются кровоподтеки, маловероятные травмы или подавленное настроение.

Психосоциальные проблемы — это небиеомедицинские факторы, влияющие на психическое и физическое благополучие. Скрининг факторов риска может помочь предсказать внимательность женщины к вопросам личного здоровья, использование ею дородовых услуг и состояние здоровья ее потомства. Психосоциальный скрининг должен включать оценку факторов риска, таких как: препятствия для ухода, нестабильное жилье, незапланированная беременность, барьеры в общении, питание, употребление табака, употребление психоактивных веществ, депрессия, безопасность, насилие со стороны интимного партнера и стресс.

Помимо непосредственных физических и эмоциональных последствий, насилие со стороны интимного партнера может привести к пожизненным последствиям, таким как физические и психологические травмы и хронические проблемы со здоровьем. Такие действия могут непосредственно повлиять на репродуктивное здоровье, что связано с гинекологическими проблемами, осложнениями беременности, нежелательной беременностью и инфекциями, передаваемыми половым путем. Женщины, подвергающиеся регулярным актам насилия, могут стать жертвами такого жестокого обращения даже во время беременности, что оказывает пагубное воздействие на плод.

Учитывая негативное воздействие на здоровье матерей и новорожденных, при консультировании предполагается ряд возможного воздействия при насилии:

- Изучение социальной и инструментальной поддержки (включая жилье и финансы), предоставляемой партнером, семьей и друзьями.
- Обсуждение страха (или фактического) физического, психологического или финансового ущерба со стороны нынешнего или прошлого партнера.
- При необходимости обсуждение вопросов о безопасности и предоставлении информации об убежищах и доступных услугах. Поскольку безопасность женщины всегда имеет первостепенное значение, важно проявлять осторожность, если члены семьи присутствуют во время таких обсуждений.

Группы общей поддержки могут быть способны сократить число случаев насилия в семье или, по крайней мере, повысить осведомленность среди таких женщин и создать систему, в которой такие женщины могли бы чувствовать себя в безопасности, сообщая о таких случаях.

D	Рекомендуется проводить конфиденциальный опрос женщины на предмет насилия со стороны интимного партнера [2,3]
----------	---

При консультировании необходимо предоставлять адреса служб, которые оказывают психологическую и юридическую поддержку жертвам насилия:

<p>1. Кризисный центр «Алтынай» Иссык-Кульская область, г. Чолпон-Ата. Тел. +996 (03943) 4 41 37 Эл. почта: altynai1951@mail.ru Сфера деятельности: консультации юриста, психолога, врача-гинеколога; предоставление убежища; представление интересов потерпевших в суде. Телефон доверия: +996 (03934) 4 41 37</p> <p>2. «Ак-Журук» - морально-психологический центр г. Ош, тел. +996 (3222) 2 97 57 Эл. почта: kjurok05@rambler.ru Сфера деятельности: оказание морально-психологической помощи женщинам, пострадавшим от насилия; телефон доверия; группы поддержки; информационно-образовательная работа с населением.</p> <p>3. Кризисный центр «Акылкарачач» (общественное объединение «Эне назары») Ошская область, Алайский район, с. Гульча, Тел.: +996 (03234) 2 60 33, 2 61 31 Эл. почта: ene-naz@mail.ru Сфера деятельности: очные и выездные консультации психолога и юриста; телефон доверия; предоставление кредитов для женщин, потерпевших насилие; предоставление убежища.</p> <p>4. Кризисный центр «Аруулан» (Ошский областной ЦЖИ «Аялзат») г. Ош, тел. +996 (03222) 5 56 08 Эл. почта: ayalzat@netmail.kg Сфера деятельности: телефон доверия; очные консультации психолога, юриста, гинеколога; предоставление убежища.</p>
--

5. «Даршайым» - Центр профилактики насилия

г. Бишкек, тел. +996 (0312) 64 93 50

Эл. почта: darshayim@mail.ru, mairash_1955@mail.ru

Сфера деятельности: консультационная; обучающая; информационная.

6. Кризисный центр «Жаныл мырза» (общественный фонд «Омур Булагы»)

Баткенская область, г. Баткен

Тел. +996 (03622) 2 20 27

Эл. почта: kalybek2003@mail.ru

Сфера деятельности: телефон доверия; очные консультации психолога, юриста; предоставление убежища.

7. Кризисный центр «Каниет» (Ассоциация «Женщины-лидеры Джалал-Абада»)

г. Джалал-Абад. Тел. +996 (03722) 5 50 84

Эл. почта: j_saralaeva@mail.ru

Сфера деятельности: телефон доверия; очные консультации психолога, юриста, врача-гинеколога; предоставление убежища.

8. «Маана» (общественный фонд «Аялзат»)

г. Талас. Тел.: +996 (03422) 5 38 18 (р.), 5 55 81

Эл. почта: ayalzat97@mail.ru; ayalzat@mail.ru

Сфера деятельности: телефон доверия; консультации: юриста, психолога, врача; предоставление временного убежища (до 10 дней); представление интересов в суде; оказание материальной и финансовой помощи; трудоустройство пострадавших от насилия; определение детей пострадавших от насилия в школы, интернаты; просветительская и информационная деятельность.

9. Общественное объединение «Мээрбан»

г. Ош, +996 (03222) 7 40 06 , 7 40 17

Эл. почта: meerban.osh@mail.ru

Сфера деятельности: консультационная; обучающая; информационная; проведение эдвокаси кампаний.

10. Кризисный центр «Тендеш», г. Бишкек

+996 (03522) 5 37 70, 5 02 70 (ф.), г. Нарын

Эл. почта: ngo-tendesh@rambler.ru

Сфера деятельности: телефон доверия; очные консультации: психолога, юриста, врача; предоставление убежища.

11. «Сезим» кризисный психологический центр для женщин и семьи

г. Бишкек, +996 (0312) 316 466; 51 26 40.

Эл. почта: sezim2008@gmail.com

Сфера деятельности: круглосуточный телефон доверия; убежище для женщин; прием пострадавших от семейного насилия (прием с детьми не новорожденными); консультации психолог, юриста, терапевт; информационно-образовательная работа с населением.

12. Кризисный центр «Шанс»

г. Бишкек, пр. Чуй, 207, каб. 510

+996 312 613227, +996 709710320

Эл. почта: chance-cc@mail.ru

Сфера деятельности: телефон доверия; очные консультации психолога, юриста; издательская деятельность; информационно-образовательная работа с населением.

13. Центр помощи и реабилитации женщин "Химая" г. Каракол

временное убежище (до 14 дней); социально-правовое сопровождение; консультации различного характера; при необходимости, юридическое сопровождение; помощь в реабилитации

Телефоны: 0551733390 (смс), 0702223535.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
2. Guidelines for Preconception care, American College of Obstetricians and Gynecologists, <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/01/prepregnancy-counseling>, 2020
3. Family-Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines. Chapter 2: Preconception care. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/maternity-newborn-care-guidelines-chapter-2.html>;
4. Прегравидарная подготовка. Клинический протокол Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС). Версия 2.0 / [Коллектив авторов]. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2020. — 128 с.
5. Australian Journal of General Practice. Preconception care, Volume 47, Issue 7, July 2018
6. Vitamin D: supplement use in specific population groups Public health guideline Published: 26 November 2014. Last updated 30 August 2017 <https://www.nice.org.uk/terms-and-conditions#notice-of-rights>.
7. Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition Clinical guideline Published: 22 February 2006. Last updated 4 August 2017, www.nice.org.uk/guidance/cg32.
8. [Iwona Strzelecka](#), [Maciej Słodki](#), [Jędrzej Chrzanowski](#) [3](#), [Giuseppe Rizzo](#) [4](#), [Maria Respondek-Liberska](#) [2](#), [International Prenatal Cardiology Collaboration group](#). An investigation of the optimal inter-pregnancy interval following pregnancy with a fetus with congenital heart disease // Arch Med Sci. 2019 Jul 11; 18 (2):388-394. doi: 10.5114/aoms.2019.86186.e Collection 2022.
9. Национальный календарь прививок, приказ МЗ КР № 1131 от 23.12.2019 г.
10. Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению идиопатической тромбоцитопенической пурпуры (первичной иммунной тромбоцитопении) у взрослых (редакция 2018 г.)
11. Приказ МЗ КР №121 от 21.01.2021г. КП КР “Железодефицитная анемия: скрининг, профилактика и лечение”.
12. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, second edition. © World Health Organization 2021.
13. Клиническое руководство по лечению и диагностике сифилиса, гонореи, хламидиоза принято Экспертным советом по оценке качества клинических руководств/протоколов и утверждено Приказом МЗ КР № 680 от 17.12.12г.

14. Клинический протокол «Синдромный подход к ведению пациентов с ИППП» Утвержден приказом МЗ КР №54 от 29.01.2014 г.
15. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections, WHO 2021, ISBN 978-92-4-002416-8 (electronic version); ISBN 978-92-4-002417-5 (print version)
16. Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum; 2017 Mar; <https://doi.org/10.1089/thy.2016.0457>
17. Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Medical Care in Diabetes—2022 American Diabetes Association Professional Practice Committee Diabetes Care 2022;45(Supplement_1):S232–S243 <https://doi.org/10.2337/dc22-S015>
18. Kwon S, Lazo-Escalante M, Villaran M, Li C. Relationship between interpregnancy interval and birth defects in Washington State. *J Perinatol.* 2012;32(1):45-50.
19. Wong LF, Schliep KC, Silver RM, Mumford SL, Perkins NJ, Ye A, et al. The effect of a very short interpregnancy interval and outcomes following a previous pregnancy loss. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;212(3):375.e1-11.
20. Клиническое руководство по планированию семьи с применением имплантатов и инъекционных форм прогестиновых контрацептивов, 2020г. Приказ МЗ КР № 216 от 02.04.2020г.
21. Клиническое руководство «Ведение беременности, родов и послеродового периода у женщин, употребляющих психоактивные вещества», приказ МЗ КР №42 от 18 января 2017 г.
22. Национальный статистический комитет Кыргызской Республики (Нацстатком), Министерство здравоохранения [Кыргызская Республика] и ICF International 2013. Медико-Демографическое Исследование Кыргызской Республики 2012. Бишкек, Кыргызская Республика и Calverton, Maryland, США: Нацстатком, Минздрав и ICF International.
23. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Physical activity for pregnant women (Infographic). London: RCOG, 2017. Search PubMed. Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Exercise during pregnancy. Melbourne: RANZCOG, 2016. Search PubMed.
24. «Поддержка сексуального и репродуктивного здоровья людей, живущих с ВИЧ/СПИДом» для всех уровней организаций здравоохранения, Приказ МЗ КР № 54 от 29.11 2017г.
25. «Оказание психологической помощи лицам, пострадавшим от гендерного насилия» Практическое руководство для всех уровней организаций здравоохранения, Приказ МЗ КР № 42 от 17.01 2017г.
26. EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection // *Journal of Hepatology.* 2017. Vol. 67. P. 370–398.

27. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата «Рибавирин-ЛИПИИТ». ГРЛС, 2015. — URL: http://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx.routingGuid=70f3c526-aa21-4caa-933c-9be6863d8cdb&t=.
28. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Clinical Practice Guideline. Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth. Number 155, March 2018. J Obstet Gynaecol Can. 2018;40(3):e195-e207.
29. Чазова И.Е., Жернакова Ю.В. от имени экспертов. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение артериальной гипертензии // Системные гипертензии. 2019. №16 (1). С6–31.
30. Modified World Health Organization classification of maternal cardiovascular risk. — URL: <https://academic.oup.com/view-large/186437995>.
31. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза. Москва; 2014. Ссылка активна на 16.08.2016. Доступно по: roftb.ru/netcat_files/doks/protokoll.pdf.
32. Мордык А.В., Кравченко Е.Н., Мубарякова Г.А., Пузырева Л.В. Материнство после перенесенного туберкулеза / Мать и дитя в Кузбассе, №2(57) 2014.
33. <https://www.cdc.gov/preconception/planning.html>

СОСТАВ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ

Для обновления и своевременного пересмотра клинического руководства по прегравидарной подготовке на всех уровнях оказания медицинской помощи была создана мультидисциплинарная рабочая группа (МДРГ) из специалистов разного профиля. Это было обусловлено следующими причинами:

- Прегравидарная подготовка является комплексом диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, направленных на оценку состояния здоровья и подготовку половых партнеров к зачатию, последующему вынашиванию беременности и рождению здорового ребенка; обеспечение оптимального уровня их физической и психологической готовности к наступлению беременности на основе оценки факторов риска и проведение мероприятий по уменьшению или устранению их воздействия.
- Создание мультидисциплинарной группы позволило включить в процесс разработки клинического руководства все заинтересованные стороны, участвующие в оказании медицинской помощи по прегравидарной подготовке.
- Создание мультидисциплинарной группы позволило исключить конфликт интересов разработчиков.

Цель: Повышение качества оказания квалифицированной медицинской помощи потенциальным родителям на этапе прегравидарной подготовки, для снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

Задачи:

1. Внедрить в практику научно-обоснованные рекомендации по прегравидарной подготовке на всех уровнях организаций здравоохранения КР.
2. Применить алгоритм действий при проведении консультирования на всех уровнях оказания медицинской помощи по прегравидарной подготовке для:
 - своевременной диагностики сопутствующих заболеваний и состояний;
 - правильного квалифицированного ведения по прегравидарной подготовке.

Целевая группа. Клиническое руководство рекомендуется использовать для прегравидарной подготовки женщин репродуктивного возраста и ее партнеров, планирующих беременность согласно предлагаемым рекомендациям.

Ожидаемые результаты применения клинического руководства:

внедрение в практику научно-обоснованных принципов и подходов по

прегравидарной подготовке будет способствовать улучшению перинатальных исходов, снижению материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

Руководитель рабочей группы по созданию руководства (согласно приказа МЗ КР №498 от 03.05.2022.)

Асылбашева Р.Б. главный специалист Управления организации медицинской помощи и лекарственной политики МЗ КР

Ответственные исполнители

Лисицына О.И. научный сотрудник НЦОМид
Максимова Э.М. заведующая ЦПС «Брак и семья» НЦОМид, к.м.н.
Болоцких И.В. ассистент кафедры семейной медицины КГМИПиПК им.С.Б.Даниярова
Василевская Н.М. акушер-гинеколог КНЦРЧ
Давлотова Г.С. врач-генетик КНЦРЧ
Шерипова З.К. психолог ЦПС «Брак и семья» НЦОМид
Бозгорпоева Б.Б. директор ОО «КАПС».

Ответственные исполнители осуществляли систематизацию и обновление ключевых рекомендаций из выбранных международных клинических руководств путем адаптации, предоставили обобщенные данные по ссылкам для формирования клинического содержания обновленного руководства.

Консультанты

Султаналиева Р.Б. заведующая курсом эндокринологии КГМИПиПК им. С.Б.Даниярова, д.м.н., профессор
Полупанов А.Г. главный научный сотрудник НЦКТ им. М.М.Миррахимова, д.м.н., профессор
Джумабаев М.Н. заместитель директора по лечебной части НЦКТ им. М.М.Миррахимова, к.м.н.
Хакимходжаев З.Ш. врач уролог-андролог НГ

В эту группу вошли представители специальностей, наиболее часто участвовавшие при консультировании по прегравидарной подготовке. Они были приглашены из ведущих организаций здравоохранения Кыргызской Республики. Приглашение медицинских консультантов в состав разработчиков позволило обсудить применимость отдельных рекомендаций в реальной медицинской практике, а также вопросы применимости руководства в организациях здравоохранения амбулаторного уровня Кыргызской Республики.

Протоколы согласительных заседаний мультидисциплинарной рабочей группы (МДРГ) по разработке клинического руководства велись в

соответствии с установленным порядком, ответственной за ведение протоколов была МаксUTOва Э.М.

Все члены группы подписали декларацию о конфликте интересов.

Работе МДРГ оказывала техническую и методическую помощь ЮНФПА и ОО «Кыргызский альянс планирования семьи».

Декларация конфликта интересов

Перед началом работы по разработке клинического руководства, на рабочем совещании согласительной комиссии, проведенном 22 ноября 2021г., все члены рабочей группы дали согласие сообщить в письменной форме о наличии финансовых взаимоотношений с фармацевтическими компаниями. Никто из членов авторского коллектива не заявил о наличии коммерческой заинтересованности или другого конфликта интересов с фармацевтическими компаниями или другими организациями, производящими продукцию для прегравидарной подготовке.

Клиническое руководство подготовлено при содействии Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА) и ОО «Кыргызский альянс планирования семьи».

Методологическая поддержка

- | | |
|----------------|--|
| Зурдинова А.А. | зав. каф. базисной и клинической фармакологии КРСУ, проф., д.м.н., эксперт-методолог по ДМ |
| Шараева А.Т. | доцент каф. базисной и клинической фармакологии КРСУ, к.м.н., специалист по семейной медицине, эксперт-методолог |
| Суранова Г.Ж. | доцент каф. протедтерапии и семейной медицины МВШМ МУК, к.м.н. |

Экспертом-методологом оказывалась методологическая поддержка по систематизированному поиску имеющихся международных клинических руководств, критическая оценка найденных руководств инструментом AGREE GRS, методологическая поддержка при формировании ключевых рекомендаций по представленной информации от МДРГ, формирование методологического содержания разработанного руководства.

Оценка клинического содержания (рецензенты)

- | | |
|---------------|--|
| Швабский О.Р. | Заместитель генерального директора ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора |
| Самигулина А. | д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии КГМИПКиПК |

Процесс обсуждения клинического руководства

3 февраля 2022 года проведены обсуждения клинического руководства со всеми заинтересованными сторонами с учетом появления новых данных по прегравидарной подготовке: специалистами МЗ КР (Асылбашева Р.С.), специалистами ДМ (Зурдинова А.А.), другими составителями данного руководства (Максутова Э.М., Болоцких И.В. и др.). 24 января, 21 февраля, 25 марта, 15 апреля, 20 июня 2022 года были расширенные заседания с МДРГ по обсуждению финального формата и клинического содержания подготовленного клинического руководства. 5 августа 2022 года прошло онлайн-заседание с главным внештатным специалистом МЗ КР (Аскеров А.А.) и членами Кыргызской ассоциации акушеров-гинекологов и неонатологов. Полученные рекомендации были приняты и внесены в документ с учетом найденных доказательств.

Процесс апробации клинического руководства

В течение мая 2022 года были разработаны алгоритмы действия врача, памятка для пациентов, которые апробированы в НЦОМид. От непосредственных пользователей были получены комментарии и отзывы по содержанию, формату представления, удобству применения и возможности использования ключевых рекомендаций на местах в виде кратких алгоритмов.

СТРАТЕГИЯ ПОИСКА МЕЖДУНАРОДНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ ПО ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ

На сегодняшний день в мире разработано и обновлено большое количество разнообразных клинических руководств, рекомендаций и других документов, посвященных прегравидарной подготовке.

Рабочей мультидисциплинарной группой было принято решение об адаптации уже разработанных международных клинических руководств высокого методологического качества, основанных на принципах доказательной медицины, для всех уровней здравоохранения Кыргызской Республики.

ОПИСАНИЕ ПРОЦЕССА ПОИСКА И ОЦЕНКИ СУЩЕСТВУЮЩИХ КЛИНИЧЕСКИХ РУКОВОДСТВ ПО ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ

Поиск клинических руководств по прегравидарной подготовке осуществлялся в международных доступных электронных базах данных в сети Интернет.

Найденные электронные базы данных по клиническим руководствам и практическим рекомендациям

Страна и название ресурса	Интернет-адрес
<i>Международная ассоциация</i>	
Всемирная организация здравоохранения (World Health Organization, WHO)	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78067/9789241505000_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69855/WHO_RHR_07.1_eng.pdf;jsessionid=51370682A411BB95107F5EE132060FD7?sequence=1
Международная федерация акушеров-гинекологов	www.figo.org
<i>Америка</i>	
American Congress of Obstetrics and Gynecology (ACOG)	https://www.acog.org/clinical-information/physician-faqs/-/media/3a22e153b67446a6b31fb051e469187c.ashx http://apecguidelines.org/wp-content/uploads/2016/07/Routine-Prenatal-Care-6-30-2015.pdf https://www.health.ny.gov/publications/2026/
CDC	https://www.cdc.gov/preconception/documents/Pregnancy_Planner_508.pdf

KK Womens and Children Hospital	https://www.healthhub.sg/live-healthy/1698/guide-1-pre-pregnancy-preparations
American Family Physicians	https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2013/1015/p499.html#:~:text=Preconception%20care%20should%20include%20educating,and%20encouraging%20effective%20family%20planning.
Канада	
Government of Canada Public Health Agency of Canada	www.canada.ca https://www.canada.ca/en/health-canada/services/food-nutrition/healthy-eating/healthy-weights/prenatal-guidelines-professionals-gestational-weight-gain.html https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/effect-maternal-weight-pregnancy-outcomes.html https://www.canada.ca/en/public-health/services/reports-publications/fetal-alcohol-spectrum-disorder-fasd-framework-action.html
Canadian Action Network	https://www.nicotinedependenceclinic.com/english/canadapt/guideline/introduction.aspx
Canadian guideline for physical activity throughout pregnancy	https://bjsm.bmj.com/content/52/21/1339?fbclid=IwAR1tK1sMh9gHdAYUP0kUefD0ThzkXzrj9e-6fuU7dggDcqRaKwnGufjY9Jc
Великобритания	
National Institute for Clinical Excellence (NICE)	https://www.nice.org.uk/guidance/ng201/chapter/Recommendations
Public Health England	https://www.nhs.uk/pregnancy/trying-for-a-baby/planning-your-pregnancy/
Австралия	
Australian Obstetrics & Gynecology	https://www.oandg.com.au/documents/pre-pregnancy-checklist
Australian Journal of General Practice	Volume 47, Issue 7, July 2018, https://www1.racgp.org.au/ajgp/2018/july/preconception-care
Россия	
Министерство здравоохранения РФ	https://rpc03.ru/wp-content/uploads/2016/09/Pregravidarnaja-podgotovka.compressed.pdf

Найденные клинические руководства были оценены мультидисциплинарной рабочей группой.

Критерии включения/исключения

24 января 2022 года рабочая группа провела четкие ограничения по вопросам клинического руководства, которые необходимо было пересмотреть. В качестве опорных клинических руководств выбраны только те, которые были обновлены с применением подходов доказательной медицины за последние годы – 2017-2020 года и

посвящены прегравидарной подготовке для всех уровней здравоохранения.

№	Название руководства	Качество	Но-визна	Приме-нимость	Варианты действий
1	Guidelines for perinatal care, ACOG, 2020 [2]	++	+++	++	Взята за основу при разработке, рекомендации по ведению и наблюдению
2	Прегравидарная подготовка. Клинический протокол, РФ, МАРС, Москва, 2020 [4]	+	++	++	Рекомендации по ведению, консультациям, обследованиям, доступен на русском языке
3	Preconception care. GCPHAC 2017 [3]	+	+	++	Взяты отдельные рекомендации по ведению и прегравидарной подготовке на амбулаторном уровне
4	Preconception care, Australian Journal of General Practice 2018 [5]	+	+	++	Взяты отдельные рекомендации по ведению и прегравидарной подготовке на амбулаторном уровне

Были установлены языковые ограничения, так как рабочая группа имела возможность изучать источники литературы только на английском и русском языках.

Оценка найденных клинических рекомендаций и доказательств

В результате проведённого поиска было найдено обновленных 7 клинических руководств по прегравидарной подготовке, которые содержали необходимую информацию, соответствующую задаче рабочей группы (см. табл. Характеристика отобранных клинических руководств).

Характеристика отобранных клинических рекомендаций по прегравидарной подготовке

Предпочтение по разработке руководства основывались на вебсайте AFP, ACOG, MARC. По черновому варианту были получены комментарии и замечания специалистов. Обновление данного руководства предполагается по мере появления новых данных.

Так как в найденных клинических руководствах мультидисциплинарной рабочей группой были найдены необходимые рекомендации по прегравидарной подготовке, то дополнительный поиск медицинских публикаций (мета-анализов, систематических обзоров, РКИ и др.) в международных базах данных не проводился.

Шкала уровней доказательности и градации рекомендаций

В связи с тем, что на сегодня существует четкие доказательства по прегравидарной подготовке, консультированию и ведению, основные клинические рекомендации представлены на основании рекомендаций выбранных международных руководств, которые были приняты за основу группой разработчиков национального руководства при обсуждении (с использованием метода Делфи).

Все ключевые рекомендации в клиническом руководстве выделены в рамки-боксы. Ключевые рекомендации с представлением их уровни доказательности и убедительности были адаптированы по шкале на 4 уровня А, В, С, D.

А	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты
В	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с не высоким (+) риском систематической ошибки
С	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+)
Д	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование, или мнение экспертов

Данное национальное клиническое руководство дополнено краткими клиническими алгоритмами для ПМСП, стандартами и индикаторами для оценки внедрения руководства (*Приложения 1-4*).

ПРИЛОЖЕНИЕ АЗ

**ЧЕК-ЛИСТ ДЛЯ СБОРА АНАМНЕЗА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ
ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ**

№	Этапы оценки	Отметка о выполнении		Комментарии (выделить факторы риска)
		да	нет	
1.	Сбор информации о социальном статусе пары (возраст, внутрисемейные отношения, в т.ч. элементы насилия, уровень образования, уровень дохода)			
	Беседа «Оптимальный возраст и интервал между родами»			
2.	Сбор информации о питании, образе жизни и вредных привычках потенциальных родителей (употребление ПАВ-алкоголь, наркотики, табак)			
	Беседа «Питание, нормализация веса»			
3.	Сбор семейного анамнеза для медико-генетического консультирования: <ul style="list-style-type: none"> • Данные о наследственных заболеваниях у родственников 1-й и 2-й степени родства (родители супругов, дети, родные братья, сёстры, дяди, тёти, племянники) • Заболевания с наследственной предрасположенностью у родственников 1-й степени родства (инсульт, инфаркт, АГ, онкологические заболевания, эндокринопатии) • Врожденные пороки развития (любых органов и систем) у родственников 1-й и 2-й степени родства • Смерть детей до года • Родственный брак 			
4.	Наличие профессиональных и бытовых вредностей (воздействие высокой и низкой температуры, химические вещества, смеси, промышленные яды, производственная пыль, контакт с патогенными микроорганизмами, напряженный режим труда: ночная смена, стрессовые ситуации и т.д.))			
5.	Сбор акушерско-гинекологического анамнеза (менструальная функция, начало половой жизни, сексуальная активность, количество половых партнёров и их смена за последние 6 мес., использование методов контрацепции, количество беременностей, родов, аборт, невынашивание беременности и другие репродуктивные потери в анамнезе, осложнения предыдущих беременностей, в т.ч. реузс-иммунизация, перенесенные в прошлом			

	гинекологические заболевания, бесплодие оперативные вмешательства на органах малого таза и брюшной полости, воспалительные и не воспалительные заболевания органов малого таза, ИППП, (в т.ч. числе патология шейки матки)			
6.	Сбор соматического и анамнеза у обоих партнеров			
7.	Информация о вакцинации против вируса краснухи, гепатита В и столбняка			
8.	Гемотрансфузии			
9.	Аллергологический анамнез			
10.	Прием лекарственных препаратов с учетом их тератогенности и потенциального влияния на беременность			

ЧЕК-ЛИСТ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОСМОТРА И ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ

№	Этапы оценки	Результат	Комментарии (выделить факторы риска)
Обязательные			
1.	Измерение веса, роста, подсчет ИМТ, АД		
2.	Осмотр стоматолога		
3.	Определение уровня гемоглобина в крови		
4.	Развернутый анализ крови с подсчетом тромбоцитов <i>(по показаниям)</i> .		
5.	Определение группы крови и резус-фактора (при выявлении отрицательного резус-фактора женщины необходимо уточнить резус- принадлежность партнёра)		
6.	Обследование на сифилис		
7.	Обследование на ВИЧ-инфекцию		
8.	Обследование на HBsAg		
9.	Обследование на анти-НСV		
10.	ДНК ВПЧ тестирование (женщин старше 30 лет, при ВИЧ – с 25 лет) – <i>по возможности</i>		
11.	VIA - визуальный осмотр шейки матки с помощью уксусной кислоты (с 30-ти лет среди женщин из общей популяции каждые 3 года, а при ВИЧ- инфекции с 25-ти лет ежегодно)		
12.	ПАП-тест - цитологическое исследование (каждые 3 года, для женщин с ВИЧ ежегодно)		
Дополнительные (по показаниям)			

13.	<p>Определение глюкозы в венозной крови натощак</p> <ul style="list-style-type: none"> • ИМТ более 30 кг/м²; • метаболический синдром; • ГСД в анамнезе; • макросомия в анамнезе; • синдром ПКЯ; • семейный анамнез сахарного диабета; • глюкозурия по данным исследования с помощью тест-полосок (2+ или более однократно либо 1+ два раза или более) или наличии глюкозы в моче. 		
14.	<p>Обследование на ИППП</p> <ul style="list-style-type: none"> • наличие жалоб и симптомов вагинита; • молодой возраст менее 25 лет; • более одного партнера за последние 3 месяца; • новый половой партнер за последние 3 месяца; • наличие у симптомов уретрита у партнера. 		
15.	<p>Обследование на гонорею методом ПЦР-диагностики и бактериологическим методом у мужчин с симптомами</p>		
16.	<p>Обследование на хламидиоз методом ПЦР-диагностики по показаниям</p>		
17.	<p>Микроскопия вагинального мазка, окрашенного по Грамму, при наличии жалоб</p>		
18.	<p>Определение концентрации ТТГ, Т4:</p> <ul style="list-style-type: none"> • наличие в анамнезе заболеваний щитовидной железы; • аутоиммунные заболевания (в том числе сахарный диабет 1 типа); • привычное невынашивание. 		
19.	<p>УЗИ органов малого таза и молочных желез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • выявление отклонений при вагинальном обследовании; • наличие в анамнезе или подозрение на патологию органов репродуктивной системы (в том числе лейомиома матки, аденомиоз и т.д.); • семейный анамнез миомы матки; • наличие в анамнезе заболеваний молочной железы; • определение образований при клиническом обследовании молочной железы, в том числе при самообследовании. 		
20.	<p>Консультация генетика при следующих ситуациях:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Один из супругов или оба страдают наследуемыми хроническими заболеваниями: <ul style="list-style-type: none"> - муковисцидоз; - серповидноклеточная анемия; - ферментопатии; - шизофрения; - олигофрения; - различные виды мышечных атрофий; 		

	<ul style="list-style-type: none"> - различные виды хондродисплазий. • Случаи рождения детей с генетическими заболеваниями или пороками развития в роду у кого-то из супругов и или у самой супружеской пары. • Контакт одного из супругов с вредными профессиональными и бытовыми факторами. • Возраст супругов меньше 18 или старше 35 лет. • Родственный брак. • Привычное невынашивание беременности и длительное бесплодие неясной этиологии в анамнезе. • Прием одним из супругов химиотерапевтических препаратов, способных вызвать мутацию генов (цитостатики). • Прием психоактивных веществ – ПАВ (наркотики, злоупотребление алкоголем, курение). 		
--	--	--	--

ЧЕК-ЛИСТ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

№	Мероприятия	Отметка о выполнении	Комментарии
1.	<p>Назначение фолиевой кислоты:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 400 мкг каждой женщине ✓ 4 гр. при наличии факторов риска: <ul style="list-style-type: none"> - ДНТ (дефект нервной трубки) в анамнезе - случаи ДНТ в семейном анамнезе — у родственников 1–2-й степени родства; - приём препаратов с тератогенным действием (<i>карбамазепин, вальпроевая кислота, фенитоин, фенобарбитал, метотрексат, триамтерен, триметоприм, колестирамин, иАПФ, БРА и др.</i>); - эпилепсия или судорожный синдром иной этиологии у женщины, для лечения которых необходимы вальпроевая кислота или карбамазепин; - наличие у матери мальабсорбции вследствие медицинских или хирургических причин, приводящей к снижению концентрации фолатов в эритроцитах (болезнь Крона, целиакия, желудочное анастомозирование, выраженные заболевания печени, диализ, алкоголизм); - сахарный диабет; - ожирение (ИМТ выше 30 кг/м²); - курение и злоупотребление алкоголя 		

2.	Назначение препарата железа из расчета 60 мг элементарного железа в сутки		
3.	Назначение калия йодида 150 мкг в сутки		
4.	Вакцинация против гепатита В		
5.	Вакцинация против кори и краснухи (при отсутствии вакцинации или заболевания в анамнезе или специфического IgG)		
6.	Вакцинация против дифтерии и столбняка (не позднее 10 лет от момента последней ревакцинации согласно Национального календаря прививок).		
7.	Беседа о питании и нормализации веса		
8.	Беседа о вреде ПАВ		
9.	Беседа об использовании лекарственных препаратов без показаний		
10.	Беседа о физической активности		
11.	Беседа о контрацепции		
12.	Беседа о воздействии вредных факторов окружающей среды		
13.	Беседа о прегравидарной вакцинации		
14.	Беседа при подозрении на насилие со стороны интимного партнера		
15.	Беседа о первых признаках беременности и роли раннего взятия на учет		

ПРИЛОЖЕНИЕ А4

**СТАНДАРТЫ И ИНДИКАТОРЫ ДЛЯ МОНИТОРИНГА И АУДИТА
ВНЕДРЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА ПО ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ**

<p>СТАНДАРТ 1 – Все женщины/половые партнеры должны быть консультированы по вопросам подготовки к беременности</p> <p><i>Обоснование: Информация, которую должны получить женщины/половой партнеры при планировании беременности:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Соблюдение интергенетического интервала, оптимальный возраст для вынашивания беременности, предыдущая и настоящая контрацепция; • Рациональное и сбалансированное питание, нормализация веса, физическая активность; • Отказ от ПАВ, воздействие окружающей среды; • Профилактическое применение препаратов железа, фолиевой кислоты, препаратов йода; • Прегравидарная вакцинация 	
<p>Индикаторы для оценки ресурсного обеспечения</p>	<p>Индикаторы для оценки процесса и результата</p>
<p><i>Индикатор 1:</i> Доля медицинских работников, обученных навыкам консультирования и прегравидарной подготовки</p> $\frac{\text{кол – во специалистов обученных навыкам консультирования и прегравидарной подготовки}}{\text{общее кол – во специалистов ОЗ}} \cdot 100\%$	<p><i>Индикатор 2:</i> Доля медицинских работников, владеющих навыками консультирования по прегравидарной подготовке.</p> $\frac{\text{кол – во специалистов владеющих навыками консультирования и прегравидарной подготовки}}{\text{общее кол – во специалистов обученных навыкам консультирования и прегравидарной подготовки}} \cdot 100\%$ <p><i>Индикатор 3:</i> Доля женщин/половых партнеров, получивших консультирование по прегравидарной подготовке.</p> $\frac{\text{кол – во женщин получивших консультирование}}{\text{общее кол – во ЖРВ, приписанного к ОЗ}} \cdot 100\%$ <p><i>Индикатор 4:</i> Доля женщин, удовлетворенных оказанием услуги.</p> $\frac{\text{кол – во женщин удовлетворенных консультированием}}{\text{общее кол – во беременных получивших консультирование}} \cdot 100\%$
<p>СТАНДАРТ 2 – Всем женщинам, планирующие беременность, принимают с профилактической целью до зачатия рекомендуемые препараты (фолиевая кислота, препарат железа и йода).</p>	

Обоснование: прием рекомендуемых препаратов за 2-3 месяца до зачатия предупреждают осложнения беременности и улучшают перинатальные исходы.

Индикаторы для оценки ресурсного обеспечения	Индикаторы для оценки процесса и результата
	<p><i>Индикатор 5:</i> Доля беременных принимавших фолиевую кислоту за 2-3 месяца до зачатия.</p> $\frac{\text{кол - во беременных принимавших фолиевую кислоту за 2 - 3 месяца до зачатия}}{\text{общее кол - во беременных состоящих на учете}} \cdot 100\%$ <p><i>Индикатор 6:</i> Доля беременных принимавших профилактический прием калия йодида (150 мг) за 2-3 месяца до зачатия.</p> $\frac{\text{кол - во беременных принимавших профилактический прием калия йодида за 2 - 3 месяца до зачатия}}{\text{общее кол - во беременных состоящих на учете}} \cdot 100\%$

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА



ПАМЯТКА ДЛЯ ЖЕНЩИНЫ/ПАРЫ, ПЛАНИРУЮЩИХ БЕРЕМЕННОСТЬ

Уважаемые будущие родители!

Если в ближайшее время вы планируете беременность – эта информация для вас. Подготовка к беременности (прегравидарная подготовка) поможет вам успешно зачать, нормально выносить беременность и родить здорового ребенка.

Подготовка к беременности должна начинаться минимум за три месяца: чем раньше, тем лучше.

Вам необходимо пройти медицинское обследование, во время которого врач соберет данные о перенесенных ранее заболеваниях, как ваших, так и ближайших родственников; сдать необходимые анализы и провести диагностические процедуры; при необходимости – получить консультацию специалистов. Список необходимых обследований определяет врач в зависимости от вашего состояния здоровья, наличия сопутствующих заболеваний. Выявление скрытых или хронических заболеваний и своевременное лечение поможет устранить или уменьшить их влияние на здоровье матери и ребенка, снизит риски развития осложнений.

Важное мероприятие при прегравидарной подготовке - прием с профилактической целью фолиевой кислоты, препаратов железа, йода. Фолиевая кислота служит для профилактики пороков развития нервной системы ребенка. Важно понимать, что развитие нервной системы и формирование пороков происходит на самых ранних сроках беременности, когда вы еще и не подозреваете о случившемся зачатии (ещё не было задержки очередной менструации). Вот почему приём препаратов фолиевой кислоты надо начинать за несколько месяцев до беременности. Препараты железа вместе с фолиевой кислотой способствуют профилактике анемии и других осложнений. Препарат йода снижает вероятность развития гипотиреоза и связанных с ним осложнений. Эти препараты вы будете принимать далее всю беременность и несколько месяцев после родов.

На этапе прегравидарной подготовки и во время беременности избегайте приёма любых препаратов и БАДов без консультации врача, особенно «за компанию» с кем-то. Даже, казалось бы, безобидные витамины могут быть вредны — их избыток так же опасен, как и недостаток

Ведите здоровый образ жизни, откажитесь от вредных привычек (курение, употребление алкоголя, наркотических веществ), следите за рационом питания (достаточное, но не избыточное количество белков, жиров и углеводов; ежедневное включение в рацион овощей и фруктов в умеренном количестве). Регулярная физическая активность, устранение или снижение влияния стрессовых факторов помогут оздоровить организм и подготовить его к рождению здорового ребенка.

Соблюдайте оптимальный период между рождением ребёнка и последующей беременностью. Желательно, чтобы он составлял не менее 2 лет. Из-за увеличения нагрузки на организм матери и неполного восстановления после рождения предыдущего ребёнка короткий интервал опасен преждевременными родами, рождением маловесного ребёнка, анемией, кровотечением, отслойкой плаценты, повышенной заболеваемость новорождённого.

Если вы не были привиты и не болели краснухой и корью, то следует провести вакцинацию от этих инфекционных заболеваний. Необходимо также наличие прививок от вирусного гепатита В, дифтерии, столбняка, COVID-19.

Помните, как только заподозрите беременность, не откладывайте посещение врача!