



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Клинические рекомендации

Нормальная беременность

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

Год утверждения (частота пересмотра): **2023**

Возрастная категория: **Взрослые, Дети**

Пересмотр не позднее: **2025**

ID: **288**

Разработчик клинической рекомендации

- **Российское общество акушеров-гинекологов**

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Оглавление

- Список сокращений
- Термины и определения
- 1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)
- 1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем
- 1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики
- 2.1 Жалобы и анамнез
- 2.2 Физикальное обследование
- 2.3 Лабораторные диагностические исследования
- 2.4 Инструментальные диагностические исследования
- 2.5 Иные диагностические исследования
- 3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения
- 4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов
- 5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики
- 6. Организация оказания медицинской помощи
- 7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)
- Критерии оценки качества медицинской помощи
- Список литературы
- Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций
- Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций
- Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата
- Приложение Б. Алгоритмы действий врача
- Приложение В. Информация для пациента
- Приложение Г1-ГН. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Список сокращений

АД	артериальное давление
АТ-ТПО	антитела к тиреопероксидазе
ВДМ	высота дна матки
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВПГ	вирус простого герпеса
ВРТ	вспомогательные репродуктивные технологии
ГСД	гестационный сахарный диабет
ДНК	дезоксирибонуклеиновая кислота
ИМТ	индекс массы тела
ИФА	иммуноферментный анализ
ИХЛА	иммунохемилюминесцентный анализ
ИЦН	истмико-цервикальная недостаточность
ЗРП	задержка роста плода
КТГ	кардиотокография
КТР	копчико-теменной размер
НИПТ	неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери)
НМГ	низкомолекулярные гепарины
ОЖ	окружность живота
ПГТТ	пероральный глюкозотолерантный тест
ПОНРП	преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
ПР	преждевременные роды
ПЭ	преэклампсия
ТТГ	тиреотропный гормон
ТЭО	тромбоэмболические осложнения
УЗИ	ультразвуковое исследование
ХА	хромосомные аномалии
ХГ	хорионический гонадотропин
ЦМВ	цитомегаловирус
ЧСС	частота сердечных сокращений
НСV	вирус гепатита С
РАРР-А	плазменный протеин А, ассоциированный с беременностью

Термины и определения

Нормальная беременность – одноплодная беременность плодом без генетической патологии или пороков развития, длящаяся 37⁰-41⁶ недель, протекающая без акушерских и перинатальных осложнений.

Беременность клиническая - беременность, диагностированная путем визуализации при ультразвуковом исследовании (УЗИ) одного или более плодных яиц/плодов, или наличия достоверных клинических признаков беременности. Термин применяется в отношении как маточной, так и эктопической беременности.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Нормальная беременность – одноплодная беременность плодом без генетической патологии или пороков развития, длящаяся 37⁰-41⁶ недель, протекающая без акушерских и перинатальных осложнений.

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Не применимо.

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

По данным формы федерального статистического наблюдения № 32 в 2021 г. в России поступило под наблюдение 1 385 706 беременных женщин, закончили беременность (из числа состоявших под наблюдением на начало года и поступивших под наблюдение в отчетном году) 1 290 849 женщин, из них после 22 недель - 1 236 566 женщин. Число одноплодных родов в стационарах и на дому составило 1 338 957.

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

Z32 – Обследования и тесты для установления беременности

Z33 - Состояние, свойственное беременности

Z34 - Наблюдение за течением нормальной беременности

Z35 - Наблюдение за течением беременности, подверженной высокому риску

Z36 – Дородовое обследование с целью выявления патологии у плода [antenatalный скрининг]

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Классификация отсутствует.

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Клиническая картина соответствует жалобам, предъявляемым женщинами с нормальной беременностью, а также данным физикального обследования, лабораторных и инструментальных диагностических исследований.

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Критерии диагноза

Нормальная беременность диагностируется при визуализации в полости матки одного эмбриона/плода с наличием сердцебиения без пороков развития при ультразвуковом исследовании.

2.1 Жалобы и анамнез

- Рекомендован сбор анамнеза у пациентки, планирующей беременность (на прегравидарном этапе), и у беременной пациентки при 1-м визите с целью своевременной оценки факторов риска и патологических состояний для своевременной профилактики и лечения [1].

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

Комментарий: Сбор анамнеза должен включать следующие данные пациентки:

- возраст,
- наличие профессиональных вредностей,
- наличие вредных привычек (курение, алкоголь, наркотические препараты),
- семейный анамнез (указание на наличие у родственников 1-й линии таких заболеваний как, сахарный диабет, тромбоэмболические осложнения (ТЭО), гипертоническая болезнь, психические заболевания, акушерские и перинатальные осложнения),
- характер менструаций (возраст менархе, длительность и регулярность менструального цикла, продолжительность менструального кровотечения, болезненность),
- акушерский анамнез (число беременностей и родов в анамнезе и их исход, наличие осложнений беременности, родов и/или аборт, весоростовые показатели и состояние здоровья рожденных детей, способ достижения беременности – самопроизвольная беременность или беременность в результате вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ)),
- перенесенные и имеющиеся гинекологические заболевания, оперативные вмешательства на органах малого таза,
- перенесенные и имеющиеся соматические заболевания (в частности, детские инфекции, заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания почек, эндокринные заболевания, аллергические заболевания, ТЭО и др.),
- с целью индивидуальной стратификации риска и выбора метода профилактики в планируемой, данной беременности, родах и в послеродовом периоде может быть использована шкала оценки риска ТЭО согласно клиническим рекомендациям «Венозные осложнения во время беременности и послеродовом периоде. Акушерская тромбоэмболия» 2022 г. [2],
- наличие травм, оперативных вмешательств и переливаний компонентов крови в анамнезе,
- аллергические реакции,
- принимаемые лекарственные препараты,

- возраст и состояние здоровья мужа/партнера, его группа крови и резус-фактор, наличие у него профессиональных вредностей и вредных привычек.
- Рекомендована оценка жалоб у пациентки, планирующей беременность (на прегравидарном этапе), и у беременной пациентки при 1-м и каждом последующем визите с целью своевременного выявления патологических состояний для их лечения [1].

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

Комментарий: Жалобы, характерные для нормальной беременности:

- Тошнота и рвота наблюдаются у каждой 3-й беременной женщины. В 90% случаев тошнота и рвота беременных являются физиологическим признаком, в 10% – осложнением беременности. При нормальной беременности рвота бывает не чаще 2-3-х раз в сутки, чаще натощак, и не нарушает общего состояния пациентки. В большинстве случаев тошнота и рвота купируются самостоятельно к 16-20 неделям беременности и не ухудшают ее исход [3, 4].
- Масталгия является нормальным симптомом во время беременности, наблюдается у большинства женщин в 1-м триместре беременности и связана с отечностью и нагрубанием молочных желез вследствие гормональных изменений.
- Боль внизу живота во время беременности может быть нормальным явлением как, например, при натяжении связочного аппарата матки во время ее роста (ноющие боли или внезапная колющая боль внизу живота) или при тренировочных схватках Брекстона-Хиггса после 20-й недели беременности (тянущие боли внизу живота, сопровождающиеся тонусом матки, длящиеся до минуты, не имеющие регулярного характера).
- Изжога (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь) во время беременности наблюдается в 20-80% случаев. Чаще она развивается в 3-м триместре беременности [5–7]. Изжога возникает вследствие релаксации нижнего пищеводного сфинктера, снижения внутрипищеводного давления, и одновременном повышении внутрибрюшного и внутрижелудочного давления, что приводит к повторяющемуся забросу желудочного и/или дуоденального содержимого в пищевод.
- Запоры – наиболее распространенная патология кишечника при беременности, возникает в 30-40% наблюдений [8]. Запоры связаны с нарушением пассажа по толстой кишке и характеризуются частотой стула менее 3-х раз в неделю. Признаки запора - см. клинические рекомендации «Запор» 2021 г. [9].
- Примерно 8-10% женщин заболевают геморроем во время каждой беременности [10]. Причинами развития геморроя во время беременности могут быть: давление на стенки кишки со стороны матки, застой в системе воротной вены, повышение внутрибрюшного давления, врожденная или приобретенная слабость соединительной ткани, изменения в иннервации прямой кишки.

- Варикозная болезнь развивается у 30% беременных женщин [11]. Причиной развития варикозной болезни во время беременности является повышение венозного давления в нижних конечностях и расслабляющее влияние на сосудистую стенку вен прогестерона, релаксина и других биологически активных веществ - см. клинические рекомендации «Варикозное расширение вен нижних конечностей» 2021 г. [12].
- Влагалищные выделения без зуда, болезненности, неприятного запаха или дизурических явлений являются нормальным симптомом во время беременности и наблюдаются у большинства женщин.
- Боль в спине во время беременности встречается с частотой от 36 до 61%. Среди женщин с болью в спине у 47-60% боль впервые возникает на 5-7-м месяце беременности [13–15]. Самой частой причиной возникновения боли в спине во время беременности является увеличение нагрузки на спину в связи с увеличением живота и смещением центра тяжести, и снижение тонуса мышц под влиянием релаксина.
- Распространенность боли в лобке во время беременности составляет 0,03-3%, и возникает, как правило, на поздних сроках беременности [16].
- Синдром запястного канала (карпальный туннельный синдром) во время беременности возникает в 21-62% случаев [17, 18] в результате сдавления срединного нерва в запястном канале, и характеризуется ощущением покалывания, жгучей болью, онемением руки, а также снижением чувствительности и моторной функции кисти.

2.2 Физикальное обследование

- Рекомендован общий осмотр пациентки, планирующей беременность (на прегравидарном этапе), и беременной пациентки при 1-м визите с целью диагностики нарушения развития [1].

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

Комментарий: Общий осмотр включает оценку типа телосложения, типа распределения подкожной жировой клетчатки, состояния кожных покровов и видимых слизистых, степени и типа оволосения.

- Рекомендовано измерение массы тела и измерение роста пациентки, планирующей беременность (на прегравидарном этапе), и беременной пациентки при 1-м и каждом последующем визите с целью определения индекса массы тела (ИМТ) (масса тела в кг / рост в м²) и контроля динамики прибавки массы тела во время беременности [19], [20], [21].

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

Комментарий: Влияние на акушерские и перинатальные исходы оказывает исходный ИМТ до беременности, но особенно прибавка массы тела во время беременности [20], [21], [22], [23]. Рекомендуемая прибавка массы тела в 1-м триместре составляет не более 0,5 - 2 кг [24]. Прибавка масса тела происходит в том числе в связи с накоплением жидкости (отеками), характерными для периода гестации (Таблица 1).

Таблица 1

Рекомендуемая еженедельная и общая прибавка веса в зависимости от ИМТ [24]

Категория	ИМТ (кг/м ²)	Рекомендуемая прибавка массы тела	
за всю беременность (кг)	еженедельная (кг/неделю) (во 2-м и 3-м триместре)		
Недостаток массы тела	< 18,5	12,5 - 18	0,45 (0,45 - 0,58)
Нормальная масса тела	18,5 - 24,9	11,5 - 16	0,45 (0,35 - 0,45)
Избыток массы тела	25,0 - 29,9	7 - 11,5	0,27 (0,23 - 0,30)
Ожирение	≥30,0	5 - 9	0,23 (0,18 - 0,27)

- Рекомендовано измерение артериального давления (АД) на периферических артериях и исследование пульса у пациентки, планирующей беременность (на прегравидарном этапе), и у беременной пациентки при 1-м и каждом последующем визите с целью ранней диагностики гипертензивных состояний [24–26].

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

Комментарий: Правила измерения АД на периферических артериях у пациенток группы риска преэклампсии (ПЭ) - см. клинические рекомендации «Преэклампсия. Эклампсия. Отеки,

протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде» 2021 г. [27].

- Рекомендована пальпация молочных желез у пациентки, планирующей беременность (на прегравидарном этапе), и у беременной пациентки при 1-м визите с целью диагностики узловых образований молочных желез [28], [29].

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

Комментарий: Правила пальпации молочных желез – см. клинические рекомендации «Доброкачественная дисплазия молочной железы» 2020 г. [30]. При обнаружении узловых образований молочных желез рекомендовано направить пациентку на консультацию к врачу-онкологу. Регулярная пальпация молочных желез во время беременности не целесообразна [19].

- Рекомендован гинекологический осмотр пациентки, планирующей беременность (на прегравидарном этапе), и беременной пациентки при 1-м визите с целью: выявления или исключения гинекологических заболеваний у пациентки, планирующей беременность (на прегравидарном этапе); дифференциальной диагностики с внематочной беременностью, определения размеров матки и ее соответствия сроку беременности, состояния и болезненности придатков, сводов влагалища у беременной пациентки [1].

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

Комментарий: Гинекологический осмотр включает визуальный осмотр наружных половых органов, осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах, бимануальное влагалищное исследование с определением размеров, консистенции, подвижности и болезненности матки, и придатков матки. Повторные гинекологические осмотры беременной пациентки проводятся по показаниям: при наличии жалоб, связанных с репродуктивной системой, признаков выкидыша, истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) и преждевременных родов (ПР) с учетом соответствующих клинических рекомендаций [31], [32], [33]. Без наличия показаний повторные гинекологические осмотры беременной пациентки не рекомендованы [34].

- Рекомендовано определение срока беременности и родов по дате последней менструации и данным ультразвукового исследования у беременной пациентки при 1-м визите [35–37].

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

Комментарии: При расчете срока родов по дате последней менструации необходимо прибавить 280 дней (40 недель) к первому дню последней менструации (при 28-дневном менструальном цикле). При иной длительности менструального цикла необходимо вносить поправки в расчет срока родов с сторону увеличения срока при более длинном цикле и в сторону уменьшения срока при более коротком цикле.

При наступлении беременности в результате ВРТ расчет срока родов должен быть сделан по дате переноса эмбрионов (дата переноса «плюс» 266 дней (38 недель) «минус» число дней, равное сроку культивирования эмбриона).

При расчете срока беременности и родов по данным УЗИ в 1-м триместре беременности следует использовать показатель копчико-теменного размера (КТР) плода, на более поздних сроках беременности (при КТР>84 мм) - показатель окружности головки плода [38].

При отсутствии УЗИ в 1-м триместре беременности и отсутствии информации о дате последней менструации, срок беременности и родов может быть установлен по данным других УЗИ.

При расхождении срока по дате последней менструации и срока по УЗИ, проведенного в 11⁰-13⁶ недель, срок беременности и родов следует устанавливать по данным УЗИ, так как это метод является наиболее точным [35–37], [39], [40], [41].

- Рекомендовано определение окружности живота (ОЖ), измерение размеров матки (высоты дна матки - ВДМ) и заполнение гравидограммы у беременной пациентки при каждом визите после 20 недель беременности [1], [42], [43].

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

Комментарии: Соответствие ВДМ сроку беременности представлено в таблице 2. Образец гравидограммы представлен в приложении Г. Если ВДМ согласно гравидограмме ниже 10-й или выше 90-й перцентили распределения ВДМ, то рекомендовано УЗИ плода для оценки развития плода и определения количества околоплодных вод.

Таблица 2

Соответствие ВДМ сроку беременности [1]

Срок беременности	ВДМ
20-21 неделя	18-24 см
22-23 неделя	21-25 см
24-25 неделя	23-27 см
26-27 неделя	25-28 см
28-29 неделя	26-31 см
30-31 неделя	29-32 см
32-33 неделя	31-33 см
34-35 неделя	32-33 см
36-37 неделя	32-37 см
38-39 неделя	35-38 см
40-42 неделя	34-35 см

- Рекомендовано определение положения и предлежания плода у беременной пациентки при каждом визите после 34-36 недель беременности с целью определения тактики ведения родов [19], [43], [44], [45], [46].

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

- Рекомендовано проведение опроса беременной пациентки по поводу характера шевелений плода при каждом визите после 16-20 недель беременности (после начала ощущения шевелений плода) с целью подтверждения жизнедеятельности плода [47].

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

Комментарии: Нет доказательных данных по эффективности профилактики неблагоприятных перинатальных исходов на основании подсчета числа движений плода [47]. Пациентке должны быть даны рекомендации, что при субъективном снижении активности и/или частоты шевелений плода, ей следует незамедлительно обратиться в специализированный стационар или женскую консультацию для проведения дополнительного обследования.

2.3 Лабораторные диагностические исследования

- Рекомендовано направить беременную пациентку при явке в 1-м триместре беременности на исследование уровня хорионического гонадотропина (ХГ) (свободная β -субъединица) в сыворотке крови, или исследование мочи на ХГ (при невозможности исследования крови) при невозможности ультразвукового исследования с целью диагностики беременности [1].

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

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

- Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно, и беременную пациентку дважды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности, на исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ1/2 и антигена р24 (*Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24*) в крови с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования плода [48], [49], [50], [51], [52].

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

Комментарии: Согласно пункту 4.3. санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ инфекции», стандартным методом лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции служит одновременное определение антител к ВИЧ 1,2 и антигена р24/25 ВИЧ с помощью диагностических тестов ИФА и ИХЛА [53]. Повторное обследование в 3-м триместре лучше проводить до 36 недель беременности [24]. При выявлении инфекции беременная женщина должна быть направлена в Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями для подтверждения/исключения диагноза. Рекомендовано также направлять партнера пациентки на данное исследование с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования пациентки.

- Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно, и беременную пациентку дважды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности, на определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (*Hepatitis B virus*) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (*Hepatitis B virus*) в крови с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования новорожденного [24], [54].

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

Комментарии: При выявлении инфекции беременная женщина должна быть направлена на консультацию к врачу-инфекционисту для подтверждения/исключения диагноза. Рекомендовано также направлять партнера пациентки на данное исследование с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования пациентки. Вакцинация от гепатита В проводится по правилам, указанным в главе 5.3.

- Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно, и беременную пациентку дважды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности, на определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (*Hepatitis C virus*) в крови с целью своевременного выявления инфекции и проведения терапии [55].

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

Комментарий: При выявлении инфекции беременная женщина должна быть направлена на консультацию к врачу-инфекционисту для подтверждения/исключения диагноза. Рекомендовано также направлять партнера пациентки на данное исследование с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования пациентки.

- Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно, и беременную пациентку дважды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности, на определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) в крови с целью своевременного выявления инфекции и профилактики инфицирования плода [56, 57].

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

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

- Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно, или беременную пациентку однократно при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) на определение антител класса G (IgG) и класса М (IgM) к вирусу краснухи (*Rubella virus*) в крови с целью выявления серонегативных пациенток [58].

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

Комментарии: При серонегативном статусе во время беременности пациентке должна быть предоставлена информация о минимизации риска инфицирования краснухой. На прегравидарном этапе вакцинация проводится по правилам, указанным в главе 5.3.

- Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно, и беременную пациентку дважды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности, на микроскопическое исследование влагалищных мазков, включая микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*), микроскопическое

исследование отделяемого женских половых органов на трихомонады (*Trichomonas vaginalis*), микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на дрожжевые грибы с целью своевременного выявления и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний генитального тракта для профилактики восходящей инфекции [1], [19], [59], [60], [61], [62], [63].

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

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

- Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку однократно при 1-м визите (при отсутствии исследования на прегравидарном этапе) на определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор) с целью своевременной оценки совместимости крови при необходимости ее переливания в родах или в случае развития акушерских осложнений, а также для определения риска резус-конфликта [64], [65, 66].

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

- Рекомендовано направить резус-отрицательную беременную пациентку на определение антител к антигенам системы Резус при 1-м визите (при 1-м визите в 1-й половине беременности), затем при отсутствии антител - в 18⁰-20⁰ недель беременности, затем при отсутствии антител - в 28⁰ недель беременности с целью определения риска резус-конфликта [65, 66], [67].

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

Комментарии: При выявлении антител к антигенам системы Резус беременная женщина должна быть направлена на консультацию в медицинскую организацию 3-й группы для дальнейшего наблюдения. У резус-отрицательных женщин следует определить резус-фактор партнера. При резус-отрицательной принадлежности крови партнера определение антител к антигенам системы Резус не проводится. При неизвестной или резус-положительной принадлежности крови партнера беременной женщине можно предложить неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) в части определения антигена D системы Резус (резус-фактор) плода. При определении резус-

отрицательной принадлежности крови у плода определение антител к антигенам системы Резус в крови матери не проводится. Комментарий к данному тезису – см. подробно клинические рекомендации «Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода» 2020 г. [68].

- Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно, и беременную пациентку трижды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м триместре беременности), во 2-м и в 3-м триместре беременности, на общий (клинический) анализ крови с целью своевременного выявления и лечения анемии и других патологических состояний [69–72].

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

Комментарий: Раннее обследование и выявление анемии способствует своевременной терапии и снижению риска негативных перинатальных исходов. Нормальный уровень гемоглобина в 1-м и 3-м триместре составляет ≥ 110 г/л, во 2-м триместре – ≥ 105 г/л. Для подтверждения латентного дефицита железа может быть рекомендовано исследование уровня ферритина в крови, как наиболее точного показателя определения уровня железа [73].

- Рекомендовано направить беременную пациентку при 1-м визите на анализ крови биохимический общетерапевтический с целью выявления и своевременного лечения нарушения углеводного обмена, патологии желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы для профилактики акушерских и перинатальных осложнений [74], [75–77], [78].

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

Комментарий: Биохимический общетерапевтический анализ крови включает: исследование уровня общего белка в крови, исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня общего билирубина в крови, исследование уровня билирубина связанного (конъюгированного) в крови, определение активности аланинаминотрансферазы (АЛТ) в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы (АСТ) в крови, исследование уровня глюкозы в крови. Диагноз гестационного сахарного диабета (ГСД) может быть поставлен на основании однократного определения уровня глюкозы. Критерий диагноза ГСД - значение глюкозы венозной плазмы натощак $\geq 5,1$ ммоль/л, но не более 7,0 ммоль/л. На прегравидарном этапе рекомендовано исследование уровня глюкозы в крови (данное исследование включено в порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации взрослого населения и проводится ежегодно).

- Рекомендовано направить беременную пациентку на дополнительное исследование уровня глюкозы в крови при выявлении уровня глюкозы венозной крови натощак $\geq 7,0$ ммоль/л с целью исключения/подтверждения манифестного сахарного диабета [79], [80]

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

Комментарий: Диагноз манифестного сахарного диабета может быть поставлен при повторном исследовании уровня глюкозы в крови или исследовании уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) в крови. Критерий диагноза манифестного сахарного диабета - значение глюкозы натощак выше 7,0 ммоль/л или уровня HbA1c – >6,5%. Подробные правила забора крови на исследование уровня глюкозы, критерии диагноза манифестного сахарного диабета, ГСД – см. проект клинических рекомендаций «Гестационный сахарный диабет» 2023 г. [81].

- Рекомендовано направить беременную пациентку на проведение глюкозотолерантного теста (пероральный глюкозотолерантный тест - ПГТТ) с 75 г декстрозы в 24⁰-28⁰ недель беременности в случае, если у нее не было выявлено нарушение углеводного обмена или не проводилось обследование на ранних сроках беременности для выявления ГСД [76, 77, 82], [83].

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

Комментарий: Правила проведения ПГТТ - см. проект клинических рекомендаций «Гестационный сахарный диабет» 2023 г. [81].

- Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку однократно при 1-м визите на исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови и определение содержания антител к тиреопероксидазе (АТ-ТПО) в крови с целью раннего выявления и терапии нарушения функции щитовидной железы [84, 85], [86], [87].

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

Комментарий: При уровне ТТГ у беременной женщины >2,5 МЕ/мл и АТ-ТПО+ или при уровне ТТГ>4,0 МЕ/мл вне зависимости от наличия АТ-ТПО беременную женщину следует направить на консультацию к врачу-эндокринологу для назначения терапии гипотиреоза [88], [89]. Алгоритм обследования и лечения пациенток с гипотиреозом см. клинические рекомендации «Гипотиреоз» 2021 г. [90].

- Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), однократно, и беременную пациентку трижды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м триместре беременности), во 2-м и в 3-м триместре беременности на общий (клинический) анализ мочи с целью выявления и своевременного лечения заболеваний мочевыводящей системы для профилактики акушерских и перинатальных осложнений [91–93].

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

Комментарий: При подозрении на инфекцию мочевых путей ведение пациентки осуществляется согласно клиническим рекомендациям «Инфекция мочевых путей при беременности» 2022 г. [94].

- Рекомендовано определение белка в моче у беременной пациентки после 22 недель беременности во время каждого визита с целью своевременного выявления протеинурии для

выбора тактики ведения беременности [19], [91], [95].

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

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

- Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку при 1-м визите на цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала) с целью скрининга рака шейки матки [96].

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

Комментарий: Цитологическое исследование мазка с поверхности шейки матки и из цервикального канала следует рекомендовать в зависимости от даты предыдущего исследования, его результатов, наличия инфекции, вызванной вирусом папилломы человека, возраста пациентки согласно клиническим рекомендациям «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки» 2020 г. [97].

- Рекомендовано направить беременную пациентку при 1-м визите на микробиологическое (культуральное) исследование мочи на бактериальные патогены с применением автоматизированного посева с целью выявления бессимптомной бактериурии [98].

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

Комментарий: Бессимптомная бактериурия – это наличие колоний бактерий $\geq 10^5$ в 1 мл средней порции мочи при отсутствии клинических симптомов. Раннее выявление бактериурии и проведение терапии снижает риск развития пиелонефрита, ПР и задержки роста плода (ЗРП). При выявлении бактериурии ведение пациентки осуществляется согласно клиническим рекомендациям «Инфекция мочевых путей при беременности» 2022 г. [94].

- Рекомендовано направить беременную пациентку в 35⁰-37⁰ недель беременности на бактериологическое исследование вагинального отделяемого и ректального отделяемого на стрептококк группы В (*S. agalactiae*) или определение ДНК стрептококка группы В (*S. agalactiae*) во влагалищном мазке и ректальном мазке методом ПЦР с целью своевременного выявления и лечения инфекции, вызванной *S. agalactiae*, для снижения риска внутриутробной инфекции [99, 100],[101].

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

Комментарии: При положительном результате исследования пациенткам назначается антибиотикопрофилактика в родах – см. клинические рекомендации «Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды) 2021 г. [102].

- Рекомендовано направить беременную пациентку в 11⁰-13⁶ недель беременности на скрининг 1-го триместра, который включает комбинацию исследования уровня ХГ (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови и исследования уровня белка А, связанного с беременностью, в крови (РАРР-А), ультразвуковое скрининговое исследование по оценке антенатального развития плода с целью выявления хромосомных аномалий (ХА), пороков развития, рисков ЗРП, ПР, ПЭ (скрининг I) (код медицинской услуги А04.30.001.003) с последующим программным расчетом указанных рисков [103].

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

Комментарии: Для дополнительной оценки риска ХА плода пациентке может быть дополнительно предложено проведение неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) (НИПТ) после 10 недель беременности [104], [105].

- Не рекомендовано рутинно направлять беременную пациентку на биохимический скрининг 2-го триместра, который включает исследование уровня ХГ (свободная β-субъединица) в сыворотке крови, исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови, исследование уровня неконъюгированного эстрадиола в крови (тройной скрининг) и исследование уровня ингибина А в крови (четверной скрининг) [103, 106, 107].

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

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

- Не рекомендовано рутинно направлять беременную пациентку на определение содержания антител к антигенам групп крови (анти-А, анти-В) [108, 109].

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

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

- Не рекомендовано рутинно направлять пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку на определение антител класса G (IgG) и класса M (IgM) к токсоплазме (*Toxoplasma gondii*) в крови [110, 111].

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

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

перчаток при контакте с землей и мытье рук после контакта с землей, исключении контакта с кошками.

- Не рекомендовано рутинно направлять пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку на определение антител классов M, G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу (*Cytomegalovirus*) в крови [24], [112, 113].

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

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

- Не рекомендовано рутинно направлять пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку на определение антител к вирусу простого герпеса (*Herpes simplex virus*) в крови вне зависимости от наличия или отсутствия симптомов рецидивирующей ВПГ-инфекции в анамнезе [24].

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

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

- При подтверждении высокого риска ХА и/или пороков развития плода, ассоциированных с ХА, по данным НИПТ и/или по данным скрининга 1-го или 2-го триместра с перерасчетом индивидуального риска рождения ребенка с ХА на основе данных повторно проведенного УЗИ плода, рекомендовано направить беременную пациентку на проведение инвазивной пренатальной диагностики (биопсия хориона, плаценты, амниоцентез, кордоцентез) с исследованием полученного материала цитогенетическими (цитогенетическое исследование (кариотип)) или молекулярно-генетическими методами [24, 114–116], [117], [118].

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

Комментарии: Биопсия хориона проводится при сроке 10-14 недель беременности. Амниоцентез проводится при сроке беременности >15 недель [114]. Индивидуальный высокий риск ХА у плода по данным скрининга составляет $\geq 1/100$. Противопоказаниями к инвазивной пренатальной диагностике являются: инфекционные и воспалительные заболевания любой локализации, угрожающий выкидыш или ПР. В случаях сенсибилизации по системе Rh(D) необходимо взвесить потенциальную пользу/риск от проведения инвазивной диагностики [24].

2.4 Инструментальные диагностические исследования

- Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), на УЗИ матки и придатков (трансвагинальное или при невозможности - трансабдоминальное или трансректальное) в раннюю фолликулярную фазу менструального цикла [1].

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

Комментарии: УЗИ матки и придатков рекомендовано для определения размеров матки и яичников, диагностики новообразований матки и ее придатков, аномалий их развития, патологических процессов в эндометрии (полипы, гиперплазия, хронический эндометрит), толщины эндометрия, оценки послеоперационного рубца на матке при наличии, а также определения количества антральных фолликулов. Антральные фолликулы определяют, как фолликулы со средним диаметром 2-10 мм в наибольшей двумерной плоскости.

- Рекомендовано направить беременную пациентку при 1-м визите в 1-м триместре беременности и сроке задержки менструации ≥ 7 дней на УЗИ матки и придатков (до 9⁶ недель беременности) или УЗИ плода (после 10⁰ недель беременности) с целью диагностики беременности, ее локализации, определения соответствия плодного яйца/эмбриона/плода сроку беременности, наличия СБ эмбриона/плода [119].

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

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

- Рекомендовано направить беременную пациентку в 11⁰-13⁶ недель беременности на УЗИ плода в медицинскую организацию, осуществляющую экспертный уровень пренатальной диагностики, с целью определения срока беременности [35–37], проведения скрининга 1-го триместра [103], диагностики многоплодной беременности [120].

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

Комментарий: При УЗИ в 11⁰-13⁶ недель рекомендовано измерить пульсационный индекс (PI) в маточных артериях для предикции ранней ПЭ.

- Рекомендовано направить беременную пациентку при 1-м визите и в 3-м триместре на регистрацию электрокардиограммы с целью исключения гипертрофии, ишемии, нарушения ритма работы и функции проводимости миокарда [1], [121].

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

Комментарий: На прегравидарном этапе рекомендована регистрация электрокардиограммы (данное исследование включено в порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации взрослого населения и проводится с 18 лет при первом посещении, далее в 35+ лет - 1 раз в год).

- Рекомендована аускультация плода (определение частоты сердцебиения (ЧСС) плода) с помощью фетального доплера (анализатора доплеровского сердечно-сосудистой деятельности матери и плода малогабаритного) или с помощью стетоскопа акушерского у беременной пациентки при каждом визите с 22⁰ недель беременности с целью подтверждения жизнедеятельности плода [43], [122].

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

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

- Рекомендовано направить беременную пациентку в 18⁰-20⁶ недель беременности на ультразвуковое скрининговое исследование по оценке антенатального развития плода с целью выявления ХА, пороков развития, рисков ЗРП, ПР, ПЭ (скрининг II) (код медицинской услуги А04.30.001.005), врожденных аномалий развития, оценки экстра эмбриональных структур (локализации, толщины, структуры плаценты, количества околоплодных вод) и УЗИ шейки матки (УЗ-цервикометрию) в медицинскую организацию, осуществляющую пренатальную диагностику [106], [123], [124], [125], [126], [127], [128], [129].

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

Комментарий: Дополнительные УЗИ во 2-м триместре беременности должны быть назначены при отсутствии ЧСС или нарушении ЧСС плода (тахикардия, брадикардия, аритмия) во время аускультации ЧСС плода, или при подозрении на ЗРП согласно гравидограмме. Сроки и кратность выполнения УЗ-цервикометрии у пациенток группы высокого риска позднего выкидыша и ПР - см. клинические рекомендации «Истмико-цервикальная недостаточность» 2021 г. [32].

- Рекомендовано направить беременную пациентку с высоким риском ХА и/или пороков развития плода, ассоциированных с ХА, по данным скрининга 1-го или 2-го триместра на повторное УЗИ плода [130], [131].

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

Комментарий: Повторное УЗИ плода проводится в медицинской организации акушерского профиля третьей группы (уровня) или медико-генетический центр (консультацию), имеющий лицензии по профилям "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности)",

"ультразвуковая диагностика" и "клиническая лабораторная диагностика", с целью программного перерасчета риска рождения ребенка с ХА.

- Рекомендовано в 34⁰-35⁶ недели беременности направить пациентку на УЗИ плода с целью диагностики поздно манифестирующих пороков развития плода, крупного или маловесного плода [132, 133], [134], [135], [136], [137].

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

Комментарии: Дополнительные УЗИ в 3-м триместре беременности (после 34⁰-36⁶ недель) могут быть назначены при подозрении на неправильное положение или предлежание плода [19, 46], при отсутствии ЧСС или нарушении ЧСС плода (тахикардия, брадикардия, аритмия) во время аускультации ЧСС плода, при несоответствии размеров матки и срока беременности.

- Рекомендовано дважды: в 18⁰-20⁶ недель и в 30⁰-33⁶ недели беременности, направить беременную пациентку группы высокого риска акушерских и перинатальных осложнений (ПЭ, ПР, ЗРП) на ультразвуковую доплерографию маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровотока с целью снижения перинатальной смертности, решения вопроса об индукции родов, родоразрешения посредством операции кесарева сечения [138–140], [141].

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

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

- Рекомендовано направлять беременную пациентку с 32⁰ недель беременности с кратностью 1 раз в 2 недели на КТГ плода [142].

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

- Рекомендовано измерение размеров таза (пельвиметрия) беременной пациентке в 3-м триместре беременности [1].

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

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

2.5 Другие диагностические исследования

- Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку дважды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности, на консультацию врача-терапевта и консультацию врача-стоматолога с целью своевременной диагностики и лечения соматических заболеваний и санации очагов инфекции [1], [143].

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

- Рекомендовано направить беременную пациентку при 1-м визите на консультацию врача-офтальмолога с целью диагностики и лечения заболеваний глаз и выявления противопоказаний к родоразрешению через естественные родовые пути [144].

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

- Рекомендовано направить пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку на консультацию врача-генетика при выявлении у нее и/или ее мужа/партнера факторов риска рождения ребенка с хромосомной или генной аномалией [104].

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

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

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

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

- Рекомендовано направить беременную пациентку дважды: при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности на консультацию медицинского психолога с целью снижения риска акушерских и перинатальных осложнений, и формирования положительных установок на вынашивание и рождение ребенка [145], [146], [147], [148], [149], [150], [151], [152], [153].

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

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1 Немедикаментозные методы коррекции жалоб, возникающих во время нормальной беременности

* Рекомендации данного раздела относятся только к пациенткам с нормальной беременностью.

- Рекомендовано предложить соблюдать диету при жалобах на тошноту и рвоту [4, 154–156].

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

Комментарии: Диета включает: дробное питание, малыми порциями, исключение из рациона жирных, жареных блюд, шоколада, острых блюд, газированных напитков, кофе, крепкого чая.

- Рекомендовано предложить: избегать положений тела, способствующих возникновению изжоги, соблюдение диеты, ношение свободной одежды, не давящей на область желудка, при жалобах на изжогу [1].

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

- Рекомендовано предложить увеличить двигательную активность и добавить пищевые волокна (продукты растительного происхождения) в рацион питания при жалобах на запоры и геморрой [157].

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

- Рекомендована эластическая компрессия нижних конечностей при жалобах на варикозное расширение вен нижних конечностей [158].

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

Комментарии: Ношение компрессионного трикотажа способствует сдавлению подкожных вен, уменьшению застойных явлений и увеличению скорости кровотока по глубоким венам нижних конечностей. Помимо компрессионного трикотажа беременной пациентке может быть назначен комплекс упражнений (лечебная физкультура) и контрастный душ в сочетании с правильным режимом труда и отдыха. При выраженном расширении вен нижних конечностей рекомендована консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга.

- Рекомендовано предложить соблюдать режим физической активности при жалобах на боль в спине [159, 160].

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

Комментарий: Соблюдение режима физической активности включает плавание и физические упражнения.

- Рекомендовано предложить ношение специального ортопедического бандажа и использование локтевых костылей при движении при жалобах на боль в лобке [161].

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

3.2 Медикаментозные методы коррекции жалоб, возникающих во время нормальной беременности

* Рекомендации данного раздела относятся только к пациенткам с нормальной беременностью.

- Рекомендовано назначить препараты с антацидным действием (АТХ антациды) при жалобах на изжогу и отсутствии эффекта от соблюдения диеты и образа жизни [162, 163].

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

- Рекомендовано назначить лекарственные средства, разрешенные к применению во время беременности, в соответствии с клиническими рекомендациями «Геморрой» 2020 г. при жалобах на геморрой при отсутствии эффекта от соблюдения режима профилактики запоров [164, 165], [166].

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

3.3 Назначение витаминов и микроэлементов

- Рекомендовано назначить пациентке, планирующей беременность (на прегравидарном этапе), за 2-3 месяца до наступления беременности и на протяжении первых 12 недель беременности пероральный прием фолиевой кислоты** в дозе 400-800 мкг в день с целью снижения риска дефекта нервной трубки у плода [19], [167, 168], [169], [170], [171].

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

Комментарий: Назначение фолиевой кислоты беременным младше 18 лет рекомендовано в виде биологически активной добавки при указании детского возраста в качестве противопоказания в инструкции к лекарственному препарату. Доза фолиевой кислоты зависит от риска возникновения дефектов нервной трубки. Высокий риск - при наличии дефекта нервной трубки в анамнезе или семейном анамнезе, наличии синдрома мальабсорбции у женщины. Фолиевая кислота может быть назначена как монопрепарат или в составе поливитаминов и поливитаминов в комбинации с минеральными веществами.

- Рекомендовано назначить пациентке, планирующей беременность (на прегравидарном этапе), за 2-3 месяца до наступления беременности и на протяжении всей беременности пероральный прием препаратов йода (калия йодида**) в дозе 200 мкг в день с целью устранения йодного дефицита для профилактики нарушений нейрогенеза у плода [87], [172].

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

Комментарий: Препараты йода могут быть назначены как монопрепарат или в составе поливитаминов и поливитаминов в комбинации с минеральными веществами.

- Рекомендовано назначить беременной пациентке группы высокого риска гиповитаминоза пероральный прием колекальциферола** на протяжении всей беременности в дозе 500-1000 МЕ в день с целью профилактики дефицита витамина D для снижения риска акушерских осложнений [173, 174], [175], [176], [177], [178].

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

Комментарии: К группе высокого риска гиповитаминоза витамина D относятся женщины: с темной кожей [179], витилиго [180], имеющие ограничения пребывания на солнце [181], с заболеваниями желудочно-кишечного тракта [182], с недостаточным питанием [183], ожирением [184], анемией [185], диабетом [186]. Согласно инструкции к лекарственному препарату доза 500 МЕ рекомендована в 1-2 триместре беременности, с 28 недель беременности возможно назначение 1000 МЕ колекальциферола** с целью профилактики дефицита и недостаточности витамина D. Колекальциферол** может быть назначен как монопрепарат или в составе поливитаминов и поливитаминов в комбинации с минеральными веществами. При наличии лабораторно подтвержденного дефицита витамина D необходима консультация врача-эндокринолога и коррекция дозы колекальциферола** в соответствии с проектом клинических рекомендаций Российской ассоциации эндокринологов «Дефицит витамина D» 2023 г. [187]. В группе низкого риска гиповитаминоза витамина D его назначение не снижает риск таких акушерских осложнений, как ПЭ, ЗРП и ГСД [188, 189].

- Не рекомендовано рутинно назначать поливитамины и поливитамины в комбинации с минеральными веществами беременной пациентке группы низкого риска гиповитаминоза [190].

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

Комментарий: Доказано положительное влияние отдельных витаминов и микроэлементов (фолиевая кислота**, колекальциферол**, препараты железа) на перинатальные исходы [191], [192], [193]. Пероральный прием поливитаминов или поливитаминов в комбинации с минеральными веществами на протяжении всей беременности (с учетом рекомендованных выше дозировок витаминов и микроэлементов) рекомендован беременным пациенткам группы высокого риска гиповитаминоза [194]. К группе высокого риска гиповитаминоза относятся женщины: с наличием заболеваний, нарушающих обмен витаминов [195], [196], с

особенностью диеты (вегетарианская/веганская диета, редуцированная по калорийности диета) [197], с ожирением [198], с избыточными физическими перегрузками [199].

- Не рекомендовано рутинно назначать беременной пациентке Омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты (АТХ -Омега-3 триглицериды, включая другие эфиры и кислоты) [178], [200], [201], [202], [203], [204], [205], [206].

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

Комментарий: Назначение Омега-3 триглицериды, включая другие эфиры и кислоты, не снижает риск ГСД, ПР, нарушения нейрокогнитивного развития детей, послеродовой депрессии, ПЭ, ЗРП. Беременной пациентке группы риска ПР и ЗРП, например, курящей беременной пациентке, может быть рекомендован прием Омега-3 триглицериды, включая другие эфиры и кислоты, так как это снижает риск спонтанных ПР и рождения маловесных детей [207].

- Не рекомендовано рутинно назначать препараты железа беременной пациентке при нормальном уровне гемоглобина [208], [209], [210].

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

Комментарии: Нет доказательств пользы рутинного назначения препаратов железа для здоровья матери или ребенка [211]. При этом пациенткам группы риска развития латентного железодефицита и железодефицитной анемии (у которых невозможно устранить причину развития железодефицитного состояния, соблюдающим вегетарианскую или веганскую диету) рекомендовано назначать профилактические дозы лекарственных препаратов железа, пациенткам с железодефицитной анемией – лечебные дозы препаратов железа согласно клиническим рекомендациям «Железодефицитная анемия» 2021 г. [212].

- Не рекомендовано рутинно назначать беременной пациентке ретинол** (витамин А) [213], [214].

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

Комментарии: Нет доказательств пользы рутинного назначения витамина А. Прием витамина А не снижает риск материнской, перинатальной и неонатальной смертности, мертворождений, рождения детей с низкой массой тела [213]. Прием больших доз витамина А (>10 000 МЕ) может оказывать тератогенный эффект [214], [215], [216], [217], [218], [219].

- Не рекомендовано рутинно назначать беременной пациентке витамин Е [220], [221].

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

Комментарии: Прием витамина Е не снижает риск таких акушерских и перинатальных осложнений, как ПЭ, ПР, ЗРП, антенатальная гибель плода и неонатальная смерть.

- Не рекомендовано рутинно назначать беременной пациентке аскорбиновую кислоту** (витамин С) [220], [222], [223].

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

Комментарии: Рутинный прием аскорбиновой кислоты** не снижает риск таких акушерских и перинатальных осложнений, как ПЭ, ПР, ЗРП, антенатальная гибель плода и неонатальная смерть.

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Не применимо

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

5.1 Рекомендации по исключению факторов риска для профилактики осложнений беременности

- Рекомендовано информировать пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку о необходимости нормализации массы тела на прегравидарном этапе и правильной прибавке массы тела во время беременности в зависимости от исходного ИМТ с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений [24, 224–227].

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

Комментарии: Как избыточная, так и недостаточная прибавка массы тела во время беременности ассоциирована с акушерскими и перинатальными осложнениями. Беременные пациентки с ожирением ($\text{ИМТ} \geq 30 \text{ кг/м}^2$) составляют группу высокого риска перинатальных осложнений: выкидыша, ГСД, гипертензивных расстройств, ПР, оперативного родоразрешения, антенатальной и интранатальной гибели плода, ТЭО [24, 228]. Беременные с $\text{ИМТ} \leq 18,5 \text{ кг/м}^2$ составляют группу высокого риска ЗРП [227].

- Рекомендовано информировать беременную пациентку о необходимости отказа от работы, связанной с длительным стоянием или с излишней физической нагрузкой, работы в ночное время и работы, вызывающей усталость, с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений [229–231].

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

Комментарий: Данные виды работ ассоциированы с повышенным риском ПР, гипертензии, ПЭ и ЗРП.

- Рекомендовано информировать пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку о необходимости отказа от работы, связанной с воздействием рентгеновского излучения, с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений [232, 233].

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

- Рекомендовано информировать беременную пациентку о пользе регулярной умеренной физической нагрузки (20-30 минут в день) с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений [234].

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

Комментарий: Физические упражнения, не сопряженные с избыточной физической нагрузкой или возможной травматизацией женщины, не увеличивают риск ПР и нарушения развития детей [235, 236].

- Рекомендовано информировать беременную пациентку о необходимости избегания физических упражнений, которые могут привести к травме живота, падениям, стрессу (например, контактные виды спорта, такие как борьба, виды спорта с ракеткой и мячом, подводные погружения) с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений [237].

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

- Рекомендовано информировать беременную пациентку, планирующую длительный авиаперелет, о необходимости мер профилактики ТЭО, таких как ходьба по салону самолета, обильное питье, исключение алкоголя и кофеина [238, 239], и ношение компрессионного трикотажа на время полета [240, 241].

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

Комментарий: Авиаперелеты увеличивают риск ТЭО, который составляет 1/400 – 1/10000 случаев, вне зависимости от наличия беременности. Так как часто имеют место бессимптомные ТЭО, этот риск может быть еще выше (примерно в 10 раз) [238].

- Рекомендовано информировать беременную пациентку о правильном использовании ремня безопасности в автомобиле, так как правильное использование ремня безопасности снижает риск потери плода в случае аварий в 2-3 раза [242, 243].

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

Комментарий: Правильное использование ремня безопасности у беременной женщины заключается в использовании трехточечного ремня, где первый ремень протягивается под животом по бедрам, второй ремень – через плечи, третий ремень – над животом между молочными железами [244].

- Рекомендовано информировать пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку о правилах здорового образа жизни, направленного на снижение воздействия на организм вредных факторов окружающей среды (поллютантов) с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений [245–249].

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

Комментарий: Выявлен повышенный риск невынашивания беременности, ПР, гестационной артериальной гипертензии и других осложнений беременности вследствие воздействия поллютантов, содержащихся в атмосферном воздухе, воде и продуктах питания (например, тяжелых металлов – мышьяка, свинца, и др. органических соединений – бисфенола А, и др.).

- Рекомендовано информировать пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку о необходимости отказа от курения с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений [250–252].

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

Комментарии: Курение во время беременности ассоциировано с такими осложнениями как ЗРП, ПР, предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), гипотиреоз у матери [250, 251], преждевременное излитие околоплодных вод [252], низкая масса тела при рождении, перинатальная смертность [250] и эктопическая беременность [250]. Примерно 5-8% ПР, 13-19% родов в срок ребенком с низкой массой тела, 23-34% случаев внезапной детской смерти и 5-7% смертей в детском возрасте по причинам, связанным с патологическим течением пренатального периода, могут быть ассоциированы с курением матери во время беременности [253]. Дети, рожденные от курящих матерей, имеют повышенный риск заболеваемости бронхиальной астмой, кишечными коликами и ожирением [254–256].

- Рекомендовано информировать пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку о необходимости отказа от приема алкоголя с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений [257, 258].

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

Комментарий: Несмотря на отсутствие высоко доказательных данных негативного влияния малых доз алкоголя на акушерские и перинатальные осложнения, накоплено достаточное количество наблюдений о негативном влиянии алкоголя на течение беременности вне зависимости от принимаемой дозы алкоголя [257, 259–261], например алкогольный синдром плода и задержка психомоторного развития [258].

- Рекомендовано информировать пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку о необходимости правильного питания, в частности отказа от вегетарианства [262] и снижения потребления кофеина с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений [263–266].

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

Комментарии: Вегетарианство во время беременности увеличивает риск ЗРП [262]. Большое количество кофеина (более 300 мг/сутки) увеличивает риск прерывания беременности и рождения маловесных детей [263–266].

- Рекомендовано информировать пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку о необходимости правильного питания, в частности отказа от потребления рыбы, богатой метилртутью [267, 268], снижения потребления пищи, богатой витамином А (например, говяжьей, куриной утиной печени и продуктов из нее) [269] и потребления пищи с достаточной калорийностью и содержанием белка, витаминов и

минеральных веществ с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений [270].

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

Комментарии: Большое потребление рыбы, богатой метилртутью (например, тунец, акула, рыба-меч, макрель) может вызвать нарушение развития плода [267, 268]. Здоровое питание во время беременности характеризуется достаточной калорийностью и содержанием белка, витаминов и минеральных веществ, получаемых в результате употребления в пищу разнообразных продуктов, включая зеленые и оранжевые овощи, мясо, рыбу, бобовые, орехи, фрукты и продукты из цельного зерна [270].

- Рекомендовано информировать пациентку, планирующую беременность (на прегравидарном этапе), и беременную пациентку о необходимости избегать потребление непастеризованного молока, созревших мягких сыров, паштета и плохо термически обработанных мяса и яиц, так как эти продукты являются источниками листериоза и сальмонеллеза [271, 272].

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

Комментарии: Самыми частыми инфекциями, передающимися с пищей, являются листериоз и сальмонеллез. Заболеваемость листериозом беременных женщин выше (12/100 000), чем в целом по популяции (0,7/100 000) [271].

- Рекомендовано проводить оценку факторов риска осложнений беременности с целью выявления групп риска и своевременной профилактики акушерских и перинатальных осложнений [1].

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

Комментарий: Учет факторов риска акушерских и перинатальных осложнений необходимо проводить в соответствии с действующими клиническими рекомендациями по соответствующим заболеваниям (состояниям) (возможно с использованием автоматизированных информационных систем).

5.2. Специфическая антенатальная профилактика резус-изоиммунизации

- Беременной резус-отрицательной пациентке с отрицательным уровнем антирезусных антител в 28 недель рекомендовано назначать введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D]** в 28-30 недель беременности в дозе, согласно инструкции к препарату, внутримышечно [65, 273].

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

Комментарии: При резус-отрицательной принадлежности крови мужа/партнера или резус-отрицательной принадлежности крови у плода при неинвазивном тестировании, введение

иммуноглобулина человека антирезус Rho[D]** в 28-30 недель не проводится. Если профилактика не была проведена в 28 недель, она показана после 28 недель беременности при условии отсутствия анти-Rh-антител.

- Беременной резус-отрицательной пациентке с отрицательным уровнем антирезусных антител после проведения амниоцентеза, кордоцентеза, биопсии хориона, плаценты рекомендовано назначить дополнительное введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D]** в дозе, согласно инструкции к препарату, внутримышечно [24, 274], [275], [276].

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

5.3. Вакцинация на прегравидарном этапе и во время беременности

- Рекомендовано пациентке, планирующей беременность, оценить вакцинальный статус, риск заражения и последствия перенесённой инфекции с целью определения необходимости и вида вакцинации [277], [278], [279], [280].

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

Комментарий: Для небеременных пациенток на прегравидарном этапе действуют следующие правила вакцинации:

Ревакцинация от дифтерии и столбняка проводится каждые 10 лет. При подготовке к планируемой беременности вакцинацию от дифтерии и столбняка следует проводить не менее, чем за 1 месяц до её наступления.

Вакцинация от гепатита В проводится трехкратно по схеме 0-1-6 месяцев. При подготовке к планируемой беременности вакцинацию от гепатита В следует начинать не позднее, чем за 7 месяцев до её наступления.

Вакцинация от краснухи проводится женщинам, ранее не привитым или привитым однократно и не болевшим. При подготовке к планируемой беременности вакцинацию от краснухи следует провести не позднее, чем за 2 месяца до планируемой беременности.

Вакцинация от кори проводится женщинам ≤ 35 лет (женщинам некоторых профессий в возрасте ≤ 55 лет), ранее не привитым, привитым однократно и не болевшим.

Применение комбинированной вакцины для профилактики кори, краснухи и паротита** у женщин требует предохранения от беременности в течение 1 месяца после введения вакцины.

Вакцинация от ветряной оспы проводится женщинам ранее не привитым и не болевшим. При подготовке к планируемой беременности вакцинацию от ветряной оспы следует провести не позднее, чем за 3 месяца до планируемой беременности.

Вакцинация от COVID-19 проводится пациенткам, планирующим беременность (на прегравидарном этапе), и беременным пациенткам вакцинами для профилактики COVID-19** с актуальным антигенным составом согласно инструкциям к лекарственным препаратам [281]. Кратность вакцинации определяется нормативными документами Минздрава России.

- Рекомендована в сезон гриппа вакцинация вакцинами для профилактики гриппа пациенткам, планирующим беременность (на прегравидарном этапе за 1 месяц до планируемой беременности), и беременным пациенткам во 2-м-3-м триместре беременности (в группе повышенного риска – начиная с 1-го триместра беременности) [282], [283].

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

Комментарий: Во время беременности используются вакцины для профилактики гриппа (трёх-четырёхвалентные инактивированные вакцины, не содержащими консервантов).

- Беременным пациенткам не рекомендована вакцинация вирусными вакцинами, содержащими аттенуированные штаммы (против кори, краснухи, эпидемического паротита, ветряной оспы и др.) [284], [285], [279].

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

Комментарий: Беременным пациенткам противопоказана вакцинация вакцинами для профилактики вирусных инфекций, содержащими аттенуированные штаммы (против кори, краснухи, эпидемического паротита, ветряной оспы и др.) [284] (Таблица 3). Вакцинировать не привитую и не болевшую ранее беременную пациентку от желтой лихорадки допускается только при предстоящем переезде в эндемичную зону или по эпидемическим показаниям [277]. Беременным пациенткам допустима вакцинация инактивированными вакцинами, генно-инженерными вакцинами, или анатоксинами (вакцинами для профилактики бактериальных инфекций) в случае высокого риска инфицирования.

Вакцинировать беременную пациентку от полиомиелита, гепатита А и В, менингококковой и пневмококковой инфекции следует при предстоящем переезде в эндемичную зону, в качестве постконтактной специфической профилактики и при высоком риске заражения при условии отсутствия вакцинации в период прегравидарной подготовки [286], [287]. При проведении вакцинации против вирусного гепатита В используются вакцины, не содержащие консерванты.

Лечебно-профилактическая иммунизация вакциной для профилактики бешенства** может проводиться беременной женщине при угрозе заражения бешенством в результате контакта и укуса больными бешенством животными, животными с подозрением на заболевание бешенством, дикими или неизвестными животными.

Вакцинировать беременную пациентку от столбняка следует при высоком риске инфицирования и при отсутствии вакцинации на прегравидарном этапе.

Вакцинировать беременную пациентку от дифтерии и коклюша следует при высоком риске инфицирования и при отсутствии вакцинации на прегравидарном этапе. Используют вакцины

для профилактики дифтерии (с уменьшенным содержанием антигена), коклюша (с уменьшенным содержанием антигена, бесклеточной) и столбняка, адсорбированная**, что дополнительно способствует выработке сывороточных противокклюшных антител у женщины с последующей трансплацентарной передачей и профилактике коклюша у младенцев. Возможно проводить вакцинацию беременных против коклюша во 2-м или 3-м триместрах, но не позднее 15 дней до даты родов с целью профилактики коклюшной инфекции [288].

- Не рекомендовано искусственное прерывание беременности при непреднамеренном введении вирусных вакцин, содержащими аттенуированные штаммы (вакцины против кори, краснухи, эпидемического паротита, ветряной оспы, гриппа и др.) в связи с тем, что риск последствий прерывания беременности значительно выше вероятности развития неблагоприятных явлений после вакцинации [277], [289].

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

Таблица 3

Вакцинация во время беременности [290]

Заболевание, от которого производится вакцинация	Вакцинация во время беременности	Комментарий
Грипп	В сезон гриппа во 2-3-м триместре, в группе высокого риска - с 1-го триместра	Трёх-четырёхвалентные инактивированные вакцины
COVID-19	Срок беременности – согласно инструкции к вакцине	Вакцины для профилактики COVID-19** согласно инструкции к вакцине
Краснуха*	Нет	Беременность должна планироваться не ранее, чем через 2 месяца после вакцинации
Ветряная оспа*	Нет	Беременность должна планироваться не ранее, чем через 3 месяца после вакцинации
Туберкулез*	Нет	
Корь*	Нет	
Эпидемический паротит*	Нет	
Желтая лихорадка*	Нет	Только по эпидемиологическим показаниям
Ку-лихорадка*	Нет	
Туляремия*	Нет	
Чума*	Нет	
Сибирская язва*	Нет	
Бруцеллез*		
Лихорадка Эбола	Нет	Безопасность не доказана
Брюшной тиф	Нет	Безопасность не доказана
Холера	Нет	Безопасность не доказана
Лептоспироз	Нет	Безопасность не доказана
ВПЧ-инфекция	Нет	Безопасность не доказана

Заболевание, от которого производится вакцинация	Вакцинация во время беременности	Комментарий
Гепатит А	Да	Только в случае высокого риска инфицирования
Гепатит В	Да	Только в случае высокого риска инфицирования. Вакцины, не содержащие консервантов.
Менингококковая инфекция	Да	Только в случае высокого риска инфицирования
Пневмококковая инфекция	Да	Только в случае высокого риска инфицирования
Полиомиелит	Да	Только в случае высокого риска инфицирования
Бешенство	Да	Лечебно-профилактическая иммунизация
Клещевой энцефалит	Да	Только в случае высокого риска инфицирования
Дифтерия, столбняк, коклюш	Да	В случае высокого риска инфицирования

* – живая вакцина, противопоказана во время беременности

6. Организация оказания медицинской помощи

При нормально протекающей беременности госпитализация требуется только для родоразрешения и для проведения лечебно-профилактических мероприятий по изосенсибилизации, проводимых до 36-й недели беременности в условиях дневного стационара.

Основные показания для госпитализации в акушерско-гинекологический стационар:

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

Показания к выписке пациента из медицинской организации: В соответствии с выявленной патологией (см. соответствующие клинические рекомендации).

Кратность посещения врача акушера-гинеколога во время нормальной беременности: Оптимальная кратность посещения врача акушера-гинеколога беременной женщиной с нормально протекающей беременностью составляет от 5 до 7 раз. Оптимальным временем первого визита к врачу является 1-й триместр беременности (до 10 недель) [19].

В малочисленных, отдаленных и труднодоступных населенных пунктах, в которых отсутствуют специализированные медицинские организации (их структурные подразделения), первичная доврачебная медико-санитарная помощь женщинам во время беременности оказывается акушеркой или фельдшером в фельдшерско-акушерских пунктах, в том числе передвижных, фельдшерских здравпунктах; первичная врачебная медико-санитарная помощь - врачами общей практики (семейными врачами) в офисах врачей общей практики (семейных врачей); первичная специализированная медико-санитарная помощь - врачами-акушерами-гинекологами в центральных районных больницах (районных больницах), в состав которых входят женские консультации или акушерско-гинекологические подразделения (кабинеты).

При оказании медицинской помощи во время беременности врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских здравпунктов в случае возникновения осложнений обеспечивается консультация врача-акушера-гинеколога и врача-специалиста по профилю заболевания, в том числе с применением телемедицинских технологий.

Часть лабораторных и инструментальных исследований могут быть выполнены на базе женских консультаций, акушерско-гинекологических подразделений (кабинетов) центральных районных больниц (районных больниц) с обеспечением для женщин транспортной доступности, или в передвижных медицинских подразделениях.

Также медицинская помощь женщинам в период беременности, проживающим в районах, отдаленных от акушерских стационаров и не имеющих показаний для госпитализации в отделение патологии беременности, направляются на родовую госпитализацию в отделения акушерского ухода для беременных женщин для наблюдения.

При возникновении экстренного и/или неотложного состояния со стороны женщины и/или плода беременная, проживающая в районах, отдаленных от акушерских стационаров, госпитализируется в ургентный родильный зал/ родильное отделение/ родильный дом центральных районных больниц (районных больниц).

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Не применимо

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Да/ Нет
1.	Проведено определение срока беременности и родов по дате последней менструации и/или данным ультразвукового исследования при 1-м визите беременной пациентки	Да/ Нет
2.	Проведено измерение артериального давления на периферических артериях и исследование пульса при каждом визите беременной пациентки	Да/ Нет
3.	Проведено измерение размеров матки (высоты дна матки) при каждом визите беременной пациентки и ведение гравидограммы после 20 недель беременности	Да/ Нет
4.	Проведена аускультация плода (определение частоты сердцебиения плода) с помощью фетального доплера (анализатора доплеровского сердечно-сосудистой деятельности матери и плода малогабаритного) или с помощью стетоскопа акушерского после 22 недель беременности при каждом визите беременной пациентки	Да/ Нет
5.	Выполнено направление беременной пациентки на исследование уровня антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ1/2 и антигена р24 (<i>Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24</i>) в крови при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности	Да/ Нет
6.	Выполнено направление беременной пациентки на определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (<i>Hepatitis B virus</i>) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (<i>Hepatitis B virus</i>) в крови при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности	Да/ Нет
7.	Выполнено направление беременной пациентки на определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в крови при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности	Да/ Нет
8.	Выполнено направление беременной пациентки на микроскопическое исследование влажных мазков при 1-м визите (при 1-м визите в 1-м или 2-м триместре беременности) и в 3-м триместре беременности	Да/ Нет
9.	Выполнено направление беременной пациентки на определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор) однократно при 1-м визите	Да/ Нет
10.	Выполнено направление беременной пациентки на общий (клинический) анализ крови при 1-м визите, во 2-м и в 3-м триместре беременности	Да/ Нет
11.	Выполнено направление беременной пациентки на исследование уровня глюкозы в крови натощак и дополнительное исследование уровня глюкозы в крови при выявлении уровня глюкозы венозной крови натощак $\geq 7,0$ ммоль/л	Да/ Нет
12.	Выполнено направление беременной пациентки на проведение глюкозотолерантного теста (пероральный глюкозотолерантный тест) с 75 г декстрозы в 24 ⁰ -28 ⁰ недель беременности в случае, если у нее не было выявлено нарушение углеводного обмена или не проводилось обследование на ранних сроках беременности	Да/ Нет
13.	Выполнено направление беременной пациентки на исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови и определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови однократно при 1-м визите	Да/ Нет
14.	Выполнено направление беременной пациентки на общий (клинический) анализ мочи при 1-м визите, во 2-м и в 3-м триместре беременности	Да/ Нет
15.	Выполнено направление беременной пациентки на микробиологическое (культуральное) исследование мочи на бактериальные патогены с применением автоматизированного посева однократно при 1-м визите	Да/ Нет
16.	Выполнено направление беременной пациентки на бактериологическое исследование вагинального отделяемого и ректального отделяемого на стрептококк группы В (<i>S. agalactiae</i>) или определение ДНК стрептококка группы В (<i>S. agalactiae</i>) во влажном мазке и ректальном мазке методом ПЦР в 35 ⁰ -37 ⁰ недель беременности	Да/ Нет
17.	Выполнено направление беременной пациентки в 11 ⁰ -13 ⁶ недель беременности на скрининг 1-го триместра, который включает комбинацию исследования уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови и исследования уровня белка А, связанного с беременностью, в крови (РАРР-А), ультразвуковое скрининговое исследование по оценке антенатального развития плода с целью выявления хромосомных аномалий, пороков развития, рисков задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии (скрининг I) (код медицинской услуги - А04.30.001.003)	Да/ Нет
18.	Выполнено направление беременной пациентки в 18 ⁰ -20 ⁶ недель беременности на ультразвуковое скрининговое исследование по оценке антенатального развития плода с целью выявления хромосомных аномалий, пороков развития, рисков задержки роста плода, преждевременных родов, преэклампсии (скрининг II) (код медицинской услуги - А04.30.001.005), врожденных аномалий развития, оценки экстремальных эмбриональных структур (локализации, толщины, структуры плаценты, количества околоплодных вод) и ультразвуковое исследование шейки матки (УЗ-цервикометрию)	Да/ Нет
19.	Выполнено направление беременной пациентки в 34 ⁰ -35 ⁶ недели беременности на ультразвуковое исследование плода	Да/ Нет

№	Критерии качества	Да/ Нет
20.	Назначен пероральный прием фолиевой кислоты** беременной пациентке на протяжении первых 12 недель беременности в дозе 400-800 мкг в день	Да/ Нет

Список литературы

1. Савельева Г.М., Сухих Г.Т. Серов В.Н. Акушерство. Национальное руководство. 2-е издание. 2018. 1735 стр.
2. Клинические рекомендации «Венозные осложнения во время беременности и послеродовом периоде. Акушерская тромбоэмболия» 2022 г. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/723_1.
3. Whitehead S.A., Andrews P.L.R., Chamberlain G.V.P. Characterisation of nausea and vomiting in early pregnancy: a survey of 1000 women. *J Obstet Gynaecol (Lahore)*. 1992; 12(6):364–9. <https://dx.doi.org/10.3109/01443619209025932>.
4. Gadsby R., Barnie-Adshead A.M., Jagger C. A prospective study of nausea and vomiting during pregnancy. *Br J Gen Pract*. 1993; 43(371):245–8.
5. Marrero J.M., Goggin P.M., de Caestecker J.S., Pearce J.M., Maxwell J.D. Determinants of pregnancy heartburn. *Br J Obstet Gynaecol*. 1992; 99(9):731–4. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.1992.tb13873.x>.
6. Knudsen A., Lebech M., Hansen M. Upper gastrointestinal symptoms in the third trimester of the normal pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1995; 60(1):29–33. [https://dx.doi.org/10.1016/0028-2243\(95\)02069-1](https://dx.doi.org/10.1016/0028-2243(95)02069-1).
7. Bainbridge E.T., Temple J.G., Nicholas S.P., Newton J.R., Boriah V. Symptomatic gastro-oesophageal reflux in pregnancy. A comparative study of white Europeans and Asians in Birmingham. *Br J Clin Pract*. 1983; 37(2):53–7.
8. Meyer L.C., Peacock J.L., Bland J.M., Anderson H.R. Symptoms and health problems in pregnancy: their association with social factors, smoking, alcohol, caffeine and attitude to pregnancy. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 1994; 8(2):145–55. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-3016.1994.tb00445.x>.
9. Клинические рекомендации “Запор” 2021 г. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/274_2.
10. Abramowitz L., Sobhani I., Benifla J.L., Vuagnat A., Daraï E., Mignon M., et al. Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery. *Dis Colon Rectum*. 2002; 45(5):650–5. <https://dx.doi.org/10.1007/s10350-004-6262-5>.
11. Krajcar J., Radaković B., Stefanić L. Pathophysiology of venous insufficiency during pregnancy. *Acta Med Croatica*. 1998; 52(1):65–9.
12. Клинические рекомендации “Варикозное расширение вен нижних конечностей” 2021 г. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/680_1.
13. Greenwood C.J., Stainton M.C. Back pain/discomfort in pregnancy: invisible and forgotten. *J Perinat Educ*. 2001; 10(1):1–12. <https://dx.doi.org/10.1624/105812401X88002>.

14. Kristiansson P., Svärdsudd K., von Schoultz B. Back pain during pregnancy: a prospective study. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1996; 21(6):702–9.
15. Stapleton D.B., MacLennan A.H., Kristiansson P. The prevalence of recalled low back pain during and after pregnancy: a South Australian population survey. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2002; 42(5):482–5. <https://dx.doi.org/10.1111/j.0004-8666.2002.00482.x>.
16. Owens K., Pearson A., Mason G. Symphysis pubis dysfunction--a cause of significant obstetric morbidity. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2002; 105(2):143–6. [https://dx.doi.org/10.1016/s0301-2115\(02\)00192-6](https://dx.doi.org/10.1016/s0301-2115(02)00192-6).
17. Voitk A.J., Mueller J.C., Farlinger D.E., Johnston R.U. Carpal tunnel syndrome in pregnancy. *Can Med Assoc J*. 1983; 128(3):277–81.
18. Padua L., Aprile I., Caliandro P., Carboni T., Meloni A., Massi S., et al. Symptoms and neurophysiological picture of carpal tunnel syndrome in pregnancy. *Clin Neurophysiol*. 2001; 112(10):1946–51. [https://dx.doi.org/10.1016/s1388-2457\(01\)00637-x](https://dx.doi.org/10.1016/s1388-2457(01)00637-x).
19. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. 2nd ed. London NW1 4RG: RCOG Press; 2008. 428 p.
20. Rong K., Yu K., Han X., Szeto I.M.Y., Qin X., Wang J., et al. Pre-pregnancy BMI, gestational weight gain and postpartum weight retention: a meta-analysis of observational studies. *Public Health Nutr*. 2015; 18(12):2172–82. <https://dx.doi.org/10.1017/S1368980014002523>.
21. Carlson N.S., Leslie S.L., Dunn A. Antepartum Care of Women Who Are Obese During Pregnancy: Systematic Review of the Current Evidence. *J Midwifery Womens Health*. 2018; 63(3):259–72. <https://dx.doi.org/10.1111/jmwh.12758>.
22. McAuliffe F.M., Killeen S.L., Jacob C.M., Hanson M.A., Hadar E., McIntyre H.D., et al. Management of prepregnancy, pregnancy, and postpartum obesity from the FIGO Pregnancy and Non-Communicable Diseases Committee: A FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) guideline. *Int J Gynecol Obstet*. 2020; 151(S1):16–36. <https://dx.doi.org/10.1002/ijgo.13334>.
23. Langley-Evans S.C., Pearce J., Ellis S. Overweight, obesity and excessive weight gain in pregnancy as risk factors for adverse pregnancy outcomes: A narrative review. *J Hum Nutr Diet*. 2022; 35(2):250–64. <https://dx.doi.org/10.1111/jhn.12999>.
24. American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care. 8th ed. Elk Grove Village, IL; Washington, DC; 2017.
25. Nissaisorakarn P., Sharif S., Jim B. Hypertension in Pregnancy: Defining Blood Pressure Goals and the Value of Biomarkers for Preeclampsia. *Curr Cardiol Rep*. 2016; 18(12):131. <https://dx.doi.org/10.1007/s11886-016-0782-1>.

26. Metoki H., Iwama N., Ishikuro M., Satoh M., Murakami T., Nishigori H. Monitoring and evaluation of out-of-office blood pressure during pregnancy. *Hypertens Res.* 2017; 40(2):107–9. <https://dx.doi.org/10.1038/hr.2016.112>.
27. Клинические рекомендации «Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде» 2021 г. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/637_1.
28. Odedina S.O., Ajayi I.O., Adeniji-Sofoluwe A., Morhason-Bello I.O., Huo D., Olopade O.I., et al. A longitudinal study of the prevalence and characteristics of breast disorders detected by clinical breast examination during pregnancy and six months postpartum in Ibadan, Southwestern Nigeria. *BMC Womens Health.* 2018; 18(1):152. <https://dx.doi.org/10.1186/s12905-018-0647-4>.
29. Lauby-Secretan B., Scoccianti C., Loomis D., Benbrahim-Tallaa L., Bouvard V., Bianchini F., et al. Breast-Cancer Screening — Viewpoint of the IARC Working Group. *N Engl J Med.* 2015; 372(24):2353–8. <https://dx.doi.org/10.1056/NEJMs1504363>.
30. Клинические рекомендации «Доброкачественная дисплазия молочной железы» 2020 г. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/598_1.
31. Клинические рекомендации “Выкидыш” 2021 г. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/670_1.
32. Клинические рекомендации “Истмико-цервикальная недостаточность” 2021 г. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/671_1.
33. Клинические рекомендации “Преждевременные роды” 2020 г. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/331_1.
34. Lenihan J.P. Relationship of antepartum pelvic examinations to premature rupture of the membranes. *Obstet Gynecol.* 1984; 63(1):33–7.
35. Savitz D.A., Terry J.W., Dole N., Thorp J.M., Siega-Riz A.M., Herring A.H. Comparison of pregnancy dating by last menstrual period, ultrasound scanning, and their combination. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 187(6):1660–6. <https://dx.doi.org/10.1067/mob.2002.127601>.
36. Olesen A.W., Thomsen S.G. Prediction of delivery date by sonography in the first and second trimesters. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2006; 28(3):292–7. <https://dx.doi.org/10.1002/uog.2793>.
37. Neufeld L.M., Haas J.D., Grajéda R., Martorell R. Last menstrual period provides the best estimate of gestation length for women in rural Guatemala. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2006; 20(4):290–8. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-3016.2006.00741.x>.
38. Johnsen S.L., Rasmussen S., Sollien R., Kiserud T. Accuracy of second trimester fetal head circumference and biparietal diameter for predicting the time of spontaneous birth. *J Perinat Med.* 2006; 34(5):367–70. <https://dx.doi.org/10.1515/JPM.2006.074>.

39. Majola L., Budhram S., Govender V., Naidoo M., Godlwana Z., Lombard C., et al. Reliability of last menstrual period recall, an early ultrasound and a Smartphone App in predicting date of delivery and classification of preterm and post-term births. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021; 21(1):493. <https://dx.doi.org/10.1186/s12884-021-03980-6>.
40. Mohamed M., McCormick C.A., Foo A., Meaney S., O' Donoghue K. Dating Ultrasounds are Fundamental to Modern Obstetric Care. *Ir Med J*. 2022; 115(4):582.
41. Verburg B.O., Steegers E.A.P., De Ridder M., Snijders R.J.M., Smith E., Hofman A., et al. New charts for ultrasound dating of pregnancy and assessment of fetal growth: longitudinal data from a population-based cohort study. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2008; 31(4):388–96. <https://dx.doi.org/10.1002/uog.5225>.
42. Pillay P., Janaki S., Manjila C. A Comparative Study of Gravidogram and Ultrasound in Detection of IUGR. *J Obstet Gynaecol India*. 2012; 62(4):409–12. <https://dx.doi.org/10.1007/s13224-012-0292-z>.
43. Antenatal care for uncomplicated pregnancies (CG62). NICE 2019 (<https://www.nice.org.uk/terms-andconditions#notice-of-rights>).
44. Thorp J.M., Jenkins T., Watson W. Utility of Leopold maneuvers in screening for malpresentation. *Obstet Gynecol*. 1991; 78(3 Pt 1):394–6.
45. Lydon-Rochelle M., Albers L., Gorwoda J., Craig E., Qualls C. Accuracy of Leopold maneuvers in screening for malpresentation: a prospective study. *Birth*. 1993; 20(3):132–5. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536x.1993.tb00437.x>.
46. Webb S.S., Plana M.N., Zamora J., Ahmad A., Earley B., Macarthur C., et al. Abdominal palpation to determine fetal position at labor onset: a test accuracy study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011; 90(11):1259–66. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01226.x>.
47. Mangesi L., Hofmeyr G.J., Smith V., Smyth R.M.D. Fetal movement counting for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane database Syst Rev*. 2015; 15;(10):CD(10):CD004909. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004909.pub3>.
48. Volmink J., Siegfried N.L., van der Merwe L., Brocklehurst P. Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. *Cochrane database Syst Rev*. 2007; (1):CD003510. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003510.pub2>.
49. Sexually Transmitted Diseases: Summary of 2015 CDC Treatment Guidelines. *J Miss State Med Assoc*. 2015; 56(12):372–5.
50. Workowski K.A., Berman S.M. CDC sexually transmitted diseases treatment guidelines. *Clin Infect Dis*. 2002; 35(Suppl 2):S135-7. <https://dx.doi.org/10.1086/342100>.

51. Tan W.S., Chow E.P.F., Fairley C.K., Chen M.Y., Bradshaw C.S., Read T.R.H. Sensitivity of HIV rapid tests compared with fourth-generation enzyme immunoassays or HIV RNA tests. *AIDS*. 2016; 30(12):1951–60. <https://dx.doi.org/10.1097/QAD.0000000000001134>.
52. Smallwood M., Vijh R., Nauche B., Lebouché B., Joseph L., Pant Pai N. Evaluation of a Rapid Point of Care Test for Detecting Acute and Established HIV Infection, and Examining the Role of Study Quality on Diagnostic Accuracy: A Bayesian Meta-Analysis. Schmidt RL, editor. *PLoS One*. 2016; 11(2):e0149592. <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0149592>.
53. Санитарно-эпидемиологические правила «Профилактика ВИЧ-инфекции» (постановление Главного государственного врача РФ от 11 января 2011 г. №1, ред. от 21.07.2016 г.).
54. Wong V.C., Ip H.M., Reesink H.W., Lelie P.N., Reerink-Brongers E.E., Yeung C.Y., et al. Prevention of the HBsAg carrier state in newborn infants of mothers who are chronic carriers of HBsAg and HBeAg by administration of hepatitis-B vaccine and hepatitis-B immunoglobulin. Double-blind randomised placebo-controlled study. *Lancet* (London, England). 1984; 1(8383):921–6. [https://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(84\)92388-2](https://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(84)92388-2).
55. Шапошникова Е.В., Сапругько О.О. Хронические вирусные гепатиты В и С и беременность: особенности течения и перинатальные исходы. *Медицинский альманах*. 2014; 4(34):4С.
56. Walker G.J. Antibiotics for syphilis diagnosed during pregnancy. *Cochrane database Syst Rev*. 2001; (3):CD001143. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001143>.
57. Watson-Jones D., Gumodoka B., Weiss H., Changalucha J., Todd J., Mugeye K., et al. Syphilis in pregnancy in Tanzania. II. The effectiveness of antenatal syphilis screening and single-dose benzathine penicillin treatment for the prevention of adverse pregnancy outcomes. *J Infect Dis*. 2002; 186(7):948–57. <https://dx.doi.org/10.1086/342951>.
58. Control and prevention of rubella: evaluation and management of suspected outbreaks, rubella in pregnant women, and surveillance for congenital rubella syndrome. *MMWR Recomm reports Morb Mortal Wkly report Recomm reports*. 2001; 50(RR-12):1–23.
59. Silver B.J., Guy R.J., Kaldor J.M., Jamil M.S., Rumbold A.R. *Trichomonas vaginalis* as a cause of perinatal morbidity: a systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Dis*. 2014; 41(6):369–76. <https://dx.doi.org/10.1097/OLQ.0000000000001134>.
60. Heumann C.L., Quilter L.A.S., Eastment M.C., Heffron R., Hawes S.E. Adverse Birth Outcomes and Maternal *Neisseria gonorrhoeae* Infection: A Population-Based Cohort Study in Washington State. *Sex Transm Dis*. 2017; 44(5):266–71. <https://dx.doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000592>.
61. McDonald H., Brocklehurst P., Parsons J., Vigneswaran R. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy. *Cochrane database Syst Rev*. 2003; (2):CD000262. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000262>.

62. Vallely L.M., Egli-Gany D., Wand H., Pomat W.S., Homer C.S.E., Guy R., et al. Adverse pregnancy and neonatal outcomes associated with *Neisseria gonorrhoeae*: systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Infect.* 2021; 97(2):104–11. <https://dx.doi.org/10.1136/sextrans-2020-054653>.
63. Roberts C.L., Algert C.S., Rickard K.L., Morris J.M. Treatment of vaginal candidiasis for the prevention of preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev.* 2015; 4(1):31. <https://dx.doi.org/10.1186/s13643-015-0018-2>.
64. Judd W.J., Luban N.L., Ness P.M., Silberstein L.E., Stroup M., Widmann F.K. Prenatal and perinatal immunohematology: recommendations for serologic management of the fetus, newborn infant, and obstetric patient. *Transfusion.* 1990; 30(2):175–83. <https://dx.doi.org/10.1046/j.1537-2995.1990.30290162907.x>.
65. McBain R.D., Crowther C.A., Middleton P. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation. *Cochrane database Syst Rev.* 2015; 2015(9):CD000020. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000020.pub3>.
66. White J., Qureshi H., Massey E., Needs M., Byrne G., Daniels G., et al. Guideline for blood grouping and red cell antibody testing in pregnancy. *Transfus Med.* 2016; 26(4):246–63. <https://dx.doi.org/10.1111/tme.12299>.
67. ACOG Practice Bulletin No. 192: Management of Alloimmunization During Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2018; 131(3):e82–90. <https://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000002528>.
68. Клинические рекомендации «Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода» 2020 г. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/596_2.
69. Steer P., Alam M.A., Wadsworth J., Welch A. Relation between maternal haemoglobin concentration and birth weight in different ethnic groups. *BMJ.* 1995; 310(6978):489–91. <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.310.6978.489>.
70. Zhou L.M., Yang W.W., Hua J.Z., Deng C.Q., Tao X., Stoltzfus R.J. Relation of hemoglobin measured at different times in pregnancy to preterm birth and low birth weight in Shanghai, China. *Am J Epidemiol.* 1998; 148(10):998–1006. <https://dx.doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a009577>.
71. Nair M., Churchill D., Robinson S., Nelson-Piercy C., Stanworth S.J., Knight M. Association between maternal haemoglobin and stillbirth: a cohort study among a multi-ethnic population in England. *Br J Haematol.* 2017; 179(5):829–37. <https://dx.doi.org/10.1111/bjh.14961>.
72. Young M.F., Oaks B.M., Tandon S., Martorell R., Dewey K.G., Wendt A.S. Maternal hemoglobin concentrations across pregnancy and maternal and child health: a systematic review and meta-analysis. *Ann N Y Acad Sci.* 2019; 1450(1):47–68. <https://dx.doi.org/10.1111/nyas.14093>.
73. Breymann C. Iron supplementation during pregnancy. *Fetal Matern Med Rev.* 2002; 13(1):1–29. <https://dx.doi.org/10.1017/S0965539502000116>.

74. Рослый И.М., Абрамов С.В. Биохимические показатели крови при физиологической беременности. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2005; 4(2):71–13.
75. Weinert L.S. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy: comment to the International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel. *Diabetes Care*. 2010; 33(7):e97; author reply e98. <https://dx.doi.org/10.2337/dc10-0544>.
76. Walker J.D. NICE guidance on diabetes in pregnancy: management of diabetes and its complications from preconception to the postnatal period. NICE clinical guideline 63. London, March 2008. *Diabet Med*. 2008; 25(9):1025–7. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1464-5491.2008.02532.x>.
77. HAPO Study Cooperative Research Group, Metzger B.E., Lowe L.P., Dyer A.R., Trimble E.R., Chaovarindr U., et al. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med*. 2008; 358(19):1991–2002. <https://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa0707943>.
78. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No. 180: Gestational Diabetes Mellitus. *Obstet Gynecol*. 2017; 130(1):e17–37. <https://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000002159>.
79. Obesity Management for the Treatment of Type 2 Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes — 2019. *Diabetes Care*. 2019; 42(Supplement_1):S81–9. <https://dx.doi.org/10.2337/dc19-S008>.
80. Diagnostic Criteria and Classification of Hyperglycaemia First Detected in Pregnancy. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Geneva: World Health Organization; 2013.
81. Клинические рекомендации “Гестационный сахарный диабет” 2023 г. https://roag-portal.ru/projects_obstetrics.
82. National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health (UK). Diabetes in pregnancy: management of diabetes and its complications from preconception to the postnatal period. NICE Clinical Guidelines, No. 63. London: RCOG Press; 2008.
83. Behboudi-Gandevani S., Amiri M., Bidhendi Yarandi R., Ramezani Tehrani F. The impact of diagnostic criteria for gestational diabetes on its prevalence: a systematic review and meta-analysis. *Diabetol Metab Syndr*. 2019; 11(1):11. <https://dx.doi.org/10.1186/s13098-019-0406-1>.
84. Sun X., Hou N., Wang H., Ma L., Sun J., Liu Y. A Meta-Analysis of Pregnancy Outcomes with Levothyroxine Treatment in Euthyroid Women with Thyroid Autoimmunity. *J Clin Endocrinol Metab*. 2019; . <https://dx.doi.org/10.1210/clinem/dgz217>.
85. Consortium on Thyroid and Pregnancy—Study Group on Preterm Birth, Korevaar T.I.M., Derakhshan A., Taylor P.N., Meima M., Chen L., et al. Association of Thyroid Function Test

Abnormalities and Thyroid Autoimmunity With Preterm Birth: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2019; 322(7):632–41. <https://dx.doi.org/10.1001/jama.2019.10931>.

86. De Groot L., Abalovich M., Alexander E.K., Amino N., Barbour L., Cobin R.H., et al. Management of Thyroid Dysfunction during Pregnancy and Postpartum: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2012; 97(8):2543–65. <https://dx.doi.org/10.1210/jc.2011-2803>.
87. Alexander E.K., Pearce E.N., Brent G.A., Brown R.S., Chen H., Dosiou C., et al. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. *Thyroid*. 2017; 27(3):315–89. <https://dx.doi.org/10.1089/thy.2016.0457>.
88. Nazarpour S., Ramezani Tehrani F., Simbar M., Tohidi M., Alavi Majd H., Azizi F. Effects of levothyroxine treatment on pregnancy outcomes in pregnant women with autoimmune thyroid disease. *Eur J Endocrinol*. 2017; 176(2):253–65. <https://dx.doi.org/10.1530/EJE-16-0548>.
89. Nazarpour S., Ramezani Tehrani F., Simbar M., Tohidi M., Minooe S., Rahmati M., et al. Effects of Levothyroxine on Pregnant Women With Subclinical Hypothyroidism, Negative for Thyroid Peroxidase Antibodies. *J Clin Endocrinol Metab*. 2018; 103(3):926–35. <https://dx.doi.org/10.1210/jc.2017-01850>.
90. Клинические рекомендации “Гипотиреоз” 2021 г. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/531_3.
91. Stettler R.W., Cunningham F.G. Natural history of chronic proteinuria complicating pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1992; 167(5):1219–24. [https://dx.doi.org/10.1016/s0002-9378\(11\)91692-5](https://dx.doi.org/10.1016/s0002-9378(11)91692-5).
92. Morris R.K., Riley R.D., Doug M., Deeks J.J., Kilby M.D. Diagnostic accuracy of spot urinary protein and albumin to creatinine ratios for detection of significant proteinuria or adverse pregnancy outcome in patients with suspected pre-eclampsia: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2012; 345:e4342. <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.e4342>.
93. Sanchez-Ramos L., Gillen G., Zamora J., Stenyakina A., Kaunitz A.M. The protein-to-creatinine ratio for the prediction of significant proteinuria in patients at risk for preeclampsia: a meta-analysis. *Ann Clin Lab Sci*. 2013; 43(2):211–20.
94. Клинические рекомендации “Инфекция мочевых путей при беременности” 2022 г. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/719_1.
95. Thangaratinam S., Coomarasamy A., O’Mahony F., Sharp S., Zamora J., Khan K.S., et al. Estimation of proteinuria as a predictor of complications of pre-eclampsia: a systematic review. *BMC Med*. 2009; 7:10. <https://dx.doi.org/10.1186/1741-7015-7-10>.
96. Meggiolaro A., Unim B., Semyonov L., Miccoli S., Maffongelli E., La Torre G. The role of Pap test screening against cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. *Clin Ter*. 167(4):124–39. <https://dx.doi.org/10.7417/CT.2016.1942>.

97. Клинические рекомендации “Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки” 2020 г. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/597_1.
98. Smaill F. Antibiotic treatment for symptomatic bacteriuria: antibiotic vs. no treatment for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *Cochrane Database Syst R.* 2002; (3):1–5.
99. Smaill F.M. Intrapartum antibiotics for Group B streptococcal colonisation. In: Smaill FM, editor. *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 1996. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000115>.
00. Benitz W.E., Gould J.B., Druzin M.L. Antimicrobial prevention of early-onset group B streptococcal sepsis: estimates of risk reduction based on a critical literature review. *Pediatrics.* 1999; 103(6):e78. <https://dx.doi.org/10.1542/peds.103.6.e78>.
01. Ohlsson A., Shah V.S. Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization. *Cochrane database Syst Rev.* 2014; (6):CD007467. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007467.pub4>.
02. Клинические рекомендации «Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды) 2021 г. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/636_1.
03. Alldred S.K., Takwoingi Y., Guo B., Pennant M., Deeks J.J., Neilson J.P., et al. First and second trimester serum tests with and without first trimester ultrasound tests for Down’s syndrome screening. *Cochrane database Syst Rev.* 2017; 3:CD012599. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD012599>.
04. Кречмар М.В. Особенности пренатального медико-генетического консультирования. *Журнал акушерства и женских болезней.* 2007; 56(1).
05. García-Pérez L., Linertová R., Álvarez-de-la-Rosa M., Bayón J.C., Imaz-Iglesia I., Ferrer-Rodríguez J., et al. Cost-effectiveness of cell-free DNA in maternal blood testing for prenatal detection of trisomy 21, 18 and 13: a systematic review. *Eur J Health Econ.* 2018; 19(7):979–91. <https://dx.doi.org/10.1007/s10198-017-0946-y>.
06. Edwards L., Hui L. First and second trimester screening for fetal structural anomalies. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2018; 23(2):102–11. <https://dx.doi.org/10.1016/j.siny.2017.11.005>.
07. Malone F.D., Canick J.A., Ball R.H., Nyberg D.A., Comstock C.H., Bukowski R., et al. First-trimester or second-trimester screening, or both, for Down’s syndrome. *N Engl J Med.* 2005; 353(19):2001–11. <https://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa043693>.
08. Mollison P., Engelfriet C., Contreras M. Haemolytic disease of the fetus and newborn. *Blood transfusion in clinical medicine.* Oxford: Blackwell Science; 1997. 390–424 p.

09. Brouwers H.A., Overbeeke M.A., van Ertbruggen I., Schaasberg W., Alsbach G.P., van der Heiden C., et al. What is the best predictor of the severity of ABO-haemolytic disease of the newborn? *Lancet* (London, England). 1988; 2(8612):641–4. [https://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(88\)90466-7](https://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(88)90466-7).
10. Gilbert R.E., Peckham C.S. Congenital toxoplasmosis in the United Kingdom: to screen or not to screen? *J Med Screen*. 2002; 9(3):135–41. <https://dx.doi.org/10.1136/jms.9.3.135>.
11. Wallon M., Liou C., Garner P., Peyron F. Congenital toxoplasmosis: systematic review of evidence of efficacy of treatment in pregnancy. *BMJ*. 1999; 318(7197):1511–4. <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.318.7197.1511>.
12. Bolyard E.A., Tablan O.C., Williams W.W., Pearson M.L., Shapiro C.N., Deitchmann S.D. Guideline for infection control in healthcare personnel, 1998. Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1998; 19(6):407–63. <https://dx.doi.org/10.1086/647840>.
13. Stagno S., Whitley R. Herpesvirus infections of pregnancy. Part 1: Cytomegalovirus and Epstein-Barr virus infections. *N Engl J Med*. 1985; 313:1270–4.
14. Alfirevic Z., Navaratnam K., Mujezinovic F. Amniocentesis and chorionic villus sampling for prenatal diagnosis. *Cochrane database Syst Rev*. 2017; 9:CD003252. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003252.pub2>.
15. Beta J., Lesmes-Heredia C., Bedetti C., Akolekar R. Risk of miscarriage following amniocentesis and chorionic villus sampling: a systematic review of the literature. *Minerva Ginecol*. 2018; 70(2):215–9. <https://dx.doi.org/10.23736/S0026-4784.17.04178-8>.
16. Akolekar R., Beta J., Picciarelli G., Ogilvie C., D’Antonio F. Procedure-related risk of miscarriage following amniocentesis and chorionic villus sampling: a systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2015; 45(1):16–26. <https://dx.doi.org/10.1002/uog.14636>.
17. Screening for Fetal Chromosomal Abnormalities. *Obstet Gynecol*. 2020; 136(4):e48–69. <https://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000004084>.
18. Sukhikh S.G.T., Trofimov T.D.Y., Barkov B.I.Y., Donnikov D.A.E., Shubina S.E.S., Korostin K.D.O., et al. New approaches to prenatal screening for chromosomal abnormalities: Maternal blood DNA screening. *Akush Ginekol (Sofia)*. 2016; 8_2016:72–8. <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2016.8.72-78>.
19. Rodgers S.K., Chang C., DeBardeleben J.T., Horrow M.M. Normal and Abnormal US Findings in Early First-Trimester Pregnancy: Review of the Society of Radiologists in Ultrasound 2012 Consensus Panel Recommendations. *Radiographics*. 35(7):2135–48. <https://dx.doi.org/10.1148/rg.2015150092>.

20. Whitworth M., Bricker L., Mullan C. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. *Cochrane database Syst Rev.* 2015; (7):CD007058. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007058.pub3>.
21. Reichlin T., Abächerli R., Twerenbold R., Kühne M., Schaer B., Müller C., et al. Advanced ECG in 2016: is there more than just a tracing? *Swiss Med Wkly.* 2016; 146:w14303. <https://dx.doi.org/10.4414/smw.2016.14303>.
22. *Fetal Monitoring in Practice. 5th Edition - February 16, 2023.* Elsevier Health Sciences. Editors: Donald Gibb, Sabaratnam Arulkumaran. 272 p. Paperback ISBN: 9780323931458 eBook ISBN: 9780323931540.
23. Policy. Perinatal Practice Guideline Cervical Insufficiency and Cerclage. SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice 14 November 2017.
24. Stoll C., Clementi M. Prenatal diagnosis of dysmorphic syndromes by routine fetal ultrasound examination across Europe. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2003; 21(6):543–51. <https://dx.doi.org/10.1002/uog.125>.
25. van Velzen C.L., Ket J.C.F., van de Ven P.M., Blom N.A., Haak M.C. Systematic review and meta-analysis of the performance of second-trimester screening for prenatal detection of congenital heart defects. *Int J Gynecol Obstet.* 2018; 140(2):137–45. <https://dx.doi.org/10.1002/ijgo.12373>.
26. Moreno-Cid M., Rubio-Lorente A., Rodríguez M.J., Bueno-Pacheco G., Tenías J.M., Román-Ortiz C., et al. Systematic review and meta-analysis of performance of second-trimester nasal bone assessment in detection of fetuses with Down syndrome. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2014; 43(3):247–53. <https://dx.doi.org/10.1002/uog.13228>.
27. D'Ambrosio V., Vena F., Marchetti C., Di Mascio D., Perrone S., Boccherini C., et al. Midtrimester isolated short femur and perinatal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2019; 98(1):11–7. <https://dx.doi.org/10.1111/aogs.13470>.
28. Sun R.C., Hessami K., Krispin E., Pammi M., Mostafaei S., Joyeux L., et al. Prenatal ultrasonographic markers for prediction of complex gastroschisis and adverse perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Arch Dis Child - Fetal Neonatal Ed.* 2022; 107(4):371–9. <https://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2021-322612>.
29. Jansen C.H.J.R., Kleinrouweler C.E., van Leeuwen L., Ruiters L., Limpens J., van Wely M., et al. Final outcome of a second trimester low-positioned placenta: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2019; 240:197–204. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.06.020>.
30. Приказ Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология."

31. Miller K.A., Sagaser K.G., Hertenstein C.B., Blakemore K.J., Forster K.R., Lawson C.S., et al. Follow Your Nose. *J Ultrasound Med.* 2023; 42(8):1709–16. <https://dx.doi.org/10.1002/jum.16190>.
32. Maruotti G.M., Saccone G., Martinelli P. Third trimester ultrasound soft-tissue measurements accurately predicts macrosomia. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2017; 30(8):972–6. <https://dx.doi.org/10.1080/14767058.2016.1193144>.
33. Caradeux J., Martinez-Portilla R.J., Peguero A., Sotiriadis A., Figueras F. Diagnostic performance of third-trimester ultrasound for the prediction of late-onset fetal growth restriction: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2019; . <https://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2018.09.043>.
34. Drukker L., Bradburn E., Rodriguez G., Roberts N., Impey L., Papageorghiou A. How often do we identify fetal abnormalities during routine third-trimester ultrasound? A systematic review and meta-analysis. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2021; 128(2):259–69. <https://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.16468>.
35. Sovio U., White I.R., Dacey A., Pasupathy D., Smith G.C.S. Screening for fetal growth restriction with universal third trimester ultrasonography in nulliparous women in the Pregnancy Outcome Prediction (POP) study: a prospective cohort study. *Lancet (London, England).* 2015; 386(10008):2089–97. [https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00131-2](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00131-2).
36. Khan N., Ciobanu A., Karampitsakos T., Akolekar R., Nicolaides K.H. Prediction of large-for-gestational-age neonate by routine third-trimester ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2019; 54(3):326–33. <https://dx.doi.org/10.1002/uog.20377>.
37. Wanyonyi S.Z., Orwa J., Ozelle H., Martinez J., Atsali E., Vinayak S., et al. Routine third-trimester ultrasound for the detection of small-for-gestational age in low-risk pregnancies (ROTTUS study): randomized controlled trial. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2021; 57(6):910–6. <https://dx.doi.org/10.1002/uog.23618>.
38. Dunn L., Sherrell H., Kumar S. Review: Systematic review of the utility of the fetal cerebroplacental ratio measured at term for the prediction of adverse perinatal outcome. *Placenta.* 2017; 54:68–75. <https://dx.doi.org/10.1016/j.placenta.2017.02.006>.
39. Vollgraff Heidweiller-Schreurs C.A., De Boer M.A., Heymans M.W., Schoonmade L.J., Bossuyt P.M.M., Mol B.W.J., et al. Prognostic accuracy of cerebroplacental ratio and middle cerebral artery Doppler for adverse perinatal outcome: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2018; 51(3):313–22. <https://dx.doi.org/10.1002/uog.18809>.
40. Nassr A.A., Abdelmagied A.M., Shazly S.A.M. Fetal cerebro-placental ratio and adverse perinatal outcome: systematic review and meta-analysis of the association and diagnostic performance. *J Perinat Med.* 2016; 44(2):249–56. <https://dx.doi.org/10.1515/jpm-2015-0274>.

41. Alfirevic Z., Stampalija T., Dowswell T. Fetal and umbilical Doppler ultrasound in high-risk pregnancies. *Cochrane database Syst Rev.* 2017; 6:CD007529. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007529.pub4>.
42. Grivell R.M., Alfirevic Z., Gyte G.M.L., Devane D. Antenatal cardiotocography for fetal assessment. *Cochrane database Syst Rev.* 2015; (9):CD007863. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007863.pub4>.
43. Жангереев А.Т. Роль санитарно-просветительной работы в профилактике кариеса зубов и гигиены полости рта у беременных. *Клиническая медицина Казахстана.* 2012; 2(25).
44. Арабаджян С.И., Анджелова Д.В., Полунина Е.Г., Казарян Э.Э., Щеголева И.В. Роль офтальмологического обследования при беременности. *Уральский медицинский журнал.* 2018; (1):108–11.
45. Jarde A., Morais M., Kingston D., Giallo R., MacQueen G.M., Giglia L., et al. Neonatal Outcomes in Women With Untreated Antenatal Depression Compared With Women Without Depression. *JAMA Psychiatry.* 2016; 73(8):826. <https://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0934>.
46. Alder J., Fink N., Bitzer J., Hösli I., Holzgreve W. Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *J Matern Neonatal Med.* 2007; 20(3):189–209. <https://dx.doi.org/10.1080/14767050701209560>.
47. Pan W.-L., Lin L.-C., Kuo L.-Y., Chiu M.-J., Ling P.-Y. Effects of a prenatal mindfulness program on longitudinal changes in stress, anxiety, depression, and mother–infant bonding of women with a tendency to perinatal mood and anxiety disorder: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2023; 23(1):547. <https://dx.doi.org/10.1186/s12884-023-05873-2>.
48. Staneva A., Bogossian F., Pritchard M., Wittkowski A. The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women and Birth.* 2015; 28(3):179–93. <https://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2015.02.003>.
49. Kadam K.S., Anvekar A.R., Unnithan V.B. Depression, sleep quality, and body image disturbances among pregnant women in India: a cross-sectional study. *J Yeungnam Med Sci.* 2023; . <https://dx.doi.org/10.12701/jyms.2023.00087>.
50. Chauhan A., Potdar J. Maternal Mental Health During Pregnancy: A Critical Review. *Cureus.* 2022; . <https://dx.doi.org/10.7759/cureus.30656>.
51. Kang S.J., Yang M.J. Factors influencing pregnancy stress in pregnant women in Korea: a cross-sectional study. *Korean J Women Heal Nurs.* 2022; 28(1):27–37. <https://dx.doi.org/10.4069/kjwhn.2022.02.03>.
52. Răchită A., Strete G.E., Suciuc L.M., Ghiga D.V., Sălcudean A., Mărginean C. Psychological Stress Perceived by Pregnant Women in the Last Trimester of Pregnancy. *Int J Environ Res Public Health.* 2022; 19(14):8315. <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph19148315>.

53. Ghahremani T., Magann E.F., Phillips A., Ray-Griffith S.L., Coker J.L., Stowe Z.N. Women's Mental Health Services and Pregnancy: A Review. *Obstet Gynecol Surv.* 2022; 77(2):122–9. <https://dx.doi.org/10.1097/OGX.0000000000000994>.
54. Matthews A., Haas D.M., O'Mathúna D.P., Dowswell T. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *Cochrane database Syst Rev.* 2015; (9):CD007575. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007575.pub4>.
55. Aikins Murphy P. Alternative therapies for nausea and vomiting of pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1998; 91(1):149–55. [https://dx.doi.org/10.1016/s0029-7844\(97\)00582-6](https://dx.doi.org/10.1016/s0029-7844(97)00582-6).
56. Keating A., Chez R.A. Ginger syrup as an antiemetic in early pregnancy. *Altern Ther Health Med.* 2002; 8(5):89–91.
57. Jewell D.J., Young G. Interventions for treating constipation in pregnancy. *Cochrane database Syst Rev.* 2001; (2):CD001142. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001142>.
58. Thaler E., Huch R., Huch A., Zimmermann R. Compression stockings prophylaxis of emergent varicose veins in pregnancy: a prospective randomised controlled study. *Swiss Med Wkly.* 2001; 131(45–46):659–62. <https://dx.doi.org/2001/45/smw-09805>.
59. Pennick V., Liddle S.D. Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy. *Cochrane database Syst Rev.* 2013; (8):CD001139. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001139.pub3>.
60. Liddle S.D., Pennick V. Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy. *Cochrane database Syst Rev.* 2015; (9):CD001139. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001139.pub4>.
61. Fry D., Hay-Smith J., Hough J., McIntosh J., Polden M., Shepherd J., et al. National clinical guidelines for the care of women with symphysis pubis dysfunction. *Association of Chartered Physiotherapists in Women's Health. Midwives.* 1997; 110(1314):172–3.
62. Shaw R.W. Randomized controlled trial of Syn-Ergel and an active placebo in the treatment of heartburn of pregnancy. *J Int Med Res.* 1978; 6(2):147–51. <https://dx.doi.org/10.1177/030006057800600215>.
63. Lang G.D., Dougall A. Comparative study of Algicon suspension and magnesium trisilicate mixture in the treatment of reflux dyspepsia of pregnancy. *Br J Clin Pract Suppl.* 1989; 66:48–51; discussion 61-4.
64. Wijayanegara H., Mose J.C., Achmad L., Sobarna R., Permadi W. A clinical trial of hydroxyethylrutosides in the treatment of haemorrhoids of pregnancy. *J Int Med Res.* 1992; 20(1):54–60. <https://dx.doi.org/10.1177/030006059202000107>.

65. Buckshee K., Takkar D., Aggarwal N. Micronized flavonoid therapy in internal hemorrhoids of pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* 1997; 57(2):145–51. [https://dx.doi.org/10.1016/s0020-7292\(97\)02889-0](https://dx.doi.org/10.1016/s0020-7292(97)02889-0).
66. Клинические рекомендации “Геморрой” 2020 г. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/178_1.
67. Li Z., Gindler J., Wang H., Berry R.J., Li S., Correa A., et al. Folic acid supplements during early pregnancy and likelihood of multiple births: a population-based cohort study. *Lancet (London, England).* 2003; 361(9355):380–4. [https://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(03\)12390-2](https://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(03)12390-2).
68. De-Regil L.M., Peña-Rosas J.P., Fernández-Gaxiola A.C., Rayco-Solon P. Effects and safety of periconceptional oral folate supplementation for preventing birth defects. *Cochrane database Syst Rev.* 2015; (12):CD007950. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007950.pub3>.
69. Wilson R.D., Genetics Committee, Wilson R.D., Audibert F., Brock J.-A., Carroll J., et al. Pre-conception Folic Acid and Multivitamin Supplementation for the Primary and Secondary Prevention of Neural Tube Defects and Other Folic Acid-Sensitive Congenital Anomalies. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015; 37(6):534–52. [https://dx.doi.org/10.1016/s1701-2163\(15\)30230-9](https://dx.doi.org/10.1016/s1701-2163(15)30230-9).
70. Guideline: Daily Iron and Folic Acid Supplementation in Pregnant Women. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Geneva: World Health Organization; 2012.
71. Cordero A.M., Crider K.S., Rogers L.M., Cannon M.J., Berry R.J. Optimal serum and red blood cell folate concentrations in women of reproductive age for prevention of neural tube defects: World Health Organization guidelines. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2015; 64(15):421–3.
72. Public Health Committee of the American Thyroid Association, Becker D. V, Braverman L.E., Delange F., Dunn J.T., Franklyn J.A., et al. Iodine supplementation for pregnancy and lactation—United States and Canada: recommendations of the American Thyroid Association. *Thyroid.* 2006; 16(10):949–51. <https://dx.doi.org/10.1089/thy.2006.16.949>.
73. Aghajafari F., Nagulesapillai T., Ronksley P.E., Tough S.C., O’Beirne M., Rabi D.M. Association between maternal serum 25-hydroxyvitamin D level and pregnancy and neonatal outcomes: systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ.* 2013; 346:f1169. <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.f1169>.
74. Wei S.-Q., Qi H.-P., Luo Z.-C., Fraser W.D. Maternal vitamin D status and adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2013; 26(9):889–99. <https://dx.doi.org/10.3109/14767058.2013.765849>.
75. Hollis B.W., Johnson D., Hulsey T.C., Ebeling M., Wagner C.L. Vitamin D supplementation during pregnancy: Double-blind, randomized clinical trial of safety and effectiveness. *J Bone Miner Res.* 2011; 26(10):2341–57. <https://dx.doi.org/10.1002/jbmr.463>.
76. Palacios C., Trak-Fellermeier M.A., Martinez R.X., Lopez-Perez L., Lips P., Salisi J.A., et al. Regimens of vitamin D supplementation for women during pregnancy. *Cochrane Database Syst*

77. Palacios C., Kostiuk L.K., Peña-Rosas J.P. Vitamin D supplementation for women during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019; . <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD008873.pub4>.
78. Griffith R.J., Alsweiler J., Moore A.E., Brown S., Middleton P., Shepherd E., et al. Interventions to prevent women from developing gestational diabetes mellitus: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020; 2020(9). <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD012394.pub3>.
79. Lips P. Vitamin D status and nutrition in Europe and Asia. *J Steroid Biochem Mol Biol.* 2007; 103(3–5):620–5. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsbmb.2006.12.076>.
80. Upala S., Sanguankeo A. Low 25-hydroxyvitamin D levels are associated with vitiligo: a systematic review and meta-analysis. *Photodermatol Photoimmunol Photomed.* 2016; 32(4):181–90. <https://dx.doi.org/10.1111/phpp.12241>.
81. Datta P., Philipsen P.A., Idorn L.W., Wulf H.C. Low vitamin D in dark-skinned immigrants is mainly due to clothing habits and low UVR exposure: a Danish observational study. *Photochem Photobiol Sci.* 2021; 20(12):1573–84. <https://dx.doi.org/10.1007/s43630-021-00115-w>.
82. Lu C., Yang J., Yu W., Li D., Xiang Z., Lin Y., et al. Association between 25(OH)D Level, Ultraviolet Exposure, Geographical Location, and Inflammatory Bowel Disease Activity: A Systematic Review and Meta-Analysis. Green J, editor. *PLoS One.* 2015; 10(7):e0132036. <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0132036>.
83. Veronese N., Solmi M., Rizza W., Manzato E., Sergi G., Santonastaso P., et al. Vitamin D status in anorexia nervosa: A meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 2015; 48(7):803–13. <https://dx.doi.org/10.1002/eat.22370>.
84. Kauser H., Palakeel J.J., Ali M., Chaduvula P., Chhabra S., Lamsal Lamichhane S., et al. Factors Showing the Growing Relation Between Vitamin D, Metabolic Syndrome, and Obesity in the Adult Population: A Systematic Review. *Cureus.* 2022; . <https://dx.doi.org/10.7759/cureus.27335>.
85. Smith E.M., Alvarez J.A., Martin G.S., Zughair S.M., Ziegler T.R., Tangpricha V. Vitamin D deficiency is associated with anaemia among African Americans in a US cohort. *Br J Nutr.* 2015; 113(11):1732–40. <https://dx.doi.org/10.1017/S0007114515000999>.
86. Yu J., Sharma P., Girgis C.M., Gunton J.E. Vitamin D and Beta Cells in Type 1 Diabetes: A Systematic Review. *Int J Mol Sci.* 2022; 23(22):14434. <https://dx.doi.org/10.3390/ijms232214434>.
87. Клинические рекомендации “Дефицит витамина D” 2023 г. https://www.endocrincentr.ru/sites/default/files/specialists/science/clinic-recomendations/d_2021.pdf.

88. Roth D.E., Morris S.K., Zlotkin S., Gernand A.D., Ahmed T., Shanta S.S., et al. Vitamin D Supplementation in Pregnancy and Lactation and Infant Growth. *N Engl J Med.* 2018; 379(6):535–46. <https://dx.doi.org/10.1056/NEJMoal1800927>.
89. Sammour M.B., El-Kabarity H., Fawzy M.M., Schindler A.E. WHO Recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Vol. 97, WHO Recommendations for Prevention and Treatment of Pre-Eclampsia and Eclampsia. 2011. 439–440 p.
90. Wolf H.T., Hegaard H.K., Huusom L.D., Pinborg A.B. Multivitamin use and adverse birth outcomes in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2017; 217(4):404.e1-404.e30. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2017.03.029>.
91. Christiansen C.H., Høgh S., Rode L., Schroll J.B., Hegaard H.K., Wolf H.T. Multivitamin use and risk of preeclampsia: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2022; 101(10):1038–47. <https://dx.doi.org/10.1111/aogs.14356>.
92. Balogun O.O., da Silva Lopes K., Ota E., Takemoto Y., Rumbold A., Takegata M., et al. Vitamin supplementation for preventing miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016; . <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004073.pub4>.
93. Keats E.C., Haider B.A., Tam E., Bhutta Z.A. Multiple-micronutrient supplementation for women during pregnancy. *Cochrane database Syst Rev.* 2019; 3:CD004905. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004905.pub6>.
94. Keats E.C., Akseer N., Thurairajah P., Cousens S., Bhutta Z.A., Ali H., et al. Multiple-micronutrient supplementation in pregnant adolescents in low- and middle-income countries: a systematic review and a meta-analysis of individual participant data. *Nutr Rev.* 2022; 80(2):141–56. <https://dx.doi.org/10.1093/nutrit/nuab004>.
95. Jamil O., Gonzalez-Heredia R., Quadri P., Hassan C., Masrur M., Berger R., et al. Micronutrient Deficiencies in Laparoscopic Sleeve Gastrectomy. *Nutrients.* 2020; 12(9):2896. <https://dx.doi.org/10.3390/nu12092896>.
96. Ghishan F.K., Kiela P.R. Vitamins and Minerals in Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterol Clin North Am.* 2017; 46(4):797–808. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gtc.2017.08.011>.
97. Lopes S.O., Abrantes L.C.S., Azevedo F.M., Morais N. de S. de, Morais D. de C., Gonçalves V.S.S., et al. Food Insecurity and Micronutrient Deficiency in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients.* 2023; 15(5):1074. <https://dx.doi.org/10.3390/nu15051074>.
98. Thomas-Valdés S., Tostes M. das G. V., Anunciação P.C., da Silva B.P., Sant’Ana H.M.P. Association between vitamin deficiency and metabolic disorders related to obesity. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 2017; 57(15):3332–43. <https://dx.doi.org/10.1080/10408398.2015.1117413>.
99. Pogozheva A. V., Keshabyants E.E., Beketova N.A., Kodentsova V.M., Vrzhesinskaya O.A., Kosheleva O. V. Vitamin content of athletes of various sports: assessment of the diet and blood

serum level. *Sport Med Res Pract.* 2020; 1(38):58–66. <https://dx.doi.org/10.17238/ISSN2223-2524.2020.1.58>.

- !00. Saccone G., Saccone I., Berghella V. Omega-3 long-chain polyunsaturated fatty acids and fish oil supplementation during pregnancy: which evidence? *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2016; 29(15):2389–97. <https://dx.doi.org/10.3109/14767058.2015.1086742>.
- !01. Serra R., Peñailillo R., Monteiro L.J., Monckeberg M., Peña M., Moyano L., et al. Supplementation of Omega 3 during Pregnancy and the Risk of Preterm Birth: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients.* 2021; 13(5):1704. <https://dx.doi.org/10.3390/nu13051704>.
- !02. Sun L., Li Y., Xie W., Xue X. Association between omega-3 fatty acid supplementation and lower risk of preterm delivery: a systematic review and meta-analysis. *J Matern Neonatal Med.* 2022; 35(12):2294–303. <https://dx.doi.org/10.1080/14767058.2020.1785423>.
- !03. Newberry S.J., Chung M., Booth M., Maglione M.A., Tang A.M., O’Hanlon C.E., et al. Omega-3 Fatty Acids and Maternal and Child Health: An Updated Systematic Review. 2016 Oct. <https://dx.doi.org/10.23970/AHRQEPCERTA224>.
- !04. Lehner A., Staub K., Aldakak L., Eppenberger P., Rühli F., Martin R.D., et al. Impact of omega-3 fatty acid DHA and EPA supplementation in pregnant or breast-feeding women on cognitive performance of children: systematic review and meta-analysis. *Nutr Rev.* 2021; 79(5):585–98. <https://dx.doi.org/10.1093/nutrit/nuaa060>.
- !05. Nevins J.E.H., Donovan S.M., Snetselaar L., Dewey K.G., Novotny R., Stang J., et al. Omega-3 Fatty Acid Dietary Supplements Consumed During Pregnancy and Lactation and Child Neurodevelopment: A Systematic Review. *J Nutr.* 2021; 151(11):3483–94. <https://dx.doi.org/10.1093/jn/nxab238>.
- !06. Suradom C., Suttajit S., Oon-arom A., Maneeton B., Srisurapanont M. Omega-3 polyunsaturated fatty acid (n-3 PUFA) supplementation for prevention and treatment of perinatal depression: a systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. *Nord J Psychiatry.* 2021; 75(4):239–46. <https://dx.doi.org/10.1080/08039488.2020.1843710>.
- !07. Kuper S.G., Abramovici A.R., Jauk V.C., Harper L.M., Biggio J.R., Tita A.T. The effect of omega-3 supplementation on pregnancy outcomes by smoking status. *Am J Obstet Gynecol.* 2017; 217(4):476.e1-476.e6. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2017.05.033>.
- !08. Hemminki E., Rimpelä U. A randomized comparison of routine versus selective iron supplementation during pregnancy. *J Am Coll Nutr.* 1991; 10(1):3–10. <https://dx.doi.org/10.1080/07315724.1991.10718119>.
- !09. Cantor A.G., Bougatsos C., Dana T., Blazina I., McDonagh M. Routine Iron Supplementation and Screening for Iron Deficiency Anemia in Pregnancy: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2015; 162(8):566–76. <https://dx.doi.org/10.7326/M14-2932>.

10. Siu A.L. Screening for Iron Deficiency Anemia and Iron Supplementation in Pregnant Women to Improve Maternal Health and Birth Outcomes: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2015; 163(7):529–36. <https://dx.doi.org/10.7326/M15-1707>.
11. Miranda V.I.A., Pizzol T. da S.D., Jesus P.R. de, Silveira M.P.T., Bertoldi A.D. Iron Salts, High Levels of Hemoglobin and Ferritin in Pregnancy, and Development of Gestational Diabetes: A Systematic Review. *Rev Bras Ginecol e Obs / RBGO Gynecol Obstet.* 2022; 44(11):1059–69. <https://dx.doi.org/10.1055/s-0042-1755460>.
12. Клинические рекомендации “Железодефицитная анемия” 2021 г. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/669_1.
13. McCauley M.E., van den Broek N., Dou L., Othman M. Vitamin A supplementation during pregnancy for maternal and newborn outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015; 2016(3). <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD008666.pub3>.
14. Dolk H.M., Nau H., Hummler H., Barlow S.M. Dietary vitamin A and teratogenic risk: European Teratology Society discussion paper. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1999; 83(1):31–6. [https://dx.doi.org/10.1016/s0301-2115\(98\)00228-0](https://dx.doi.org/10.1016/s0301-2115(98)00228-0).
15. Schmitt C., Domangé B., Torrents R., de Haro L., Simon N. Hypervitaminosis A Following the Ingestion of Fish Liver: Report on 3 Cases from the Poison Control Center in Marseille. *Wilderness Environ Med.* 2020; 31(4):454–6. <https://dx.doi.org/10.1016/j.wem.2020.06.003>.
16. Bastos Maia S., Rolland Souza A., Costa Caminha M., Lins da Silva S., Callou Cruz R., Carvalho dos Santos C., et al. Vitamin A and Pregnancy: A Narrative Review. *Nutrients.* 2019; 11(3):681. <https://dx.doi.org/10.3390/nu11030681>.
17. Donofrio M.T., Moon-Grady A.J., Hornberger L.K., Copel J.A., Sklansky M.S., Abuhamad A., et al. Diagnosis and Treatment of Fetal Cardiac Disease. *Circulation.* 2014; 129(21):2183–242. <https://dx.doi.org/10.1161/01.cir.0000437597.44550.5d>.
18. WHO . Safe Vitamin A Dosage During Pregnancy and Lactation. Recommendations and Report of a Consultation. World Health Organization, The Micronutrient Initiative; Geneva, Switzerland: 1998.
19. Miller R.K., Hendrickx A.G., Mills J.L., Hummler H., Wiegand U. Periconceptional vitamin a use: How much is teratogenic? *Reprod Toxicol.* 1998; 12(1):75–88. [https://dx.doi.org/10.1016/S0890-6238\(97\)00102-0](https://dx.doi.org/10.1016/S0890-6238(97)00102-0).
20. Conde-Agudelo A., Romero R., Kusanovic J.P., Hassan S.S. Supplementation with vitamins C and E during pregnancy for the prevention of preeclampsia and other adverse maternal and perinatal outcomes: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2011; 204(6):503.e1-503.e12. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2011.02.020>.

- !21. Rumbold A., Ota E., Hori H., Miyazaki C., Crowther C.A. Vitamin E supplementation in pregnancy. *Cochrane database Syst Rev.* 2015; (9):CD004069. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004069.pub3>.
- !22. Swaney P., Thorp J., Allen I. Vitamin C Supplementation in Pregnancy—Does It Decrease Rates of Preterm Birth? A Systematic Review. *Am J Perinatol.* 2013; 31(02):091–8. <https://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1338171>.
- !23. Rumbold A., Ota E., Nagata C., Shahrook S., Crowther C.A. Vitamin C supplementation in pregnancy. *Cochrane database Syst Rev.* 2015; (9):CD004072. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004072.pub3>.
- !24. Siega-Riz A.M., Adair L.S., Hobel C.J. Institute of Medicine maternal weight gain recommendations and pregnancy outcome in a predominantly Hispanic population. *Obstet Gynecol.* 1994; 84(4):565–73.
- !25. Abrams B., Altman S.L., Pickett K.E. Pregnancy weight gain: still controversial. *Am J Clin Nutr.* 2000; 71(5 Suppl):1233S–41S. <https://dx.doi.org/10.1093/ajcn/71.5.1233s>.
- !26. Tian C., Hu C., He X., Zhu M., Qin F., Liu Y., et al. Excessive weight gain during pregnancy and risk of macrosomia: a meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet.* 2016; 293(1):29–35. <https://dx.doi.org/10.1007/s00404-015-3825-8>.
- !27. Goldstein R.F., Abell S.K., Ranasinha S., Misso M., Boyle J.A., Black M.H., et al. Association of Gestational Weight Gain With Maternal and Infant Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA.* 2017; 317(21):2207–25. <https://dx.doi.org/10.1001/jama.2017.3635>.
- !28. Johansson K., Hutcheon J.A., Bodnar L.M., Cnattingius S., Stephansson O. Pregnancy weight gain by gestational age and stillbirth: a population-based cohort study. *BJOG.* 2018; 125(8):973–81. <https://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.15034>.
- !29. Mozurkewich E.L., Luke B., Avni M., Wolf F.M. Working conditions and adverse pregnancy outcome: a meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2000; 95(4):623–35.
- !30. Jurewicz J., Hanke W., Makowiec-Dabrowska T., Kalinka J. [Heaviness of the work measured by energy expenditure during pregnancy and its effect on birth weight]. *Ginekol Pol.* 2006; 77(7):537–42.
- !31. Hanke W., Saurel-Cubizolles M.J., Sobala W., Kalinka J. Employment status of pregnant women in central Poland and the risk of preterm delivery and small-for-gestational-age infants. *Eur J Public Health.* 2001; 11(1):23–8. <https://dx.doi.org/10.1093/eurpub/11.1.23>.
- !32. Roman E., Doyle P., Ansell P., Bull D., Beral V. Health of children born to medical radiographers. *Occup Environ Med.* 1996; 53(2):73–9. <https://dx.doi.org/10.1136/oem.53.2.73>.

- !33. Chavarro J.E., Rich-Edwards J.W., Gaskins A.J., Farland L. V, Terry K.L., Zhang C., et al. Contributions of the Nurses' Health Studies to Reproductive Health Research. *Am J Public Health*. 2016; 106(9):1669–76. <https://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2016.303350>.
- !34. ACOG Committee Opinion No. 650: Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. *Obstet Gynecol*. 2015; 126(6):e135-42. <https://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000001214>.
- !35. Clapp J.F., Simonian S., Lopez B., Appleby-Wineberg S., Harcar-Sevcik R. The one-year morphometric and neurodevelopmental outcome of the offspring of women who continued to exercise regularly throughout pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1998; 178(3):594–9. [https://dx.doi.org/10.1016/s0002-9378\(98\)70444-2](https://dx.doi.org/10.1016/s0002-9378(98)70444-2).
- !36. Kramer M.S., McDonald S.W. Aerobic exercise for women during pregnancy. *Cochrane database Syst Rev*. 2006; (3):CD000180. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000180.pub2>.
- !37. Artal R. Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period. *Br J Sports Med*. 2003; 37(1):6–12. <https://dx.doi.org/10.1136/bjism.37.1.6>.
- !38. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Advice on preventing deep vein thrombosis for pregnant women travelling by air. Scientific Advisory Committee Opinion paper No. 1. London: RCOG. 2001; .
- !39. ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion No. 443: Air travel during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2009; 114(4):954–5. <https://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181bd1325>.
- !40. Scurr J.H., Machin S.J., Bailey-King S., Mackie I.J., McDonald S., Smith P.D. Frequency and prevention of symptomless deep-vein thrombosis in long-haul flights: a randomised trial. *Lancet (London, England)*. 2001; 357(9267):1485–9. [https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)04645-6](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04645-6).
- !41. Clarke M., Hopewell S., Juszczak E., Eisinga A., Kjeldstrøm M. Compression stockings for preventing deep vein thrombosis in airline passengers. *Cochrane database Syst Rev*. 2006; (2):CD004002. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004002.pub2>.
- !42. Klinich K.D., Schneider L.W., Moore J.L., Pearlman M.D. Investigations of crashes involving pregnant occupants. *Annu proceedings Assoc Adv Automot Med*. 2000; 44:37–55.
- !43. Crosby W.M., Costiloe J.P. Safety of lap-belt restraint for pregnant victims of automobile collisions. *N Engl J Med*. 1971; 284(12):632–6. <https://dx.doi.org/10.1056/NEJM197103252841203>.
- !44. Lewis G, Drife J E. Why mothers die 1997–1999: The fifth report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. RCOG Press; 2001.

45. Arroyo V., Linares C., Díaz J. Premature births in Spain: Measuring the impact of air pollution using time series analyses. *Sci Total Environ.* 2019; 660:105–14. <https://dx.doi.org/10.1016/j.scitotenv.2018.12.470>.
46. Pedersen M., Stayner L., Slama R., Sørensen M., Figueras F., Nieuwenhuijsen M.J., et al. Ambient air pollution and pregnancy-induced hypertensive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Hypertens (Dallas, Tex 1979).* 2014; 64(3):494–500. <https://dx.doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.114.03545>.
47. Quansah R., Armah F.A., Essumang D.K., Luginaah I., Clarke E., Marfoh K., et al. Association of arsenic with adverse pregnancy outcomes/infant mortality: a systematic review and meta-analysis. *Environ Health Perspect.* 2015; 123(5):412–21. <https://dx.doi.org/10.1289/ehp.1307894>.
48. Pergialiotis V., Kotrogianni P., Christopoulos-Timogiannakis E., Koutaki D., Daskalakis G., Papanтониou N. Bisphenol A and adverse pregnancy outcomes: a systematic review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2018; 31(24):3320–7. <https://dx.doi.org/10.1080/14767058.2017.1368076>.
49. Committee on Obstetric Practice. Committee opinion No. 533: lead screening during pregnancy and lactation. *Obstet Gynecol.* 2012; 120(2 Pt 1):416–20. <https://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e31826804e8>.
50. Carmona R., Gerberding J. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General (28th Edition). ed. Health and Human Services Dept., Public Health Service, Office of the Surgeon General. Washington, DC: Agency, Healthcare Research and Quality; 2004. 955 p.
51. Salmasi G., Grady R., Jones J., McDonald S.D., Knowledge Synthesis Group. Environmental tobacco smoke exposure and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analyses. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010; 89(4):423–41. <https://dx.doi.org/10.3109/00016340903505748>.
52. Castles A., Adams E.K., Melvin C.L., Kelsch C., Boulton M.L. Effects of smoking during pregnancy. Five meta-analyses. *Am J Prev Med.* 1999; 16(3):208–15. [https://dx.doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00089-0](https://dx.doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00089-0).
53. Dietz P.M., England L.J., Shapiro-Mendoza C.K., Tong V.T., Farr S.L., Callaghan W.M. Infant morbidity and mortality attributable to prenatal smoking in the U.S. *Am J Prev Med.* 2010; 39(1):45–52. <https://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2010.03.009>.
54. Li Y.-F., Langholz B., Salam M.T., Gilliland F.D. Maternal and grandmaternal smoking patterns are associated with early childhood asthma. *Chest.* 2005; 127(4):1232–41. <https://dx.doi.org/10.1378/chest.127.4.1232>.
55. Søndergaard C., Henriksen T.B., Obel C., Wisborg K. Smoking during pregnancy and infantile colic. *Pediatrics.* 2001; 108(2):342–6. <https://dx.doi.org/10.1542/peds.108.2.342>.

- !56. von Kries R., Toschke A.M., Koletzko B., Slikker W. Maternal smoking during pregnancy and childhood obesity. *Am J Epidemiol.* 2002; 156(10):954–61. <https://dx.doi.org/10.1093/aje/kwf128>.
- !57. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Health Care for Underserved Women. Committee opinion no. 496: At-risk drinking and alcohol dependence: obstetric and gynecologic implications. *Obstet Gynecol.* 2011; 118(2 Pt 1):383–8. <https://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e31822c9906>.
- !58. Williams J.F., Smith V.C., Committee on substance abuse. Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Pediatrics.* 2015; 136(5):e1395-406. <https://dx.doi.org/10.1542/peds.2015-3113>.
- !59. Tobiasz A.M., Duncan J.R., Bursac Z., Sullivan R.D., Tate D.L., Dopico A.M., et al. The Effect of Prenatal Alcohol Exposure on Fetal Growth and Cardiovascular Parameters in a Baboon Model of Pregnancy. *Reprod Sci.* 2018; 25(7):1116–23. <https://dx.doi.org/10.1177/1933719117734317>.
- !60. Seleverstov O., Tobiasz A., Jackson J.S., Sullivan R., Ma D., Sullivan J.P., et al. Maternal alcohol exposure during mid-pregnancy dilates fetal cerebral arteries via endocannabinoid receptors. *Alcohol.* 2017; 61(61):51–61. <https://dx.doi.org/10.1016/j.alcohol.2017.01.014>.
- !61. Lo J.O., Schabel M.C., Roberts V.H.J., Wang X., Lewandowski K.S., Grant K.A., et al. First trimester alcohol exposure alters placental perfusion and fetal oxygen availability affecting fetal growth and development in a non-human primate model. *Am J Obstet Gynecol.* 2017; 216(3):302.e1-302.e8. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2017.01.016>.
- !62. Tan C., Zhao Y., Wang S. Is a vegetarian diet safe to follow during pregnancy? A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 2018; :1–40. <https://dx.doi.org/10.1080/10408398.2018.1461062>.
- !63. Chen L.-W., Wu Y., Neelakantan N., Chong M.F.-F., Pan A., van Dam R.M. Maternal caffeine intake during pregnancy is associated with risk of low birth weight: a systematic review and dose-response meta-analysis. *BMC Med.* 2014; 12(1):174. <https://dx.doi.org/10.1186/s12916-014-0174-6>.
- !64. Rhee J., Kim R., Kim Y., Tam M., Lai Y., Keum N., et al. Maternal Caffeine Consumption during Pregnancy and Risk of Low Birth Weight: A Dose-Response Meta-Analysis of Observational Studies. Zhang B, editor. *PLoS One.* 2015; 10(7):e0132334. <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0132334>.
- !65. Chen L.-W., Wu Y., Neelakantan N., Chong M.F.-F., Pan A., van Dam R.M. Maternal caffeine intake during pregnancy and risk of pregnancy loss: a categorical and dose–response meta-analysis of prospective studies. *Public Health Nutr.* 2016; 19(07):1233–44. <https://dx.doi.org/10.1017/S1368980015002463>.
- !66. Li J., Zhao H., Song J.-M., Zhang J., Tang Y.-L., Xin C.-M. A meta-analysis of risk of pregnancy loss and caffeine and coffee consumption during pregnancy. *Int J Gynecol Obstet.* 2015; 130(2):116–22. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.03.033>.

- !67. Ramón R., Ballester F., Aguinagalde X., Amurrio A., Vioque J., Lacasaña M., et al. Fish consumption during pregnancy, prenatal mercury exposure, and anthropometric measures at birth in a prospective mother-infant cohort study in Spain. *Am J Clin Nutr.* 2009; 90(4):1047–55. <https://dx.doi.org/10.3945/ajcn.2009.27944>.
- !68. ACOG Practice Advisory: Update on Seafood Consumption During Pregnancy. 2017.
- !69. Rothman K.J., Moore L.L., Singer M.R., Nguyen U.S., Mannino S., Milunsky A. Teratogenicity of high vitamin A intake. *N Engl J Med.* 1995; 333(21):1369–73. <https://dx.doi.org/10.1056/NEJM199511233332101>.
- !70. Здоровое питание. Информационный бюллетень. Женева: Всемирная организация здравоохранения. 31 августа 2018 г. [<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>].
- !71. Southwick F.S., Purich D.L. Intracellular pathogenesis of listeriosis. *N Engl J Med.* 1996; 334(12):770–6. <https://dx.doi.org/10.1056/NEJM199603213341206>.
- !72. British Nutrition Foundation. Nutrition through life. Pregnancy and pre-conception. [<https://www.nutrition.org.uk/nutritionscience/life/pregnancy-and-pre-conception.html>].
- !73. National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of routine antenatal anti-D prophylaxis for RhD-negative women. Technology Appraisal Guidance, No. 41. London: National Institute for Clinical Excellence; 2002.
- !74. Brandenburg H., Jahoda M.G., Pijpers L., Wladimiroff J.W. Rhesus sensitization after midtrimester genetic amniocentesis. *Am J Med Genet.* 1989; 32(2):225–6. <https://dx.doi.org/10.1002/ajmg.1320320216>.
- !75. Hill L.M., Platt L.D., Kellogg B. Rh sensitization after genetic amniocentesis. *Obstet Gynecol.* 1980; 56(4):459–61.
- !76. Hensleigh P.A., Cann H. Rh sensitization after genetic amniocentesis. *Obstet Gynecol.* 1981; 58(1):136.
- !77. МУ 3.3.1.1095-02. 3.3.1. Вакцинопрофилактика. Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок. Методические указания" (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 09.01.2002).
- !78. Iwata A., Kurasawa K., Kubota K., Odagami M., Aoki S., Okuda M., et al. Factors Predicting Rubella Vaccination and Antibody in Pregnant Women in Japan: A Report from Pregnant Women Health Initiative. *Vaccines.* 2022; 10(5):638. <https://dx.doi.org/10.3390/vaccines10050638>.
- !79. Tempfer C. Impfungen für Schwangere und Frauen mit Kinderwunsch. *Gynäkologische Endokrinol.* 2022; 20(2):93–100. <https://dx.doi.org/10.1007/s10304-022-00439-5>.

- !80. Coppeta L., Ferrari C., Iannuzzi I., D'Alessandro I., Balbi O., Pietroiusti A., et al. Rubella Immunity among Italian Female Healthcare Workers: A Serological Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(21):7992. <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph17217992>.
- !81. Методические рекомендации. Оказание медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным при новой коронавирусной инфекции COVID-19. Версия 5, 28.12.2021.
- !82. ECDC scientific advice on seasonal influenza vaccination of children and pregnant women: ECDC Technical report/ European Centre for Disease Prevention and Control. Stockholm: ECDC. 2012:68.
- !83. Вакцинация беременных против гриппа. Федеральные клинические рекомендации. 2015 г.
- !84. Martinez L E. World Health Organization. Special groups. *International Travel and Health*. Geneva: World Health Organization. 2002.
- !85. Hurley P. International travel and the pregnant women. *Progress in Obstetrics and Gynaecology*. In: Studd J E, editor. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2003. p. 45–55.
- !86. Вакцины и иммунопрофилактика в современном мире: руководство для врачей / под ред. Л.С. Намазовой-Барановой, Н.И. Брико, И.В. Фельдблюм. — М.: ПедиатрЪ, 2021. — 646 с.
- !87. World Health Organization. Global advisory committee on vaccine safety. Safety of immunization during pregnancy. A review of the evidence. 2014. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-2014.07>. World Health Organization. Global vaccine safety: men.
- !88. WHO Pertussis vaccines: WHO position paper. — August 2015. *Weekly Epidemiol Red*. 2015; 90 (35): 433–460 Available: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WER9035>.
- !89. Методические рекомендации по выявлению, расследованию и профилактике побочных проявлений после иммунизации (утв. Минздравом России 12.04.2019) 56 с.
- !90. Иммунизация взрослых. Методические рекомендации. / О.М. Драпкина, Н.И. Брико, М.П. Костинов, И.В. Фельдблюм [и др.]. — М., ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России: 2020. — 248 с.

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

Долгушина Наталия Витальевна – д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по репродуктивному здоровью женщин (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует

Шмаков Роман Георгиевич – д.м.н., профессор, директор института акушерства ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

Баранов Игорь Иванович – д.м.н., профессор, заведующий отделом научно-образовательных программ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

Баев Олег Радомирович – д.м.н., профессор, заведующий 1-м родильным отделением, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

Павлович Станислав Владиславович – к.м.н., доцент, ученый секретарь ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

Прялухин Иван Александрович – к.м.н., научный сотрудник отдела анализа и развития регионального здравоохранения Национального медицинского исследовательского центра по анестезиологии и реаниматологии для беременных ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

Романов Андрей Юрьевич – к.м.н., заведующий отделом планирования и сопровождения научных проектов департамента организации научной деятельности ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

Серов Владимир Николаевич - академик РАН, д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Минздрава России, президент ООО

«Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ) (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

Артымук Наталья Владимировна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии имени профессора Г.А. Ушаковой ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, гинекологии, репродуктивному здоровью женщин в СФО (г. Кемерово). Конфликт интересов отсутствует.

Башмакова Надежда Васильевна - д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, гинекологии, репродуктивному здоровью женщин в УФО. Конфликт интересов отсутствует.

Белокриницкая Татьяна Евгеньевна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, гинекологии, репродуктивному здоровью женщин в ДФО (г. Чита). Конфликт интересов отсутствует.

Малышкина Анна Ивановна - д.м.н., профессор, директор ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова» Минздрава России, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии, медицинской генетики лечебного факультета ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, гинекологии, репродуктивному здоровью женщин в ЦФО (г. Иваново). Конфликт интересов отсутствует.

Михайлов Антон Валерьевич – д.м.н., профессор, главный врач СПб ГУЗ «Родильный Дом № 17», профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО "СЗГМУ им. И.И. Мечникова" Минздрава России, и кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, гинекологии в СЗФО (г. Санкт-Петербург). Конфликт интересов отсутствует.

Намазова-Баранова Лейла Сеймуровна - академик РАН, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГАОУ ВО "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Минздрава России, руководитель НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского» Минобрнауки России, главный внештатный детский специалист по профилактической медицине Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

Попандопуло Виктория Александровна – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Майкопский государственный технологический университет», профессор кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ФГБОУ ВО

«Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный врач ООО «Кубанский медицинский центр», главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, гинекологии, репродуктивному здоровью женщин в ЮФО (г. Краснодар). Конфликт интересов отсутствует.

Радзинский Виктор Евсеевич - член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

Сахарова Виктория Владиславовна – к.м.н, заместитель директора департамента медицинской помощи детям, службы родовспоможения и общественного здоровья Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

Селимзянова Лилия Робертовна - к.м.н., заведующий отделом стандартизации и изучения основ доказательной медицины, ведущий научный сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского» Минобрнауки России, доцент кафедры факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГАОУ ВО "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

Фаткуллин Ильдар Фаридович — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева ФГБОУ ВО "Казанский государственный медицинский университет" Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, по гинекологии в ПФО (г. Казань). Конфликт интересов отсутствует.

Федосеенко Марина Владиславовна - к.м.н., заведующий отделом разработки научных подходов к иммунизации пациентов с отклонениями в состоянии здоровья и хроническими болезнями, ведущий научный сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского» Минобрнауки России, доцент кафедры факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГАОУ ВО "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

Шешко Елена Леонидовна – к.м.н., директор департамента медицинской помощи детям, службы родовспоможения и общественного здоровья Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. врачи акушеры-гинекологи
2. ординаторы акушеры-гинекологи

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

УУР	Расшифровка
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Не применимо.

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК НА ПРЕГРАВИДАРНОМ ЭТАПЕ (ПЛАНИРУЮЩИХ БЕРЕМЕННОСТЬ)

Наименование исследования	Кратность
Физикальное обследование	
Сбор анамнеза	Однократно
Оценка риска ТЭО	Однократно
Оценка жалоб	Однократно
Общий осмотр	Однократно
Измерение роста, массы тела, ИМТ	Однократно
Измерение АД и пульса	Однократно
Пальпация молочных желез	Однократно
Гинекологический осмотр	Однократно
Лабораторные диагностические исследования	
Направление на исследование уровня антител классов М, G к ВИЧ-1/2 и антигена р24 в крови	Однократно (+обследование партнера пациентки)
Направление на определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В в крови	Однократно (+обследование партнера пациентки)

Наименование исследования	Кратность
Направление на определение суммарных антител классов М и G к вирусу гепатита С в крови	Однократно (+обследование партнера пациентки)
Направление на определение антител к бледной трепонеме в крови	Однократно (+обследование партнера пациентки)
Направление на определение антител классов М и G к вирусу краснухи в крови	Однократно
Направление на микроскопическое исследование влагалищных мазков, включая микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>), микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на трихомонады (<i>Trichomonas vaginalis</i>), микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на дрожжевые грибы	Однократно
Направление на определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор)	Однократно (+определение резус-фактора партнера пациентки у резус-отрицательных пациенток)
Направление на проведение общего (клинического) анализа крови	Однократно
Направление на определение уровня глюкозы в крови	Однократно
Направление на исследование уровня ТТГ и определение содержания антител к тиреопероксидазе (АТ-ТПО) в крови	Однократно
Направление на проведение общего (клинического) анализа мочи	Однократно
Направление на проведение цитологического исследования микрореферата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала)	Однократно. Проводится в зависимости от даты предыдущего исследования, его результатов, наличия инфекции, вызванной вирусом папилломы человека, возраста пациентки согласно клиническим рекомендациям «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки» 2020 г.
Инструментальные диагностические исследования	
Направление на УЗИ матки и придатков	Однократно
Направление на регистрацию электрокардиограммы	Однократно
Консультации смежных специалистов	
Направление на консультацию врача-терапевта	Однократно
Направление на консультацию врача-стоматолога	Однократно
Направление на консультацию врача-генетика	Однократно при выявлении у пациентки и/или ее мужа/партнера факторов риска рождения ребенка с хромосомной или генной аномалией
Назначение лекарственных препаратов	
Назначение приема фолиевой кислоты**	400-800 мкг в день перорально за 2-3 месяца до наступления беременности
Назначение приема калия йодида**	200 мкг в день перорально за 2-3 месяца до наступления беременности

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С НОРМАЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Наименование исследования	1-й триместр	2-й триместр	3-й триместр
Физикальное обследование			

Наименование исследования	1-й триместр	2-й триместр	3-й триместр
Сбор анамнеза	При 1-м визите		
Оценка риска ТЭО	При 1-м визите, далее – по показаниям		
Оценка жалоб	При каждом визите		
Общий осмотр	При 1-м визите		
Измерение роста, массы тела, ИМТ	При каждом визите		
Измерение АД и пульса	При каждом визите		
Пальпация молочных желез	При 1-м визите		
Гинекологический осмотр	При 1-м визите, далее - по показаниям		
Определение срока беременности и родов	При 1-м визите		
Измерение ОЖ, ВДМ и заполнение гравидограммы	-	При каждом визите после 20 недель	При каждом визите
Опрос на предмет характера шевелений плода	-	При каждом визите после 16-20 недель (после начала ощущения шевелений плода)	При каждом визите
Определение положения и предлежащей части плода	-	-	При каждом визите после 34-36 недель
Лабораторные диагностические исследования			
Направление на исследование уровня ХГ в сыворотке крови или в моче	При 1-й явке в 1-м триместре и отсутствии УЗИ для диагностики беременности	-	-
Направление на исследование уровня антител классов М, G к ВИЧ-1/2 и антигена р24 в крови	Однократно при 1-м визите (+обследование партнера пациентки)		Однократно в 3-м триместре
Направление на определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В в крови	Однократно при 1-м визите (+обследование партнера пациентки)		Однократно в 3-м триместре
Направление на определение суммарных антител классов М и G к вирусу гепатита С в крови	Однократно при 1-м визите (+обследование партнера пациентки)		Однократно в 3-м триместре
Направление на определение антител к бледной трепонеме в крови	Однократно при 1-м визите (+обследование партнера пациентки)		Однократно в 3-м триместре
Направление на определение антител классов М и G к вирусу краснухи в крови	Однократно при 1-м визите		-
Направление на микроскопическое исследование влагалищных мазков, включая микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>), микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на трихомонады (<i>Trichomonas vaginalis</i>), микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на дрожжевые грибы	Однократно при 1-м визите		Однократно в 3-м триместре
Направление на определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы Резус (резус-фактор)	Однократно при 1-м визите (+определение резус-фактора партнера пациентки у резус-отрицательных пациенток)		
Направление на определение антирезусных антител у резус-отрицательных женщин (при резус-отрицательной принадлежности крови партнера определение антител к антигенам системы Резус не проводится)	При 1-м визите	В 18 ⁰ -20 ⁰ недель	В 28 ⁰ недель

Наименование исследования	1-й триместр	2-й триместр	3-й триместр
Направление на проведение общего (клинического) анализа крови	Однократно при 1-м визите	Однократно во 2-м триместре	Однократно в 3-м триместре
Направление на проведение биохимического общетерапевтического анализа крови	Однократно при 1-м визите		
Направление на определение уровня глюкозы в крови	При выявлении уровня глюкозы венозной крови натощак $\geq 7,0$ ммоль/л		
Направление на проведение ПГТТ	-	В 24 ⁰ -28 ⁰ недель, если не было выявлено нарушение углеводного обмена или не проводилось обследование на ранних сроках беременности	-
Направление на исследование уровня ТТГ и определение содержания антител к тиреопероксидазе (АТ-ТПО) в крови	Однократно при 1-м визите		
Направление на проведение общего (клинического) анализа мочи	Однократно при 1-м визите	Однократно во 2-м триместре	Однократно в 3-м триместре
Проведение определение белка в моче с помощью специальных индикаторных полосок или в лабораторных условиях	-	При каждом визите после 22 недель	При каждом визите
Направление на проведение цитологического исследования мазка шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала)	При 1-м визите. Проводится в зависимости от даты предыдущего исследования, его результатов, наличия инфекции, вызванной вирусом папилломы человека, возраста пациентки согласно клиническим рекомендациям «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки» 2020 г.		
Направление на микробиологическое (культуральное) исследование мочи на бактериальные патогены с применением автоматизированного посева	Однократно при 1-м визите		
Направление на бактериологическое исследование вагинального отделяемого и ректального отделяемого на стрептококк группы В (<i>S. agalactiae</i>) или определение ДНК стрептококка группы В (<i>S. agalactiae</i>) во влагалищном мазке и ректальном мазке методом ПЦР	-	-	Однократно в 35 ⁰ -37 ⁰ недель
Скрининг 1-го триместра (исследования уровня ХГ в сыворотке крови, уровня белка А, связанного с беременностью, в крови (РАРР-А))	В 11 ⁰ -13 ⁶ недель	-	-
Инструментальные диагностические исследования			
Направление на УЗИ матки и придатков (до 9 ⁶ недель беременности) или УЗИ плода (после 10 ⁰ недель беременности)	При 1-м визите в 1-м триместре беременности и сроке задержки менструации ≥ 7 дней	-	-
Направление на УЗИ плода	В 11-13 ⁶ недель (в составе скрининга 1-го триместра) + измерение пульсационного индекса (PI)	В 18-20 ⁶ недель (УЗ-скрининг 2-го триместра) + УЗИ шейки матки (УЗ-цервикометрия)	В 34 ⁰ -35 ⁶ недель
Направление на повторное УЗИ плода	При высоком риске ХА и/или пороков развития плода, ассоциированных с ХА по данным скринингового УЗИ	При высоком риске ХА и/или пороков развития плода, ассоциированных с ХА по данным скринингового УЗИ	При подозрении на неправильное или предлежание плода, при отсутствии ЧСС или нарушении ЧСС плода, при несоответствии размеров матки и срока беременности

Наименование исследования	1-й триместр	2-й триместр	3-й триместр
Направление на ультразвуковую доплерографию маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровотока	-	В 18 ⁰ -20 ⁶ недель в группе высокого риска акушерских и перинатальных осложнений	В 30 ⁰ -33 ⁶ недель в группе высокого риска акушерских и перинатальных осложнений
Направление на регистрацию электрокардиограммы	Однократно при 1-м визите		Однократно в 3-м триместре
Аускультация плода с помощью фетального доплера или стетоскопа акушерского	-	При каждом визите с 22 ⁰ недель	При каждом визите
Направление на КТГ плода	-	-	С 32 ⁰ недель с кратностью 1 раз в 2 недели
Проведение пельвиометрии	-	-	Однократно
Консультации смежных специалистов			
Направление на консультацию врача-терапевта	Однократно при 1-м визите		Однократно в 3-м триместре
Направление на консультацию врача-стоматолога	Однократно при 1-м визите		Однократно в 3-м триместре
Направление на консультацию врача-офтальмолога	Однократно при 1-м визите		
Направление на консультацию врача-генетика	Однократно при выявлении у пациентки и/или ее мужа/партнера факторов риска рождения ребенка с хромосомной или генной аномалией		
Направление на консультацию врача-кардиолога	При патологических изменениях электрокардиограммы		
Направление на консультацию медицинского психолога	Однократно при 1-м визите		Однократно в 3-м триместре
Назначение лекарственных препаратов			
Назначение приема фолиевой кислоты**	400-800 мкг в день перорально	-	-
Назначение приема калия йодида**	200 мкг в день перорально	200 мкг в день перорально	200 мкг в день перорально
Назначение приема колекальциферола** в группе высокого риска гиповитаминоза витамина D	500-1000 МЕ в день перорально	500-1000 МЕ в день перорально	500-1000 МЕ в день перорально
Назначение введения иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] резус-отрицательной пациентке с отрицательным уровнем антирезусных антител	-	-	В дозе, согласно инструкции к препарату, внутримышечно в 28-30 недель

Приложение В. Информация для пациента

Беременность – это физиологический процесс, происходящий в организме женщины и заканчивающийся рождением ребенка.

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

Оптимальным является планирование беременности, когда на прегравидарном этапе (до беременности) есть возможность провести полное обследование и лечение выявленных заболеваний при необходимости, плановую вакцинацию, начать соблюдать здоровый образ жизни и принимать фолиевую кислоту с целью максимального повышения вероятности рождения здорового ребенка.

В среднем, кратность посещения врача акушера-гинеколога во время беременности при отсутствии патологии беременности составляет от 5 до 7 раз. Оптимальным временем первого визита к врачу является 1-й триместр беременности (до 10 недель).

Вы должны четко соблюдать все рекомендации врача, своевременно проходить плановое обследование, соблюдать рекомендации по правильному образу жизни во время беременности, а именно:

- избегать работы, связанной с длительным стоянием или с излишней физической нагрузкой, работы в ночное время и работы, вызывающей усталость,
- избегать физических упражнений, которые могут привести к травме живота, падениям, стрессу: занятий контактными видами спорта, различных видов борьбы, видов спорта с ракеткой и мячом, подводного погружения,
- быть достаточно физически активной, ходить, делать физическую зарядку для беременных в течение 20-30 минут в день (при отсутствии жалоб и противопоказаний),
- при путешествии в самолете, особенно на дальние расстояния, одевать компрессионный трикотаж на время всего полета, ходить по салону, получать обильное питье, исключить алкоголь и кофеин,
- при путешествии в автомобиле использовать специальный трехточечный ремень безопасности,
- сообщить врачу о планируемой поездке в тропические страны для проведения своевременной вакцинации,

- правильно и регулярно питаться: потреблять пищу достаточной калорийности с оптимальным содержанием белка, витаминов и минеральных веществ, с обязательным включением в рацион овощей, мяса, рыбы, бобовых, орехов, фруктов и продуктов из цельного зерна,
- избегать использования пластиковых бутылок и посуды, особенно при термической обработке в ней пищи и жидкости, из-за содержащегося в ней токсиканта бисфенола А,
- ограничить потребление рыбы, богатой метилртутью (например, тунец, акула, рыба-меч, макрель),
- снизить потребление пищи, богатой витамином А (говяжьей, куриной утиной печени и продуктов из нее),
- ограничить потребление кофеина менее 300 мг/сутки (1,5 чашки эспрессо по 200 мл или 2 чашки капучино/лате/американо по 250 мл, или 3 чашки растворимого кофе по 250 мл),
- избегать употребления в пищу непастеризованное молоко, созревшие мягкие сыры, паштеты, плохо термически обработанную пищу,
- если Вы курите, постараться бросить курить или снизить число выкуриваемых в день сигарет,
- избегать приема алкоголя во время беременности, особенно в первые 3 месяца.

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

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

Также Вы должны обратиться к врачу при появлении следующих жалоб:

- рвота > 5 раз в сутки,
- потеря массы тела > 3 кг за 1-1,5 недели,
- повышение артериального давления > 120/80 мм рт. ст.,
- проблемы со зрением, такие как размытие или мигание перед глазами,
- сильная головная боль,
- боль внизу живота любого характера (ноющая, схваткообразная, колющая и др.),

- эпигастральная боль (в области желудка),
- отек лица, рук или ног,
- появление кровянистых или обильных жидких выделений из половых путей,
- лихорадка более 37,5,
- отсутствие или изменение шевелений плода на протяжении более 12 часов (после 20 недель беременности).

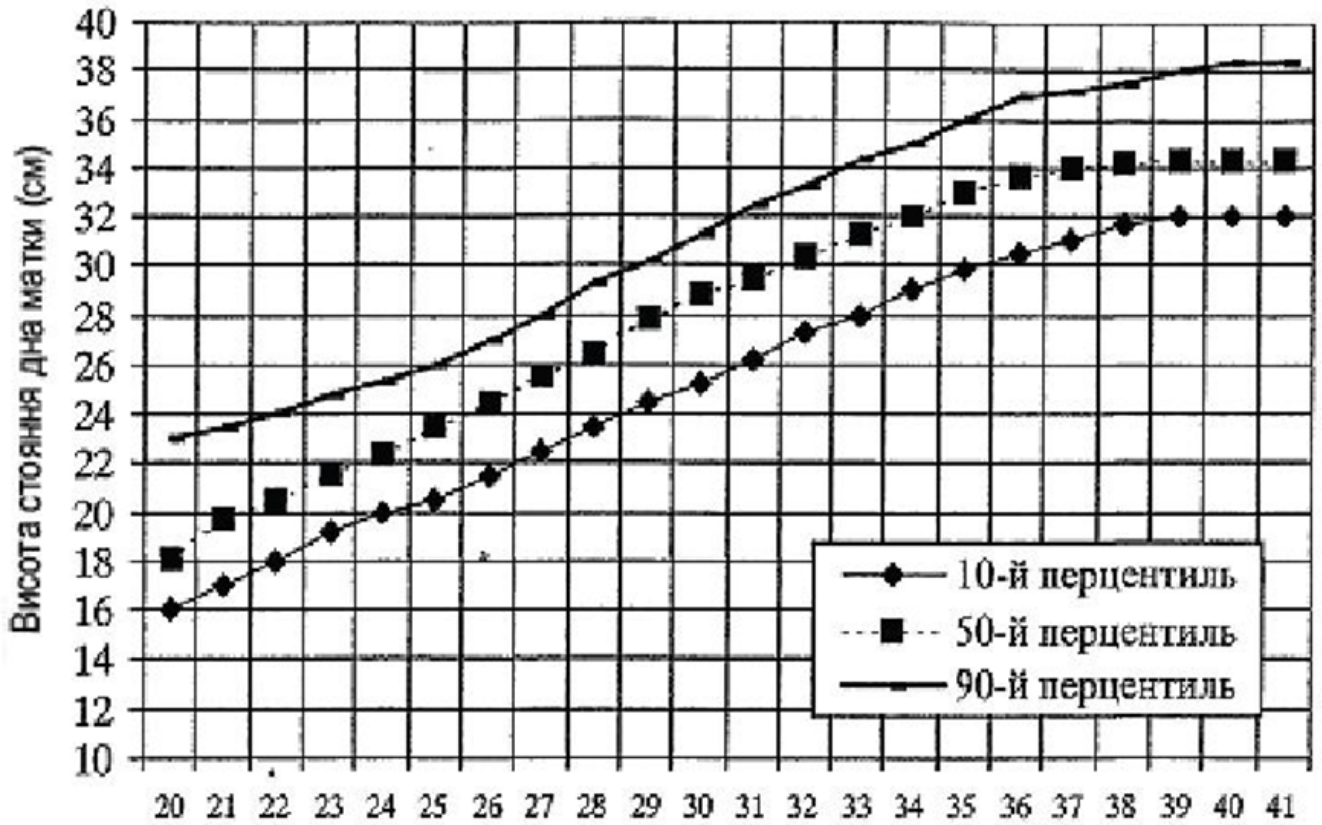
Если у Вас резус-отрицательная кровь, то Вашему мужу желательно сдать анализ на определение резус-фактора. При резус отрицательной принадлежности крови мужа Ваши дальнейшие исследования на выявление антирезусных антител и введение антирезусного иммуноглобулина не потребуются.

Начиная со второй половины беременности, Вам рекомендуется посещать курсы для будущих родителей, где Вам будут даны ответы на возникающие во время беременности вопросы.

Приложение Г1-ГН. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Образец гравидограммы

Гравидограмма



Клинические рекомендации

**Нормальные роды (роды одноплодные, самопроизвольное
родоразрешение в затылочном предлежании)**

МКБ-10: **O80.0, O80.9, O47.1, O47.9**

Год утверждения (частота пересмотра): **2024**

Возрастная группа: **Взрослые / дети**

Профессиональные ассоциации:

- **ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ)**

Оглавление

Оглавление	2
Список сокращений.....	3
Термины и определения.....	4
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)	5
1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	5
1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	5
1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	5
1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	5
1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	6
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	8
2.1. Жалобы и анамнез	8
2.2. Физикальное обследование	8
2.3. Лабораторные диагностические исследования	10
2.4. Инструментальные диагностические исследования	10
2.4. Иные диагностические исследования.....	11
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	11
3.1. Ведение первого периода родов.....	11
3.2. Ведение второго периода родов.....	18
3.3. Ведение третьего периода родов.....	23
3.4. Наблюдение за состоянием матери в первые 2 часа после родов	24
4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов	25
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	25
6. Организация оказания медицинской помощи	26
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)	26
Критерии оценки качества медицинской помощи	26
Список литературы.....	27
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	36
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	40
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	42
Приложение Б. Алгоритмы действий врача	51
Приложение В. Информация для пациента	52
Приложение Г1 - ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.....	55

Список сокращений

АД – артериальное давление

ВИЧ - вирус иммунодефицита человека

ВПГ – вирус простого герпеса

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

КТГ – кардиотокография

РКИ – рандомизированные клинические исследования

УЗИ – ультразвуковое исследование

ЧСС – частота сердечных сокращений

Термины и определения

Своевременные роды - роды в 37⁰ - 41⁶ недель беременности.

Нормальные роды – своевременные роды одним плодом, начавшиеся спонтанно, с низким риском акушерских осложнений к началу родов и прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился самопроизвольно в головном предлежании, после которых родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

Анальгезия (от лат. - analgesia, algia, «без боли») – уменьшение болевой чувствительности (в том числе избирательное, когда другие виды чувствительности не затрагиваются) с помощью фармакологических и нефармакологических методов.

Нейроаксиальная анальгезия в родах – обезболивание в родах с использованием эпидуральной, спинальной и спинально-эпидуральной анальгезии.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Нормальные роды - своевременные роды одним плодом, начавшиеся спонтанно, с низким риском акушерских осложнений к началу родов и прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился самопроизвольно в головном предлежании, после которых родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии [1].

Данные рекомендации могут быть также применены к пациенткам группы высокого риска акушерских осложнений в случае, если роды протекают без осложнений [1].

1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Не применимо.

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ежегодно по всему миру происходит почти 140 млн. родов, и большинство из них имеет низкий риск осложнений для матери и ребенка. По данным статистического сборника Минздрава России (основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельности службы охраны детства и родовспоможения в РФ) доля нормальных родов в 2018 г. составила 37,3%, т.е. 584 767 [157].

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

O80.0 Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании.

O80.9 Одноплодные самопроизвольные роды неуточненные

O47.1 Ложные схватки начиная с 37 полных недель беременности

O47.9 Ложные схватки неуточненные

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Не применимо.

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Объективными признаками родов являются: сокращения матки с определенной регулярностью (во время активной фазы не менее 3-х схваток за 10 мин) и структурные изменения шейки матки (укорочение-сглаживание-раскрытие).

Роды состоят из 3-х периодов. Первый период родов - время от начала родов до полного раскрытия маточного зева. Точное время начала родов чаще всего устанавливается на основании опроса роженицы - уточняют время, когда сокращения матки (схватки) начали происходить регулярно каждые 5 минут в течение более 1 часа [2].

Первый период родов состоит из латентной и активной фазы. Латентная фаза характеризуется сокращениями матки (нередко болезненными), сглаживанием и прогрессирующим раскрытием маточного зева до 5 см [3]. Активная фаза характеризуется регулярными болезненными сокращениями матки, более быстрым раскрытием маточного зева от 5 см до полного раскрытия [3]. Стандартная продолжительность латентной фазы не установлена и может сильно различаться у разных женщин [3]. Максимальная продолжительность латентной фазы у первородящих - 20 часов, у повторнородящих - 14 часов [4]. Продолжительность активной фазы обычно не превышает 12 часов в первых родах и 10 часов в последующих родах [3]. Скорость раскрытия маточного зева в активную фазу обычно составляет ≥ 1 см/час, но может быть более медленной [3]. Минимальная скорость раскрытия маточного зева в активную фазу - 0,5 см/час как у первородящих, так и у повторнородящих [5, 6].

Второй период родов - время от полного раскрытия маточного зева до рождения плода. Продолжительность второго периода при первых родах обычно не более 3 часов, при повторных - не более 2 часов [3]. Продолжительность второго периода может увеличиться еще на 1 час при эпидуральной анальгезии и составлять 4 часа у первородящих и 3 часа у повторнородящих пациенток [7].

Третий период родов - время от рождения плода до рождения последа. В 90% третий период родов завершается в течение 15 минут, еще в 7% - в течение 30 минут после рождения плода [8, 9]. С увеличением продолжительности третьего периода родов более 10 минут повышается риск послеродового кровотечения [10]. Срок беременности является основным фактором, влияющим на продолжительность третьего периода родов,

преждевременные роды связаны с более длительным третьим периодом, чем роды в доношенном сроке [11]. ВОЗ рекомендует придерживаться интервала в 30 минут при отсутствии рождения последа перед началом ручного отделения плаценты и выделения последа при отсутствии кровотечения [12].

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Диагноз нормальных родов устанавливается при своевременных родах (в 37⁰ - 41⁶ недель беременности) одним плодом, начавшихся спонтанно, у пациенток с низким риском акушерских осложнений к началу родов и прошедших без осложнений, при которых ребенок родился самопроизвольно в головном предлежании, после которых родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

2.1. Жалобы и анамнез

- При поступлении в стационар рекомендовано опросить пациентку на предмет наличия схваток (их силы, частоты и продолжительности), наличия и характера выделений их влагалища, шевелений плода в последние 24 часа с целью оценки наличия родовой деятельности и вероятности акушерских осложнений [3].

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

- При поступлении в стационар рекомендовано определить срок беременности и родов по дате последней менструации и данным ультразвукового исследования (УЗИ) плода (оптимально – УЗИ в 1-м триместре беременности) с целью определения тактики ведения родов [13–15].

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

- При поступлении в стационар рекомендовано собрать акушерский и соматический анамнез с целью оценки вероятности успешных родов и акушерских осложнений [3].

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

2.2. Физикальное обследование

- При поступлении в стационар рекомендовано измерение артериального давления на периферических артериях (АД) с целью диагностики гипертензивных осложнений беременности [16–18].

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

- При поступлении в стационар рекомендовано измерить температуру тела с целью диагностики инфекционно-воспалительных осложнений беременности [2], [3], [19], [20].

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

- При поступлении в стационар рекомендовано определить положение и предлежание плода, отношение головки ко входу в малый таз с целью определения тактики ведения родов [21–23].

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

- При поступлении в стационар рекомендовано измерение размеров матки (высоты дна матки -Вдм, окружности живота - Ож) и рассчитать индекс ВдмОж с целью оценки предполагаемой массы плода и определения тактики ведения родов [24, 25].

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

Комментарий: Индекс ВдмОж (ИВдмОж) рассчитывают по формуле $ИВдмОж = 100 * Вдм * Ож^2$ (высоту дна матки и окружность живота следует привести в метрах). У здоровых беременных значение $ИВдмОж > 37$ и у женщин с гестационным сахарным диабетом значение $ИВдмОж > 41,7$ с высокой вероятностью прогнозирует макросомию.

- При поступлении в стационар рекомендовано оценить продолжительность, частоту и регулярность маточных сокращений с целью оценки наличия и характера родовой деятельности, периода и фазы родов и определения тактики ведения родов [3].

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

- При поступлении в стационар с целью оценки состояния плода рекомендовано определить частоту сердечных сокращений (ЧСС) плода (провести аускультацию плода) при помощи акушерского стетоскопа или фетального доплера после схватки в течение не менее 1 минуты одновременно с определением ЧСС пациентки [2, 3, 19, 20].

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

- При поступлении в стационар рекомендовано провести бимануальное влагалищное исследование с целью оценки состояния родовых путей, в том числе костной основы таза и места расположения головки по отношению к плоскостям таза, и определения тактики ведения родов [2, 3, 19, 20].

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

Комментарии: Бритье промежности и лобка, и очистительная клизма в нормальных родах рутинно не производятся и выполняются только по желанию пациентки [3].

2.3. Лабораторные диагностические исследования

Перечень лабораторных диагностических исследований перед родами должен соответствовать клиническим рекомендациям «Нормальная беременность» [158]. При отсутствии исследований, которые необходимо выполнить в 3-м триместре беременности, их выполняют при поступлении пациентки в стационар.

2.4. Инструментальные диагностические исследования

- При поступлении в стационар рекомендовано измерение размеров таза (пельвиметрия) с помощью тазомера с целью определения тактики ведения родов [26].

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

Комментарий: Рост ≤ 155 см, поперечный размер пояснично-крестцового ромба Михаэлиса $\leq 9,5$ см, продольный размер пояснично-крестцового ромба Михаэлиса $\leq 10,5$ см, межостистый размер ≤ 10 см), отношение рост/Вдм $\leq 4,7$ могут являться факторами риска клинически узкого таза в родах.

- При неинформативности данных наружного акушерского и влагалищного исследования, аускультации плода, а также несоответствии размеров высоты дна матки и окружности живота сроку беременности рекомендовано УЗИ плода с целью определения положения и состояния плода, задержки роста и макросомии плода, а также локализации плаценты [27], [28, 29].

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

2.4. Другие диагностические исследования

Не применимо.

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1. Ведение первого периода родов

- С началом активной фазы родов рекомендовано произвести катетеризацию кубитальной и другой периферической вены с целью своевременного начала интенсивной терапии при возникновении критической ситуации в родах и раннем послеродовом периоде [30].

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

- С целью профилактики акушерских осложнений рекомендовано не проводить родостимуляцию у пациенток, находящихся в латентной фазе первого периода родов, если состояние матери и плода остается удовлетворительным [3, 31, 32].

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

- Рекомендовано предлагать подвижность и свободное положение в родах [3, 33].

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

Комментарий: Ходьба и вертикальное положение в первом периоде родов сокращают продолжительность родов, уменьшают частоту кесарева сечения и эпидуральной анальгезии [33].

- Рекомендовано применение немедикаментозных методов обезболивания родов с целью уменьшения боли, снижения риска акушерских осложнений и повышения удовлетворенности пациентки [3, 34–37], [38, 39].

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

Комментарий: Наличие партнера в родах приветствуется и может быть предложено пациенткам при наличии индивидуальных родовых боксов в родильном отделении [3, 40]. Методы немедикаментозного обезболивания родов представлены в Приложении А3.

- С целью уменьшения боли, снижения риска акушерских осложнений и повышения удовлетворенности пациентки при неэффективности немедикаментозных методов обезболивания родов рекомендованы медикаментозные методы обезболивания родов [3, 41] с учетом состояния и предпочтений пациентки и возможностей медицинской организации, а также показаний и противопоказаний к проведению различных методов обезболивания.

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

Комментарий: Для обезболивания родов могут использоваться разные медикаментозные методы, включая нейроаксиальную анальгезию (Приложение А3). Среди всех методов обезболивания в родах эпидуральная анальгезия обладает целым рядом преимуществ. При проведении нейроаксиальной анальгезии в акушерстве применяют современные местные анестетики (ропивакаин**, бупивакаин**, лидокаин**, левобупивакаин**). Кроме эпидуральной, спинальной и спинально-эпидуральной возможно применение паравертебральной поясничной симпатической блокады. К системным методам обезболивания относят применение опиоидов (тримеперидин**, #фентанил**). Тримеперидин вводят** в дозе 20-40 мг, #фентанил** 50-100 мкг [170]. Также возможно использование ингаляционных методов обезболивания, хотя они являются менее эффективными (Приложение А3). С этой целью используют динитрогена оксид**, #севофлуран**. Динитрогена оксид** применяют в смеси с кислородом (50% на 50%), вдыхаемая концентрация #севофлурана** 0,8 об.% [167,168]. Необходимо учитывать, что эти препараты обладают свойством расслаблять мускулатуру матки, что повышает риск гипотонического кровотечения.

- До и во время процедуры нейроаксиальной анальгезии рекомендована инфузионная поддержка - #Натрия хлорида раствор сложный [Калия хлорид+Кальция хлорид+Натрия хлорид]**, #Калия хлорид+Кальция хлорид+Магния хлорид+Натрия

ацетат+Натрия хлорид или другими растворами группы АТХ: В05ВВ01 в рестриктивном режиме (500-1000 мл) для коррекции гиповолемии [162, 165, 166].

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

Комментарий: инфузионная поддержка входит в ключевые этапы нейроаксиальной аналгезии [162]. Инфузионная преднагрузка снижает вероятность гипотензии у матери (ОР 0,07; 95% ДИ 0,01-0,53) и нарушений сердечного ритма у плода (ОР 0,36; 95% ДИ 0,16-0,83) при высоких дозах анестетика [165].

- Рекомендован прием жидкости во время родов с целью профилактики обезвоживания и кетоза [3, 31].

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

Комментарий: Прием пищи должен быть ограничен [43, 44]. Прием легкой пищи небольшими порциями может быть разрешен в латентной фазе родов при отсутствии показаний к оперативному родоразрешению [45].

- С целью регидратации и в качестве источника углеводов рекомендовано внутривенное введение 5% раствора декстрозы** по 250мл/час, если пероральный прием жидкости ограничен или недостаточен [46–48], [49].

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

Комментарий: Потребность в воде и глюкозе в родах аналогична потребности, наблюдаемой при длительных и энергетически затратных физических нагрузках [48]. Введение 5% декстрозы по 250 мл/час при недостатке перорального приема жидкости способствует сокращению продолжительности родов и снижению частоты кесарева сечения [48].

- Рекомендовано ведение партограммы в родах с целью динамической оценки состояния роженицы и плода [30, 31, 49].

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

Комментарий: Образец партограммы представлен в Приложении А3. Партограмма заменяет дневник наблюдения за пациенткой, кроме записи об изменении тактики родов с

влагалищным исследованием. К заполнению партограммы приступают с началом активной фазы родов. До начала активной фазы (в латентной фазе первого периода родов каждые 4 часа проводится учет ЧСС, АД, температуры тела, мочеотделения, тонуса матки, силы и частоты схваток, характера выделений из половых путей). В активной фазе первого периода родов каждые 60 минут проводят оценку ЧСС матери, температуры тела и АД, оценку мочеиспускания не реже чем каждые 4 часа [12], [156]. Оценка ЧСС плода и характер родовой деятельности оценивают каждые 30 минут.

- Рекомендована аускультация плода в родах с помощью стетоскопа или фетального доплера с целью оценки состояния плода [51].

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

Комментарий: Аускультация плода в первом периоде родов проводится в течение 1 минуты после схватки, в латентной фазе - каждый час, в активной фазе - каждые 30 минут, во втором периоде родов каждые 15 минут и после каждой потуги, ЧСС плода сверяется с ЧСС роженицы [3, 19, 52]. Если выслушивается ускорение или замедление ритма плода, то аускультация продолжается в течение, как минимум, 3-х маточных сокращений. При этом оцениваются вероятные причины, которые могут влиять на изменение ЧСС плода (например, положение роженицы, гиповолемия). Если ускорение или замедление ритма плода не исчезает, то проводится КТГ плода. Если в течение 20 минут при КТГ плода не выявлено признаков нарушения состояния плода, то проводится периодическая аускультация плода.

- Рекомендован контроль маточных сокращений в родах с целью своевременной диагностики слабости или бурной родовой деятельности для определения тактики ведения родов [20].

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

Комментарии: Подсчет схваток проводится в течение 10 минут. В норме число схваток во время активной фазы родов составляет 3-5 за 10 минут. Тахисистолия определяется как >5 схваток в течение 10 минут в двух последовательных подсчетах или в течение 30 минут.

- Рекомендовано проводить бимануальное влагалищное исследование каждые 4 часа в активную фазу первого периода родов с целью оценки динамики родов [53].

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

- **Комментарии:** Влагалищные исследования должны выполняться с установленной кратностью, по показаниям, их количество, по возможности, должно быть сведено к минимуму для снижения риска гнойно-септических осложнений [3, 53]. Рутинное применение спазмолитиков в родах не показано. Однако при спазме маточного зева в активной фазе родов возможно применение спазмолитиков (дротаверина** 40 мг и #гиосцина бутилбромида 20 мг) для его устранения [54, 55], [56, 57], [159,160].

- Рекомендовано проводить осмотр с бимануальным влагалищным исследованием перед назначением медикаментозной анальгезии с целью определения периода и фазы родов для выбора анестезиологического пособия и дозы анестетика [161,162,163].

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

Комментарий: Акушерскую ситуацию следует учитывать при выборе анестезиологического пособия и дозы анестетика, в том числе перед введением повторных доз, в связи с влиянием на продолжительность родов и ожидаемым временем их завершения.

- Рекомендовано проводить бимануальное влагалищное исследование после излития околоплодных вод с целью своевременной диагностики выпадения петель пуповины [2].

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

- Рекомендовано проводить бимануальное влагалищное исследование при выявлении нарушений ЧСС плода с целью своевременной диагностики акушерских осложнений, приводящих к данным нарушениям (выпадение петель пуповины, разрыв матки, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты) [2].

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

- Рекомендовано проводить бимануальное влагалищное исследование при ухудшении состояния роженицы или другом изменении клинической ситуации с целью своевременной оценки акушерской ситуации [2].

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

- Не рекомендована рутинная антибиотикопрофилактика в родах [58].

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

- При выявлении в урогенитальном тракте роженицы стрептококка группы В (*S. agalactiae*) рекомендована антибактериальная терапия [59], [60].

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

Комментарии: Антибактериальные препараты системного действия следует вводить при развитии родовой деятельности даже при целом плодном пузыре, а также при преждевременном излитии вод до начала родовой деятельности. Антибактериальными препаратами системного действия выбора служат препараты пенициллинового ряда: ампициллин** внутривенно 500 мг каждые 6 часов до окончания родов, или амоксициллин+[клавулановая кислота]** внутривенно 1200 мг каждые 8 часов до окончания родов, или цефалоспорины: цефазолин** внутривенно 1000 мг каждые 6 часов до окончания родов или цефуроксим** внутривенно 750 мг каждые 6 часов до окончания родов [169]. При аллергии на бета-лактамы антибиотики возможно назначение клиндамицина** при условии наличия чувствительности к нему колонизирующего родовые пути штамма *S. agalactiae* внутривенно 300 мг каждые 8 часов до окончания родов, а при отсутствии возможности оценки чувствительности *S. agalactiae* к клиндамицину** – ванкомицина** внутривенно 500 мг каждые 6 часов до окончания родов. Из-за глобального роста резистентности *S. agalactiae* к препаратам группы макролидов (эритромицин, азитромицин**), в настоящее время не рекомендуется их эмпирическое применение [61].

- Не рекомендовано влагалищное родоразрешение пациенткам с ВИЧ-инфекцией при вирусной нагрузке перед родами >1000 копий/мл, неизвестной вирусной

нагрузке перед родами или неприменении противовирусной терапии во время беременности и/или непроведении антиретровирусной профилактики в родах [62, 63].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: Данной группе пациенток проводится плановое кесарево сечение с целью профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

- Не рекомендовано влагалищное родоразрешение пациенткам, у которых первичный эпизод генитального герпеса возник после 34-й недели беременности или есть клинические проявления генитального герпеса накануне родов [64], [65].

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

Комментарий: Данной группе пациенток проводится кесарево сечение с целью профилактики передачи ВПГ-инфекции от матери ребенку.

- Не рекомендовано с целью снижения риска инфицирования матери и новорожденного в родах орошать влагалище антисептическими и дезинфицирующими средствами (АТХ D08A) [66].

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

Комментарий: В приведенном Кокрановском мета-анализе не рекомендовано орошение влагалища в родах раствором хлоргексидина**(D08AB03). Доказательных данных по применению других антисептиков в нормальных родах с целью снижения риска инфицирования матери и новорожденного нет, однако, учитывая идентичное антимикробное действие всех антисептиков, данный тезис-рекомендацию следует экстраполировать на весь перечень антисептических средств, применяемых в акушерстве-гинекологии.

- Не рекомендована рутинная ранняя амниотомия [67].

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

Комментарии: Разрыв плодных оболочек увеличивает риск восходящей инфекции и пролапса пуповины. Рутинная амниотомия не сокращает продолжительность первого или второго периода родов и не снижает риск кесарева сечения [67]. Однако следует помнить,

что во втором периоде родов отсутствие признаков продвижения головки плода в течение 1 часа у первородящих и 30 мин у повторнородящих требует оценки клинической ситуации и проведения амниотомии при целом плодном пузыре [19]. У пациенток с активным гепатитом В, гепатитом С и ВИЧ-инфекцией следует избегать выполнение амниотомии для уменьшения риска восходящей инфекции [20].

3.2. Ведение второго периода родов

- Рекомендовано проводить бимануальное влагалищное исследование каждый час с целью оценки продвижения головки плода по родовому каналу [3, 20].

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

Комментарии: После фиксации полного раскрытия маточного зева при влагалищном исследовании, при наличии возможности, может быть выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное) для оценки положения и продвижения головки плода [27].

- Рекомендовано проводить аускультацию плода с помощью стетоскопа или фетального доплера каждые 15 минут, или после каждой потуги или путем непрерывного мониторинга (КТГ) с целью оценки состояния плода [52, 68], [69], [156].

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

- Рекомендовано поощрять подвижность и занятие удобного положения пациенткой с низким риском акушерских осложнений вне зависимости от проведения эпидуральной анальгезии с целью уменьшения риска эпизиотомии и инструментальных влагалищных родов [70], [71].

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

Комментарий: Необходимо иметь доступ к постоянному контролю за состоянием плода в выбранном пациенткой положении, и, если необходимо, изменить ее положение для обеспечения адекватного мониторинга за состоянием плода. Большинство современных видов эпидуральной анальгезии позволяет выбирать удобное для пациентки положение во время родов [3, 72].

- Рекомендовано поощрять и поддерживать пациенток следовать собственным позывам тужиться с целью профилактики осложнений в родах [3].

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

- Рекомендовано использовать методы, направленные на уменьшение травмы промежности и облегчения самопроизвольных родов, такие как массаж промежности и теплый компресс на промежность с учетом предпочтений пациентки и имеющихся возможностей [73].

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

Комментарий: Теплый компресс из чистой ткани, намоченный теплой водой (43°C), на промежность и массаж промежности с гелем во втором периоде родов снижает риск разрывов промежности 3-й+ степени, но не влияет на риск разрывов промежности 1-й и 2-й степени [73, 74]. Данные техники выполняются во время и между потугами. Пальцевой массаж выполняется перемещающимися движениями из стороны в сторону внутри влагалища пациентки с мягким давлением вниз [75, 76]. Пособия по защите промежности могут быть использованы для профилактики травм промежности и облегчения рождения ребенка и должны быть основаны на имеющейся практике [3, 73].

- Не рекомендован рутинный разрез промежности (эпизиотомия) с целью снижения риска травмы промежности [77], [78, 79].

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

Комментарий: При показаниях к ее проведению следует использовать срединно-латеральную эпизиотомию (начинать рассечение от средней линии промежности под углом 45°).

- С целью профилактики гипоксии плода и асфиксии новорожденного рекомендовано предпринять попытку перекинуть пуповину через головку плода, если после рождения головки плода пуповина расположена вокруг его шеи [20].

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

Комментарий: Если перекинуть пуповину через головку плода не удастся, следует предпринять попытку родить тело ребенка через петлю пуповины и выполнить прием «Сальто». Чтобы выполнить прием «Сальто», нужно поместить ладонь руки на затылок плода и отклонить головку плода лицом по направлению к бедру матери, что позволит родиться плечикам, затем телу и ногам плода [80–84]. Если прием «Сальто» выполнить не удастся, следует пересечь пуповину между двумя зажимами, однако это увеличивает риск гиповолемии, анемии и гипоксически-ишемической энцефалопатии у новорожденного [83].

- Рекомендовано при ведении родов у всех женщин обеспечить готовность к оказанию первичных реанимационных мероприятий новорожденному [3].

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

Комментарий: Независимо от прогноза и факторов риска рождения ребёнка в асфиксии, персонал, участвующий в приёме родов, должен владеть первичной реанимацией новорождённого. Дежурный врач - неонатолог при принятии смены обязан проверить исправность используемого оборудования, наличие лекарственных препаратов, необходимых для проведения первичной реанимационной помощи, перед родами - ознакомиться с анамнезом матери и медицинской документацией для оценки перинатальных рисков для новорожденного, подготовить место для проведения первичной реанимации новорожденного, оценить перинатальные риски, обеспечить присутствие 2-х и более специалистов, владеющих навыками первичной реанимации в полном объеме при прогнозировании рождения ребенка с необходимостью проведения реанимационных мероприятий.

- Рекомендовано при ведении родов у всех женщин обеспечить комплекс мер для поддержания оптимальной температуры тела новорожденного для профилактики гипотермии [85, 86].

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

Комментарий: Перед рождением ребенка акушерке необходимо исключить наличие сквозняков, закрыть окна и двери родильного зала, включить источник лучистого тепла над столиком новорожденного, согреть лоток, пеленки для приема новорожденного, проконтролировать температуру воздуха родильного зала по термометру, находящегося в родильном зале. Оптимальная температура воздуха должна быть не менее 24⁰С. После рождения необходимо немедленно обтереть ребёнка теплой пеленкой, мягко, без грубых

движений, поменяв первую влажную пеленку на сухую.

- Рекомендовано при ведении родов у всех женщин проводить осмотр новорожденного с оценкой его состояния по шкале Апгар [87].

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

Комментарий: Первый осмотр новорожденного необходимо проводить непосредственно после рождения, с целью оценки состояния новорожденного, исключения видимых врожденных пороков развития. Оценка состояния ребенка по шкале Апгар производится через 1 минуту (60 секунд) и 5 минут после рождения. Не следует использовать оценку по Апгар как единственный критерий для обоснования диагноза асфиксии. Термин асфиксия не должен применяться, если нет доказательств нарушений газообмена (кислотно-основного состояния крови).

- Рекомендовано всех новорожденных, не требующих проведения реанимационных мероприятий после рождения, выкладывать на живот и грудь родильницы, обеспечив контакт «кожа к коже», для улучшения постнатальных исходов и стимуляции грудного вскармливания [88].

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

Комментарий: Выкладывание новорожденного на живот и грудь матери, и обеспечение прямого телесного контакта «кожа-к-коже» в течение первого часа жизни увеличивает частоту и продолжительность грудного вскармливания, снижает риск гипотермии.

- Рекомендовано отсроченное пересечение пуповины (не ранее 1 минуты и не позднее 3-х минут от момента рождения плода) вне зависимости от ВИЧ-статуса пациентки с целью улучшения постнатальных исходов [3, 89].

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

Комментарий: У доношенных детей основным преимуществом отсроченного пересечения пуповины является более высокий запас железа у детей в возрасте от рождения до шести месяцев [90], а также лучшее психомоторное развитие [91]. У ВИЧ-инфицированных рожениц, у пациенток, живущих с ВИЧ-положительным партнером, и у пациенток с неизвестным ВИЧ-статусом нет доказательств того, что отсроченное

пересечение пуповины увеличивает вероятность передачи ВИЧ от матери к новорожденному [3, 89]. Слишком позднее пережатие пуповины сопровождается значимым повышением количества эритроцитов и уровня гемоглобина, что может приводить к метаболическим нарушениям, которые сопровождаются гипербилирубинемией и увеличением показаний к проведению фототерапии [90].

- Не рекомендована рутинная санация верхних дыхательных путей (отсасывание слизи из верхних дыхательных путей) у детей, родившихся с чистыми амниотическими водами и начавших самостоятельно дышать [3, 92].

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

Комментарий: Исследования не подтверждают положительного эффекта рутинной санации верхних дыхательных путей, но показывают ее возможное неблагоприятное воздействие на новорожденного. Санация может приводить к стимуляции *n. vagus*, вызывая брадикардию и развитие апноэ. Кроме того, процедура может приводить к повреждению слизистой оболочки верхних дыхательных путей и вторичному инфицированию [93].

- Рекомендовано осуществлять ранее прикладывание к груди всех новорожденных, которые могут самостоятельно получать грудное молоко, если их состояние стабильно, а мать и ребенок готовы к кормлению [3, 94].

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

Комментарий: Существуют убедительные доказательства того, что раннее начало грудного вскармливания (в течение первого часа после рождения) и исключительно грудное вскармливание в течение первого месяца жизни имеет существенные преимущества в снижении неонатальной смертности и заболеваемости [95, 96].

- Не рекомендовано рутинное обмывание ребенка в первые 24 часа после рождения [97].

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

Комментарий: Кожа новорождённого покрыта первородной смазкой (*vernix caseosa*), защищающей кожу в период внутриутробного развития. Если кожа ребёнка загрязнена кровью или меконием, следует осторожно смыть тёплой водопроводной водой.

- Рекомендована антимикробная офтальмологическая обработка вскоре после родов для всех новорожденных для профилактики инфекционных заболеваний глаз [164].

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

Комментарий: В Российской Федерации с целью профилактики инфекционных заболеваний глаз во время первичного туалета новорождённого рекомендуется использовать мазь глазную эритромицина 10 000 ЕД/г (в индивидуальной упаковке). Глазную мазь закладывают в стерильных перчатках за нижнее веко, в виде полосы длиной 1 см, не касаясь тубиком глаза и век. Избыток мази можно убрать через одну минуту, при помощи стерильного тампона.

3.3. Введение третьего периода родов

- Рекомендовано парентеральное введение окситоцина** в третьем периоде родов для профилактики послеродового кровотечения [98–102].

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

Комментарий: Окситоцин** вводят внутримышечно в боковую поверхность бедра в дозе 2 мл (10 МЕ) или внутривенно в дозе 5 ЕД в 50 мл физиологического раствора со скоростью 16,2 мл/час с помощью перфузора, при невозможности введения окситоцина вводят агонист окситоцина карбетоцин** внутримышечно или внутривенно медленно в дозе 100 мкг/мл [103].

- Рекомендовано с целью снижения риска послеродового кровотечения применять активное ведение 3 периода родов (введение окситоцина** или карбетоцина**, пересечение пуповины между 1-й и 3-й минутами после рождения плода, самостоятельное рождение последа или его выделение наружными приемами в течение 30 минут) [104], [31].

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

Комментарии: Послед может быть выделен путем контролируемых тракций за пуповину, которые должен выполнять только обученный медицинский персонал, принимающий роды. При отсутствии навыков у медицинского персонала необходимо дождаться признаков отделения плаценты и извлечь послед наружными методами.

Проведение контролируемых тракций за пуповину уменьшает риск задержки последа и ручного удаления плаценты, но повышает риск отрыва пуповины [105–107].

- Пациенткам, которым была проведена медикаментозная профилактика послеродового кровотечения в третьем периоде родов, не рекомендовано рутинное проведение массажа матки с целью профилактики послеродового кровотечения [108].

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

Комментарий: Массаж матки после влагалищных родов не связан со снижением риска послеродового кровотечения у пациенток, которым был введен окситоцин** и проведены контролируемые тракции за пуповину для профилактики послеродового кровотечения [108].

- Рекомендована оценка тонуса матки после родов путем пальпации с целью ранней диагностики гипотонии матки [98, 109, 110].

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

3.4. Наблюдение за состоянием матери в первые 2 часа после родов

- Для оценки объема кровопотери рекомендовано использовать гравиметрический метод - прямой сбор крови в градуированные мерные емкости совместно со взвешиванием пропитанных кровью мягких материалов [111, 112].

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

Комментарий: Физиологическая кровопотеря в родах через естественные родовые пути составляет <10% объема циркулирующей крови или <0,5-0,7% от массы тела, или <5 мл/кг (<500,0 мл) [111].

- Рекомендовано выполнить послеродовой осмотр последа (исследование плаценты послеродовое) с целью своевременной диагностики нарушения его целостности и задержки части последа в родовых путях [113].

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

- Рекомендовано после родов провести осмотр влагалища, промежности и шейки матки в зеркалах с целью своевременной диагностики разрывов промежности, влагалища и шейки матки, и провести зашивание разрывов [12].

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

- Рекомендовано в течение первых двух часов после родов, каждые 15 минут проводить контроль состояния пациентки: АД, ЧСС, тонус матки, высота стояния матки, характер и объем кровянистых выделений из влагалища, состояние швов (наличие или отсутствие отеков, гиперемии, гематом), перед переводом в послеродовое отделение оценить состояние пациентки, включая контроль температуры тела и опорожнение мочевого пузыря [12].

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

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Не применимо.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

- Рекомендована комплексная подготовка к родам с целью снижения тревоги и страха перед родами [114], и увеличения вероятности успешных влагалищных родов и грудного вскармливания [115–117].

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

Комментарий: Подготовка к родам повышает удовлетворенность пациентки родами, даже если развиваются осложнения и необходимы медицинские вмешательства [118].

6. Организация оказания медицинской помощи

Медицинская помощь при нормальных родах может быть оказана в медицинских организациях акушерского профиля 1-го, 2-го и 3-го уровня.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Не применимо.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Да/Нет
1.	При поступлении в стационар определен срок беременности и родов по дате последней менструации и данным ультразвукового исследования плода	Да/Нет
2.	Проведено заполнение партограммы	Да/Нет
3.	Выполнено парентеральное введение окситоцина** после рождения плода (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено отсроченное пересечение пуповины (не ранее 1 минуты и не позднее 3-х минут от момента рождения ребенка)	Да/Нет
5.	Выполнено выделение последа в течение 30 минут от момента рождения ребенка	Да/Нет
6.	Выполнен послеродовой осмотр последа	Да/Нет
7.	После родов проведен осмотр влагалища, промежности и шейки матки в зеркалах и проведено зашивание разрывов	Да/Нет

Список литературы

1. World Health Organization, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit F. and R.H. Care in Normal Birth: A Practical Guide : Report of a Technical Working Group. Birth. 1997.
2. Robert M Ehsanipoor, MD Andrew J Satin, MD F. Normal and abnormal labor progression. UpToDate. 2019; .
3. World Health Organization. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva; 2018. 212 p.
4. Friedman E.A. An objective approach to the diagnosis and management of abnormal labor. Bull New York Acad Med J Urban Heal. 1972; 6(42):842–58.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric care consensus no. 1: safe prevention of the primary cesarean delivery. Obs Gynecol. 2014; 3(123):693–711.
6. Zhang J., Landy H.J., Ware Branch D., Burkman R., Haberman S., Gregory K.D., et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. Obstet Gynecol. 2010; 6(116):1281.
7. Spong C.Y., Berghella V., Wenstrom K.D., Mercer B.M., Saade G.R. Preventing the first cesarean delivery: Summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, and American College of Obstetricians and Gynecologists Workshop. Obstet Gynecol. 2012; 120(5):1181–93.
8. Dombrowski M.P., Bottoms S.F., Saleh A.A.A., Hurd W.W., Romero R. Third stage of labor: analysis of duration and clinical practice. Am J Obs Gynecol. 1995; 4 Pt 1(172):1279–84.
9. Combs C.A., Laros R.K. Prolonged third stage of labor: morbidity and risk factors. Obstet Gynecol. 1991; 6(77):863–7.
10. Magann E.F., Doherty D.A., Briery C.M., Niederhauser A., Chauhan S.P., Morrison J.C. Obstetric characteristics for a prolonged third stage of labor and risk for postpartum hemorrhage. Gynecol Obstet Invest. 2008; 65(3):201–5.
11. Romero R., Hsu Y.C., Athanassiadis A.P., Hagay Z., Avila C., Nores J., et al. Preterm delivery: a risk factor for retained placenta. Am J Obs Gynecol. 1990; 3(163):823–5.
12. World Health Organization, UNICEF U.N.P.F. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors – 2nd ed. 2017. 492 p.
13. Savitz D.A., Terry J.W., Dole N., Thorp J.M., Siega-Riz A.M., Herring A.H. Comparison of pregnancy dating by last menstrual period, ultrasound scanning, and their combination. Am J Obstet Gynecol. 2002; 187(6):1660–6.
14. Olesen A.W., Thomsen S.G. Prediction of delivery date by sonography in the first and second trimesters. Ultrasound Obstet Gynecol. 2006; 28(3):292–7.
15. Neufeld L.M., Haas J.D., Grajeda R., Martorell R. Last menstrual period provides the best estimate of gestation length for women in rural Guatemala. Paediatr Perinat Epidemiol. 2006; 20(4):290–8.
16. Nissaisorakarn P., Sharif S., Jim B. Hypertension in Pregnancy: Defining Blood Pressure Goals and the Value of Biomarkers for Preeclampsia. Curr Cardiol Rep. 2016; 18(12):131.
17. Metoki H., Iwama N., Ishikuro M., Satoh M., Murakami T., Nishigori H. Monitoring and evaluation of out-of-office blood pressure during pregnancy. Hypertens Res. 2017; 40(2):107–9.
18. American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care. 8th ed. Elk Grove Village, IL; Washington, DC; 2017.
19. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. NICE Clinical guideline. 2017. p. 90.
20. Edmund F Funai E.R.N. Management of normal labor and delivery. UpToDate. 2020; .
21. Thorp J.M., Jenkins T., Watson W. Utility of Leopold maneuvers in screening for malpresentation. Obstet Gynecol. 1991; 78(3 Pt 1):394–6.

22. Lydon-Rochelle M., Albers L., Gorwoda J., Craig E., Qualls C. Accuracy of Leopold maneuvers in screening for malpresentation: a prospective study. *Birth*. 1993; 20(3):132–5.
23. Webb S.S., Plana M.N., Zamora J., Ahmad A., Earley B., Macarthur C., et al. Abdominal palpation to determine fetal position at labor onset: a test accuracy study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011; 90(11):1259–66.
24. Guidelines for perinatal care/ American Academy of Pediatrics [and] the American College of O&G. - 6th Ed. 2007.
25. Pillay P, Janaki S M.C. A Comparative Study of Gravidoqram and Ultrasound in Detection of IUGR. *J Obs Gynaecol India*. 2012; 62(4):409–12.
26. Rozenberg P. [Is there a role for X-ray pelvimetry in the twenty-first century?]. *Gynecol Obstet Fertil*. 2007; 35(1):6–12.
27. Ghi T., Eggebø T., Lees C., Kalache K., Rozenberg P., Youssef A., et al. ISUOG Practice Guidelines: intrapartum ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2018; 1(52):128–39.
28. Maruotti G.M., Saccone G., Martinelli P. Third trimester ultrasound soft-tissue measurements accurately predicts macrosomia. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2017; 30(8):972–6.
29. Caradeux J., Martinez-Portilla R.J., Peguero A., Sotiriadis A., Figueras F. Diagnostic performance of third-trimester ultrasound for the prediction of late-onset fetal growth restriction: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2019; .
30. Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды). Клинические рекомендации. Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2021. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/636_1
31. World Health Organization. WHO recommendations for augmentation of labour. World Health Organization. 2014. 57 p.
32. American College of Obstetricians and Gynecologists (College); Society for Maternal-Fetal Medicine; Caughey AB, Cahill AG, Guise JM, Rouse DJ. Safe prevention of the primary cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2014 Mar;210(3):179-93. doi: 10.1016/j.ajog.2014.01.026.
33. Lawrence A., Lewis L., Hofmeyr G.J., Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013.
34. Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 687: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. *Obs Gynecol*. 2017; 2(129):e20–8.
35. Ruhl C., Scheich B., Onokpise B., Bingham D. Content Validity Testing of the Maternal Fetal Triage Index. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2015; 5(44):701–9.
36. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 667: Hospital-Based Triage of Obstetric Patients. *Obstet Gynecol*. 2016; 1(128):16–9.
37. Simkin P., Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *J Midwifery Women’s Heal*. 2004; 6(49):489–504.
38. Smith C.A., Levett K.M., Collins C.T., Jones L. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; .
39. Smith C.A., Levett K.M., Collins C.T., Crowther C.A. Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011.
40. Bohren M.A., Hofmeyr G.J., Sakala C., Fukuzawa R.K., Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017.
41. Anim-Somuah M., Smyth R.M., Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; .
42. Committee on Obstetric Practice A.C. of O. and G. ACOG Committee Opinion No. 441: Oral intake during labor. *Obs Gynecol*. 2009; 3(114):714.
43. Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. Vol. 2, *Anesthesiology*. 2016. p. 270–300.
44. Ciardulli A., Saccone G., Anastasio H., Berghella V. Less-Restrictive Food Intake During

- Labor in Low-Risk Singleton Pregnancies. *Obstet Gynecol.* 2017; 129(3):473–80.
45. Shrivastava V.K., Garite T.J., Jenkins S.M., Saul L., Rumney P., Preslicka C., et al. A randomized, double-blinded, controlled trial comparing parenteral normal saline with and without dextrose on the course of labor in nulliparas. *Am J Obstet Gynecol.* 2009; 4(200):379.
 46. Jamal A., Choobak N., Tabassomi F. Intrapartum maternal glucose infusion and fetal acid-base status. *Int J Gynecol Obstet.* 2007; 3(97):187–9.
 47. Paré J., Pasquier J.-C., Lewin A., Fraser W., Bureau Y.-A. Reduction of total labour length through the addition of parenteral dextrose solution in induction of labor in nulliparous: Results of DEXTRONS prospective randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2017; 5(216):508.
 48. Ehsanipoor R.M., Saccone G., Seligman N.S., Pierce-Williams R.A.M., Ciardulli A., Berghella V. Intravenous fluid rate for reduction of cesarean delivery rate in nulliparous women: a systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2017; 96(7):804–11.
 49. Lavender T., Cuthbert A., Smyth R.M.D. Effect of partograph use on outcomes for women in spontaneous labour at term and their babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2018.
 50. Martis R., Emilia O., Nurdianti D.S., Brown J. Intermittent auscultation (IA) of fetal heart rate in labour for fetal well-being. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; .
 51. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 106: Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles. *Obs Gynecol.* 2009; 1(114):192–202.
 52. Downe S., Gyte G.M.L., Dahlen H.G., Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2013.
 53. Riemma G., La Verde M., Schiattarella A., Cobellis L., De Francis P., Colacurci N., et al. Efficacy of hyoscine butyl-bromide in shortening the active phase of labor: Systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020; 252:218–24.
 54. Madhu C., Mahavarkar S., Bhave S. A randomised controlled study comparing Drotaverine hydrochloride and Valethamate bromide in the augmentation of labour. *Arch Gynecol Obstet.* 2010; 282(1):11–5.
 55. Mohaghegh Z., Abedi P., Faal S., Jahanfar S., Surdock A., Sharifipour F., et al. The effect of hyoscine n- butylbromide on labor progress: A systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020; 20(1):291.
 56. Ibrahim M.I., Alzeeniny H.A., Ellaithy M.I., Salama A.H., Abdellatif M.A. Drotaverine to improve progression of labor among nulliparous women. *Int J Gynecol Obstet.* 2014; 124(2):112–7.
 57. Bonet M., Ota E., Chibueze C.E., Oladapo O.T. Routine antibiotic prophylaxis after normal vaginal birth for reducing maternal infectious morbidity. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2017.
 58. Ohlsson A., Shah V.S. Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization. *Cochrane database Syst Rev.* 2014; (6):CD007467.
 59. Prevention of Group B Streptococcal Early-Onset Disease in Newborns. *Obstet Gynecol.* 2020; 135(2):e51–72.
 60. Припутневич Т.В., Кан Н.Е., Мелкумян А.Р., Тютюнник В.Л., Кафарская Л.И., Ефимов Б.А., Любасовская Л.А., Зубков В.В., Дубровина Н.В., Долгушина Н.В., Калинина Е.А., Павлович С.В. Стрептококк группы В у беременных и новорожденных: учебное пособие. ООО «Цен.
 61. Warszawski J., Tubiana R., Le Chenadec J., Blanche S., Teglas J.-P., Dollfus C., et al. Mother-to-child HIV transmission despite antiretroviral therapy in the ANRS French Perinatal Cohort. *AIDS.* 2008; 22(2):289–99.
 62. Venkatesh K.K., Morrison L., Livingston E.G., Stek A., Read J.S., Shapiro D.E., et al. Changing Patterns and Factors Associated With Mode of Delivery Among Pregnant Women With Human Immunodeficiency Virus Infection in the United States. *Obstet Gynecol.* 2018;

131(5):879–90.

63. Sénat M.-V., Anselem O., Picone O., Renesme L., Sananès N., Vauloup-Fellous C., et al. Prevention and management of genital herpes simplex infection during pregnancy and delivery: Guidelines from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018; 224:93–101.
64. ACOG Practice Bulletin No. 82: Management of Herpes in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2007; 109(6):1489–98.
65. Lumbiganon P., Thinkhamrop J., Thinkhamrop B., Tolosa J.E. Vaginal chlorhexidine during labour for preventing maternal and neonatal infections (excluding Group B Streptococcal and HIV). *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2014.
66. Smyth R.M., Markham C., Dowswell T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2013.
67. RANZCOG. Intrapartum Fetal Surveillance : Clinical Guideline - Fourth Edition. 2019; 4:1–44.
68. Dore S., Ehman W. No. 396-Fetal Health Surveillance: Intrapartum Consensus Guideline. *J Obstet Gynaecol Canada.* 2020; 42(3):316-348.e9.
69. Gupta J.K., Sood A., Hofmeyr G.J., Vogel J.P. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2017.
70. Kibuka M., Thornton J.G. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane database Syst Rev.* 2017; 2:CD008070.
71. Walker K.F., Kibuka M., Thornton J.G., Jones N.W. Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2018.
72. Aasheim V., Nilsen A.B.V., Reinart L.M., Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2017.
73. Beckmann M.M., Stock O.M. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2013.
74. Dahlen H.G., Homer C.S.E., Cooke M., Upton A.M., Nunn R., Brodrick B. Perineal outcomes and maternal comfort related to the application of perineal warm packs in the second stage of labor: A randomized controlled trial. *Birth.* 2007; 4(34):282–90.
75. Albers L.L., Sedler K.D., Bedrick E.J., Teaf D., Peralta P. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: A randomized trial. *J Midwifery Women’s Heal.* 2005; 5(50):365–72.
76. Jiang H., Qian X., Carroli G., Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; .
77. Lee L., Dy J., Azzam H. Management of Spontaneous Labour at Term in Healthy Women. *J Obstet Gynaecol Canada.* 2016; 9(38):843–65.
78. Bulletins—Obstetrics A.C. of O. and G.C. on. Practice Bulletin No. 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obs Gynecol.* 2016; 1(128):e1–15.
79. Leonhard Schaffer R.Z. Nuchal cord. *UpToDate.* 2019; .
80. Queensland Ambulance Service. Obstetrics: Nuchal umbilical cord. *Clinical Practice Procedures.*
81. East Carolina University College of Nursing. Somersault maneuver demo.
82. Mercer J.S., Skovgaard R.L., Peareara-Eaves J., Bowman T.A. Nuchal cord management and nurse-midwifery practice. *J Midwifery Women’s Heal.* 2005; 5(50):373–9.
83. Reynolds L. Practice tips. “Somersault” maneuver for a tight umbilical cord. *Can Fam Physician.* 1999; (45):613.
84. World Health Organization. Thermal Protection of the Newborn: a practical guide. *Matern Safe Mother Program.* 1997; :1–67.
85. Lubkowska A., Szymański S., Chudecka M. Surface body temperature of full-term healthy newborns immediately after Birth—Pilot study. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;

8(16):1312.

86. The Apgar Score. *Pediatrics*. 2015; 136(4):819–22.
87. Moore E.R., Anderson G.C., Bergman N., Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. In: Moore ER, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012.
88. World Health Organization. Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. 2014. 26 p.
89. McDonald S.J., Middleton P., Dowswell T., Morris P.S. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013.
90. Andersson O., Lindquist B., Lindgren M., Stjernqvist K., Domellöf M., Hellström-Westas L. Effect of delayed cord clamping on neurodevelopment at 4 years of age: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatr*. 2015; 7(169):631–8.
91. World Health Organization. Guidelines on basic newborn resuscitation. 2012. 61 p.
92. Evans, M Blake W.D.P. Does Medical Evidence Support Routine Oronasopharyngeal Suction at Delivery? *J Okla State Med Assoc*. 2016; 4–5(109):140–2.
93. WHO. Recommendations on newborn health: approved by the WHO Guidelines Review Committee. *Who*. 2017; (May):1–28.
94. Khan J., Vesel L., Bahl R., Martines J.C. Timing of Breastfeeding Initiation and Exclusivity of Breastfeeding During the First Month of Life: Effects on Neonatal Mortality and Morbidity—A Systematic Review and Meta-analysis. *Matern Child Health J*. 2015; 3(19):468–79.
95. UNICEF, WHO. Capture the Moment – Early initiation of breastfeeding: The best start for every newborn. *Unicef*. 2018. 1–42 p.
96. WHO Recommendations on Postnatal Care of the Mother and Newborn. Geneva: World Health Organization; 2013 Oct. PMID: 24624481.
97. Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage: Green-top Guideline No. 52. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2017; 124(5):e106–49.
98. Schlembach D., Helmer H., Henrich W., Von Heymann C., Kainer F., Korte W., et al. Peripartum haemorrhage, diagnosis and therapy. Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S2k level, AWMF registry No. 015/063, March 2016). *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2018; 78(04):382–99.
99. Soltani H., Hutchon D.R., Poulouse T.A. Timing of prophylactic uterotonics for the third stage of labour after vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; .
100. Westhoff G., Cotter A.M., Tolosa J.E. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. *Cochrane database Syst Rev*. 2013; (10):CD001808.
101. Oladapo O.T., Okusanya B.O., Abalos E. Intramuscular versus intravenous prophylactic oxytocin for the third stage of labour. *Cochrane database Syst Rev*. 2018; 9:CD009332.
102. Gallos I.D., Papadopoulou A., Man R., Athanasopoulos N., Tobias A., Price M.J., et al. Uterotonic agents for preventing postpartum haemorrhage: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018; .
103. Begley C.M., Gyte G.M., Devane D., McGuire W., Weeks A., Biesty L.M. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane database Syst Rev*. 2019; 2:CD007412.
104. Du Y., Ye M., Zheng F. Active management of the third stage of labor with and without controlled cord traction: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2014; 7(93):626–33.
105. Metin Gülmezoglu A., Lumbiganon P., Landoulsi S., Widmer M., Abdel-Aleem H., Festin M., et al. Active management of the third stage of labour with and without controlled cord traction: A randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet*. 2012; 379(9827):1721–7.
106. Hofmeyr G.J., Mshweshwe N.T., Gülmezoglu A.M. Controlled cord traction for the third

- stage of labour. *Cochrane database Syst Rev.* 2015; 1:CD008020.
107. Saccone G., Caissutti C., Ciardulli A., Abdel-Aleem H., Hofmeyr G.J., Berghella V. Uterine massage as part of active management of the third stage of labour for preventing postpartum haemorrhage during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BJOG.* 2018; 7(125):778–81.
 108. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No. 183: Postpartum Hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2017; 130(4):e168–86.
 109. WHO recommendations: uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage. *World Heal Organ.* 2018; :53 p.
 110. Профилактика, алгоритм ведения, анестезия и интенсивная терапия при послеродовых кровотечениях. Клинические рекомендации. Москва; 2018. p. 76.
 111. Diaz V., Abalos E., Carroli G. Methods for blood loss estimation after vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2018.
 112. Профилактика, алгоритм ведения, анестезия и интенсивная терапия при послеродовых кровотечениях. Клинические рекомендации РОАГ, 2018 г.
 113. Stoll K., Swift E.M., Fairbrother N., Nethery E., Janssen P. A systematic review of nonpharmacological prenatal interventions for pregnancy-specific anxiety and fear of childbirth. *Birth.* 2018; 1(45):7–18.
 114. Maimburg R.D., Væth M., Dürr J., Hvidman L., Olsen J. Randomised trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process. *BJOG.* 2010; 8(117):921–8.
 115. Levett K.M., Smith C.A., Bensoussan A., Dahlen H.G. Complementary therapies for labour and birth study: a randomised controlled trial of antenatal integrative medicine for pain management in labour. *BMJ Open.* 2016; 7(6).
 116. Chen I., Opiyo N., Tavender E., Mortazhejri S., Rader T., Petkovic J., et al. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2018.
 117. Haapio S., Kaunonen M., Arffman M., Åstedt-Kurki P. Effects of extended childbirth education by midwives on the childbirth fear of first-time mothers: an RCT. *Scand J Caring Sci.* 2017; 2(31):293–301.
 118. Makvandi S., Latifnejad Roudsari R., Sadeghi R., Karimi L. Effect of birth ball on labor pain relief: A systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Res.* 2015; 11(41):1679–86.
 119. Smith C.A., Collins C.T., Cyna A.M., Crowther C.A. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2006.
 120. Makvandi S., Mirzaiinajmabadi K., Sadeghi R., Mahdavian M., Karimi L. Meta-analysis of the effect of acupressure on duration of labor and mode of delivery. *Int J Gynecol Obstet.* 2016; 1(135):5–10.
 121. Hamidzadeh A., Shahpourian F., Orak R.J., Montazeri A.S., Khosravi A. Effects of LI4 Acupressure on Labor Pain in the First Stage of Labor. *J Midwifery Women’s Heal.* 2012; 2(57):133–8.
 122. Chung U.L., Hung L.C., Kuo S.C., Huang C.L. Effects of LI4 and BL 67 acupressure on labor pain and uterine contractions in the first stage of labor. *J Nurs Res.* 2003; 4(11):251–60.
 123. Hjelmstedt A., Shenoy S.T., Stener-Victorin E., Lekander M., Bhat M., Balakumaran L., et al. Acupressure to reduce labor pain: A randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010; 11(89):1453–9.
 124. Taavoni S., Abdollahian S., Haghani H. Effect of sacrum-perineum heat therapy on active phase labor pain and client satisfaction: A randomized, controlled trial study. *Pain Med.* 2013; 9(14):1301–6.
 125. Dahlen H.G., Homer C.S.E., Cooke M., Upton A.M., Nunn R.A., Brodrick B.S. “Soothing the ring of fire”: Australian women’s and midwives’ experiences of using perineal warm packs in the second stage of labour. *Midwifery.* 2009; 2(25):e39-48.

126. Behmanesh F., Pasha H., Zeinalzadeh M. The effect of heat therapy on labor pain severity and delivery outcome in parturient women. *Iran Red Crescent Med J.* 2009; (11):188.
127. Penny Simkin P., Klein M.C. Nonpharmacologic approaches to management of labor pain. *UpToDate.* 2019; .
128. East C.E., Begg L., Henshall N.E., Marchant P.R., Wallace K. Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2012.
129. Newham J.J., Wittkowski A., Hurley J., Aplin J.D., Westwood M. Effects of antenatal yoga on maternal anxiety and depression: A randomized controlled trial. *Depress Anxiety.* 2014; 8(31):631–40.
130. Babbar S., Parks-Savage A.C., Chauhan S.P. Yoga during pregnancy: A review. *Am J Perinatol.* 2012; 6(29):459–64.
131. Lee S.L., Liu C.Y., Lu Y.Y., Gau M.L. Efficacy of Warm Showers on Labor Pain and Birth Experiences During the First Labor Stage. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2013; 1(42):19–28.
132. Cluett E.R., Burns E., Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2018.
133. Committee Opinion No. 679: Immersion in Water During Labor and Delivery. *Obs Gynecol.* 2016; 5(128):e231–6.
134. Osborne C., Ecker J.L., Gauvreau K., Davidson K.M., Lieberman E. Maternal Temperature Elevation and Occiput Posterior Position at Birth Among Low-Risk Women Receiving Epidural Analgesia. *J Midwifery Women’s Heal.* 2011; 5(56):446–51.
135. Benfield R.D., Hortobágyi T., Tanner C.J., Swanson M., Heitkemper M.M., Newton E.R. The effects of hydrotherapy on anxiety, pain, neuroendocrine responses, and contraction dynamics during labor. *Biol Res Nurs.* 2010; 1(12):28–36.
136. Liu Y.H., Chang M.Y., Chen C.H. Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mothers. *J Clin Nurs.* 2010; 7–8(19):1065–72.
137. Simavli S., Kaygusuz I., Gumus I., Usluogullari B., Yildirim M., Kafali H. Effect of music therapy during vaginal delivery on postpartum pain relief and mental health. *J Affect Disord.* 2014; (156):194–9.
138. Caroline A Smith, Carmel T Collins C.A.C. Aromatherapy for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2011.
139. Luo T., Huang M., Xia H., Zeng Y. Aromatherapy for Laboring Women: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Open J Nurs.* 2014; 3(4):163–8.
140. Yazdkhasti M., Pirak A. The effect of aromatherapy with lavender essence on severity of labor pain and duration of labor in primiparous women. *Complement Ther Clin Pract.* 2016; (25):81–6.
141. Madden K., Middleton P., Cyna A.M., Matthewson M., Jones L. Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2016.
142. Debra Ketterhagen, Leona VandeVusse M.A.B. Self-hypnosis: alternative anesthesia for childbirth. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2002; 6(27):335–40.
143. Derry S., Straube S., Moore R.A., Hancock H., Collins S.L. Intracutaneous or subcutaneous sterile water injection compared with blinded controls for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2012.
144. Mårtensson L., McSwiggin M., Mercer J.S. US Midwives’ Knowledge and Use of Sterile Water Injections for Labor Pain. *J Midwifery Women’s Heal.* 2008; 2(53):115–22.
145. van Erp M., Ortner C., Jochberger S., Klein K.U. Aktuelle Versorgungskonzepte in der geburtshilflichen Anästhesie. *Wiener Medizinische Wochenschrift.* 2017; 167(15–16):374–89.
146. Dualé C., Nicolas-Courbon A., Gerbaud L., Lemery D., Bonnin M., Pereira B. Maternal Satisfaction as an Outcome Criterion in Research on Labor Analgesia. *Clin J Pain.* 2015; 31(3):235–46.
147. Wang T.-T., Sun S., Huang S.-Q. Effects of Epidural Labor Analgesia With Low

- Concentrations of Local Anesthetics on Obstetric Outcomes. *Anesth Analg*. 2017; 124(5):1571–80.
148. Sultan P., Murphy C., Halpern S., Carvalho B. The effect of low concentrations versus high concentrations of local anesthetics for labour analgesia on obstetric and anesthetic outcomes: a meta-analysis. *Can J Anesth Can d'anesthésie*. 2013; 60(9):840–54.
149. Leveno K.J., Nelson D.B., McIntire D.D. Second-stage labor: how long is too long? *Am J Obstet Gynecol*. 2016; 214(4):484–9.
150. Jung H., Kwak K.-H. Neuraxial analgesia: a review of its effects on the outcome and duration of labor. *Korean J Anesthesiol*. 2013; 65(5):379.
151. Grant E., Tao W., Craig M., McIntire D., Leveno K. Neuraxial analgesia effects on labour progression: facts, fallacies, uncertainties and the future. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2015; 122(3):288–93.
152. Keeling D., Tait R.C., Watson H. Peri-operative management of anticoagulation and antiplatelet therapy. *Br J Haematol*. 2016; 175(4):602–13.
153. Nair V., Henry R. Bilateral paravertebral block: a satisfactory alternative for labour analgesia. *Can J Anesth Can d'anesthésie*. 2001; 48(2):179–84.
154. Toscano A., Pancaro C., Giovannoni S., Minelli G., Baldi C., Guerrieri G., et al. Sevoflurane analgesia in obstetrics: a pilot study. *Int J Obstet Anesth*. 2003; 12(2):79–82.
155. Yeo S.T., Holdcroft A., Yentis S.M., Stewart A., Bassett P. Analgesia with sevoflurane during labour: II. Sevoflurane compared with Entonox for labour analgesia. *Br J Anaesth*. 2007; 98(1):110–5.
156. Партограмма ВОЗ: руководство для пользователя. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2022.
157. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава Российской Федерации. Москва, 2019. <https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskii-sbornik-2018-god>
158. Нормальная беременность. Клинические рекомендации. Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2023г. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/288_2
159. Larki M, Rasti A, Makvandi S. The Effect of Hyoscine N-Butyl Bromide Rectal on the Duration of Labour and Rate of Cervical Dilatation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Obstet Gynaecol Can*. 2024 Feb;46(2):102292. doi: 10.1016/j.jogc.2023.102292.
160. Ikeotuonye AC, Umeora OJ, Nwafor JI, Ojumah BO, Ekwunife IC, Dimejesi IB. Drotaverine to shorten the duration of labour in primigravidas: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Afr Health Sci*. 2022 Sep;22(3):108-116. doi: 10.4314/ahs.v22i3.13.
161. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.
162. Адамян Л.В., Артымук Н.В., Белокриницкая Т.Е., Куликов А.В. и др. Нейроаксиальные методы обезболивания родов. Клинические рекомендации. *Анестезиология и реаниматология*, 2018, 5, 99-110. <https://doi.org/10.17116/anaesthesiology201805199>.
163. Carvalho B, Coghill J. Vaginal examination: a requirement before calling the anaesthetist? *Br J Anaesth*. 2003 Mar;90(3):402. doi: 10.1093/bja/aeg529.
164. Володин Н.Н., Дегтярев Д.Н., Албегова М.Б. Неонатология. Национальное руководство в 2-х томах. Том1. Гэотар-Медиа, 2023, 752с.
165. Hofmeyr GJ, Syna AM, Middleton P. Prophylactic intravenous preloading for regional analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4. Art. No.: CD000175. DOI: [10.1002/14651858.CD000175.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000175.pub2).

166. Kinsella SM, Pirlet M, Mills MS, Tuckey JP, Thomas TA. Randomized study of intravenous fluid preload before epidural analgesia during labour. *Br J Anaesth.* 2000 Aug;85(2):311-3. doi: 10.1093/bja/85.2.311.
167. Yeo ST, Holdcroft A, Yentis SM, Stewart A. Analgesia with sevoflurane during labour: i. Determination of the optimum concentration. *Br J Anaesth.* 2007 Jan;98(1):105-9. doi: 10.1093/bja/ael326.
168. Minowski P, Swiatkowska-Freund M, Preis K. Influence of Entonox (mixture of 50% nitrous oxide and 50% oxygen) on physiological labor and neonatal outcome in own material. *Ginekol Pol.* 2023;94(4):315-319. doi: 10.5603/GP.a2022.0039.
169. Ojo OO, Awonuga DO, Dedeke IOF, Nwadike VU, Adenaya OR, Odelola OI. Prevalence of Group B *Streptococcus* Colonisation and Antimicrobial Susceptibility Pattern among Pregnant Women Attending a Tertiary Health Facility in Ogun State, Southwest Nigeria. *J West Afr Coll Surg.* 2019 Jul-Sep;9(3):8-14. doi: 10.4103/jwas.jwas_26_21.
170. Rayburn WF, Smith CV, Parriott JE, Woods RE. Randomized comparison of meperidine and fentanyl during labor. *Obstet Gynecol.* 1989 Oct;74(4):604-6.

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. **Баев Олег Радомирович** - д.м.н., профессор, заслуженный врач Российской Федерации, заведующий 1-го родильного отделения, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

2. **Шмаков Роман Георгиевич** – д.м.н., профессор, профессор РАН, директор ГБУЗ МО «Московский областной НИИ акушерства и гинекологии имени академика В.И. Краснопольского», главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

3. **Мартиросян Сергей Валерьевич** – к.м.н., эксперт ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, врач акушер-гинеколог, доцент кафедры акушерства и гинекологии факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

4. **Долгушина Наталия Витальевна** – д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по репродуктивному здоровью женщин (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

5. **Авдеева Оксана Валерьевна** – главная медицинская сестра ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

6. **Баранов Игорь Иванович** – д.м.н., профессор, заведующий отделом научно-образовательных программ департамента организации научной деятельности ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России. Конфликт интересов отсутствует.

7. **Горина Ксения Алексеевна** – к.м.н., врач акушер-гинеколог отделения патологии беременности ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России. Конфликт интересов отсутствует.

8. **Дегтярев Дмитрий Николаевич** – д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, заведующий кафедрой неонатологии Клинического института детского здоровья имени Н.Ф. Филатова ФГАОУ Первый МГМУ им И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), главный (внештатный) специалист неонатолог Минздрава России в Центральном федеральном округе (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

9. **Зубков Виктор Васильевич** – д.м.н., профессор, директор института неонатологии и педиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

10. **Климов Владимир Анатольевич** - к.м.н., руководитель службы организации медицинской помощи и информационного сервиса ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

11. **Минакова Елена Николаевна** – заместитель главного врача по работе с медицинским персоналом ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр

акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

12. **Николаева Анастасия Владимировна** – к.м.н., главный врач ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

13. **Припутневич Татьяна Валерьевна** – д.м.н., директор института микробиологии, антимикробной терапии и эпидемиологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по медицинской микробиологии (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

14. **Романов Андрей Юрьевич** – к.м.н., заведующий отделом планирования и сопровождения научных проектов ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

15. **Серов Владимир Николаевич** - академик РАН, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, президент Российского общества акушеров-гинекологов, главный научный сотрудник ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

16. **Артымук Наталья Владимировна** – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии имени профессора Г.А. Ушаковой ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, гинекологии, репродуктивному здоровью женщин в СФО (г. Кемерово). Конфликт интересов отсутствует.

17. **Башмакова Надежда Васильевна** - д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, гинекологии, репродуктивному здоровью женщин в УФО (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.

18. **Беженарь Виталий Федорович** - д.м.н., профессор, заведующий кафедрами акушерства, гинекологии и неонатологии/репродуктологии, руководитель клиники акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга (г. Санкт-Петербург). Конфликт интересов отсутствует.

19. **Белокриницкая Татьяна Евгеньевна** – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, гинекологии, репродуктивному здоровью женщин в ДФО (г. Чита). Конфликт интересов отсутствует.

20. **Быков Аким Семенович** – к.м.н. врач-анестезиолог-реаниматолог ГБУЗ «Екатеринбургский клинический перинатальный центр» (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.

21. **Вагущенко Ульяна Андреевна** – врач акушер-гинеколог организационно-методического отдела МБУ «Екатеринбургский клинический перинатальный центр», ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета Уральского государственного медицинского университета (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.

22. **Десятник Кирилл Александрович** – врач акушер-гинеколог, заведующий отделением патологии беременных Перинатального центра ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ, врач акушер (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
23. **Колташева Ирина Михайловна** – заведующая отделом менеджмента качества и безопасности медицинской деятельности МБУ «Екатеринбургский клинический перинатальный центр» (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.
24. **Костин Игорь Николаевич** - д.м.н., профессор, кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
25. **Ксенофонтова Ольга Леонидовна** – к.м.н., заместитель главного врача по медицинской части МБУ «Екатеринбургский клинический перинатальный центр» (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.
26. **Куликов Александр Вениаминович** – д.м.н., профессор кафедры анестезиологии, реаниматологии и трансфузиологии ФПК и ПП ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России (г. Екатеринбург). Член Правления Федерации анестезиологов и реаниматологов и Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов. Конфликт интересов отсутствует.
27. **Мальгина Галина Борисовна** - д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, ведущий научный сотрудник ФГБУ «Уральский НИИ ОММ» Минздрава России (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.
28. **Малышкина Анна Ивановна** - д.м.н., профессор, директор ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова» Минздрава России, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии, медицинской генетики лечебного факультета ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, гинекологии, репродуктивному здоровью женщин в ЦФО (г. Иваново). Конфликт интересов отсутствует.
29. **Михайлов Антон Валерьевич** - д.м.н., профессор, главный врач СПб ГУЗ «Родильный Дом №17», профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО "СЗГМУ им. И.И. Мечникова" Минздрава России, и кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, гинекологии в СЗФО (г. Санкт-Петербург). Конфликт интересов отсутствует.
30. **Обоскалова Татьяна Анатольевна** – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета Уральского государственного медицинского университета (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.
31. **Оленев Антон Сергеевич** – к.м.н., главный внештатный специалист по акушерству Департамента здравоохранения г. Москвы, заведующий филиалом «Перинатальный центр» ГБУЗ «Городская клиническая больница №24 ДЗМ», доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского института РУДН. Конфликт интересов отсутствует.
32. **Перевозкина Ольга Владимировна** – к.м.н., заведующая отделом КЭР Перинатального центра ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ, врач акушер-гинеколог, ассистент кафедры акушерства и гинекологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
33. **Попандопуло Виктория Александровна** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Майкопский государственный технологический университет», профессор кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет»

Минздрава России, главный врач ООО «Кубанский медицинский центр», главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, гинекологии, репродуктивному здоровью женщин в ЮФО (г. Краснодар). Конфликт интересов отсутствует.

34. **Пырегов Алексей Викторович** – д.м.н., профессор, заместитель главного врача ГБУЗ МО «Московский областной перинатальный центр» по анестезиологии и реанимации, председатель комитета по анестезиологии и реаниматологии в акушерстве и гинекологии ассоциации анестезиологов-реаниматологов. (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

35. **Радзинский Виктор Евсеевич** – член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

36. **Севостьянова Ольга Юрьевна** – д.м.н., главный специалист-акушер-гинеколог управления здравоохранения Администрации г. Екатеринбурга (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.

37. **Трошин Павел Владимирович** – врач анестезиолог-реаниматолог, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им.В.И. Кулакова» Минздрава России. (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

38. **Фаткуллин Ильдар Фаридович** - д.м.н., профессор, Заслуженный деятель науки Республики Татарстан, Заслуженный врач Республики Татарстан, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева ФГБОУ ВО "Казанский государственный медицинский университет" Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, по гинекологии в ПФО (г. Казань). Конфликт интересов отсутствует.

39. **Фаткулина Лариса Сергеевна** - к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева Казанского ГМУ, шеф акушерско-гинекологической клиники ГАУЗ "РКБ МЗ РТ", перинатальный центр ГАУЗ "Республиканская клиническая больница МЗ РТ" (г. Казань). Конфликт интересов отсутствует.

40. **Филиппов Олег Семенович** – д.м.н., профессор, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФППОВ ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, заместитель директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

41. **Шешко Елена Леонидовна** - к.м.н., директор департамента медицинской помощи детям, службы родовспоможения и общественного здоровья Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

42. **Шифман Ефим Муневич** – д.м.н., профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, президент Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов, заслуженный врач Республики Карелия, эксперт по анестезиологии и реаниматологии Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (г. Москва). Член Президиума Федерации анестезиологов и реаниматологов. Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи акушеры-гинекологи.
2. Ординаторы акушеры-гинекологи.
3. Акушерки.

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
-----	-------------

А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

ПАРТОГРАММА ВОЗ-2020 (модификация)

ФИО _____ № истории _____ Паритет _____
 Начало родов (дата и время) _____ Активная фаза родов (дата) _____
 Разрыв плодных оболочек (дата и время) _____
 Значимые факторы риска _____

		Время	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
		Часы	1	2	3	4	5	6	7	8		1	2	3			
		Критические показатели	▶ АКТИВНАЯ ФАЗА I-го ПЕРИОДА ▶									II-ой ПЕРИОД					
Плод	Базальная ЧСС	<110, ≥160	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
	Децелерации	Позд	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
	Амниотическая жидкость	M+++, K															
	Предлежание плода	P, T															
	Родовая опухоль	+++															
	Конфигурация головы	+++															
Роженка	Пульс	<60, ≥120															
	Систолическое АД	<80, ≥140															
	Диастолическое АД	≥90															
	Температура	<35.0, ≥37.5															
	Моча	K, An															
Ход родов	Частота схваток за 10'	≥2, >5	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
	Продолжительность схваток	20, >60	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
Ход родов	Раскрытие шейки матки (график X)	10															
		9	≥ 2ч														
		8	≥ 2,5ч														
		7	≥ 3ч														
		6	≥ 5ч														
		5	≥ 6ч														
Ход родов	Продвижение плода (график O)	5															
		4															
		3															
		2															
		1															
		0															
Медикаменты	Окситоцин (Ед/л, кап/мин)																
	Препараты																
	Внутривенные инфузии																
подпись																	

При «критических показателях», обведите кружком и оповестите старший персонал! Если роды >8 час, продолжите на следующем бланке.
СОКРАЩЕНИЯ: О – отказ, Н – неизвестно, Ран – ранние, Позд – поздние, Вар – переменные, Ц – целые, С – светлая, М – меконий, К – кровь, An – анурия, А – передний вид, Р – задний вид, Т – поперечное стояние стреловидного шва, СМ-самостоятельное мочеиспускание, МК-моча выведена катетером

Правила заполнения партограммы [156].

Информация о пациентке: полное имя, Порядок родов (паритет), номер истории родов, дата и время начала родов, дата и время начала активной фазы родов, дата и время излития околоплодных вод, значимые факторы риска.

Время указывают фактическое. Для удобства заполнения лучше записывать числом, кратным 30 мин, например, 13:00 или 13:30.

Часы 1, 2, 3 и т.д. соответствуют течению активной фазы 1 и 2 периода родов и изменению в таблице не подлежат.

ЧСС плода: базальную частоту фиксируют каждые полчаса в цифрах. Отмечают наличие децелераций (ран-ранние, вар-вариабельные, поз-поздние)

Околоплодные воды (амниотическая жидкость): если плодный пузырь цел или воды светлые и чистые, отметку ставят каждые 4 часа, при наличии мекония или крови каждый час.

Ц - плодный пузырь цел

С - околоплодные воды светлые, чистые

М - воды с меконием (любая интенсивность окраски)

К - примесь крови в водах

Предлежание плода: оценивают каждые 4 часа в первом периоде родов и каждый час во втором.

А – передний вид

Р – задний вид

Т – поперечное стояние стреловидного шва

Родовая опухоль: оценивается при влагалищном исследовании

0 – отсутствует

+ слабо выражена

++ умеренно выражена

+++ большая родовая опухоль

Конфигурация головки: оценивается при влагалищном исследовании.

О - конфигурации нет

+ кости сближены в области швов

++ захождение костей по швам с возможностью репозиции при надавливании

+++ захождение костей по швам без возможности репозиции

Пульс, артериальное давление, температура тела и мочеиспускание матери: оценивают каждые 4 часа.

Частота и продолжительность схваток: оценивают каждые 30 мин в первом периоде родов и каждые 15 минут во втором. Потуги отмечают буквой П на строчке ниже продолжительности схваток.

Раскрытие шейки матки: оценивают при каждом влагалищном исследовании и отмечают крестиком (х).

Опускание головки: оценку продвижения головки проводят путем абдоминального обследования и затем вагинального. В 1 периоде родов каждые 4 часа, во 2 периоде каждый час и на графике отмечают кружком в соответствующей ячейке. При абдоминальной пальпации:

5 – вся головка над входом в малый таз

4 – пальпируется 4/5 головки плода - прижата ко входу в малый таз

3 – пальпируется 3/5 головки плода над лоном (большая часть головки над лоном)

2 – пальпируется 2/5 головки плода над лоном (меньшая часть головки над лоном)

1 – пальпируется незначительная часть головки над лоном

0 – головка над лоном не пальпируется (вся расположена в тазу)

Время: отмечается слева от линии. Для удобства заполнения лучше записывать числом, кратным 30 мин, например, 13:00 или 13:30.

Окситоцин: при назначении записать его дозировку и скорость введения (отметка каждые 30 минут).

Назначения лекарств: фиксируют любые дополнительные назначения лекарств.

Внутривенные инфузии: указать препарат и дозу в мл

Методы немедикаментозного обезболивания родов

1. Фитбол. Способствует расслаблению тазового дна, а также обеспечивает свободу движения [119]. При использовании в положении сидя мяч оказывает безболезненное давление на промежность, что может блокировать часть ноцицептивной рецепции на уровне спинного мозга и тем самым уменьшить ощущение боли.

2. Массаж [3]. Может уменьшить дискомфорт во время родов, облегчить боль и повысить удовлетворенность женщины родами [3, 38]. Он является простым, недорогим и безопасным вариантом для облегчения боли.

3. Акупрессура [120, 121]. Ограниченные данные свидетельствуют о пользе акупрессуры [122–124]. Нет никаких известных рисков использования акупунктуры, если она проводится обученным персоналом, использующим одноразовые иглы.

4. Аппликация теплых пакетов [3]. Тепло обычно прикладывается к спине женщины, нижней части живота, паху, промежности. Возможными источниками тепла могут быть: бутылки с теплой водой, носок с нагретым рисом, теплый компресс (полотенце, смоченные в теплой воде и отжатое), электрогрелка или теплое одеяло. Следует соблюдать осторожность, чтобы избежать ожогов. Лицо, осуществляющее уход, должно проверить источник тепла на своей коже и поместить один или два слоя ткани между кожей женщины и горячей упаковкой. В дополнение к тому, что тепло используется для облегчения боли, оно также применяется для облегчения озноба или дрожи, уменьшения жесткости суставов, уменьшения мышечного спазма и увеличения растяжимости соединительной ткани [125–127].

5. Холод [128]. Холодные пакеты могут быть приложены к нижней части спины, когда женщина испытывает боль в спине. Возможные источники холода: мешок или хирургическая перчатка, заполненные льдом, замороженный пакет геля, пластиковая бутылка, наполненная льдом, банки с газированной водой, охлажденные во льду. Необходимо поместить один или два слоя ткани между кожей женщины и холодной упаковкой. Холодные компрессы на промежность могут использоваться периодически в течение нескольких дней после родов [129].

6. Техники релаксации, включая постепенное мышечное расслабление и дыхательные методики [3]. Техники йоги для расслабления, дыхания и положения, используемые на антенатальном этапе уменьшают чувство тревоги по поводу родов [130, 131]. Применение йоги во время родов может уменьшить боль, повысить удовлетворенность родами [39].

7. Душ [132] или погружение в воду в первом периоде родов [133, 134]. Чтобы избежать повышения температуры тела женщины и потенциального увеличения риска для плода, температура воды должна быть как температура тела человека или немного выше (не больше 37°C) [135]. Длительное погружение (более двух часов) продлевает роды и замедляет сокращения матки, подавляя выработку окситоцина [136]. Медицинские противопоказания для погружения в воду: лихорадка, подозрение на инфекцию, патологический характер ЧСС плода, кровянистые выделения из половых путей и любые состояния, требующие постоянного мониторинга состояния плода. Доказательства пользы от погружения в воду во втором периоде родов ограничены. При этом нет никаких свидетельств увеличения побочных эффектов для новорожденного или женщины от родов в воду [133, 134]. Женщина, которая настаивает на родах в воду, должна быть

проинформирована о том, что преимущества и риски этого выбора не были изучены в достаточной степени [134].

8. Аудиоаналгезия (музыка, белый шум или окружающие звуки) [39, 137]. Способствует увеличению удовлетворенностью родами и снижению риска послеродовой депрессии [138].

10. Ароматерапия [139, 140], [141]. Эфирные масла являются сильнодействующими веществами и могут быть потенциально вредными при неправильном использовании [139–141]. Беременным женщинам следует избегать смешивания собственных эфирных масел. Процесс использования ароматерапии должен контролироваться специально обученным персоналом. Персонал больницы должен быть информирован об использовании ароматерапии для защиты от аллергической реакции у людей, чувствительных к эфирным маслам.

11. Гипноз. Может уменьшить использование фармакологических методов обезболивания во время родов. Не было выявлено влияния на удовлетворение от снижения боли [142]. Гипноз - это сфокусированная форма концентрации. Самогипноз - одна из форм гипноза, в которой сертифицированный специалист учит человека вызывать состояние измененного сознания. Основная цель при использовании самогипноза в родах - помочь женщине сохранить контроль, управляя тревогой и дискомфортом, вызывая целенаправленное состояние расслабления [143]. Следует отметить, что гипноз противопоказан людям с серьезными психологическими нарушениями или психозом в анамнезе. Других очевидных рисков или недостатков для использования гипноза в родах нет.

12. Внутрικοжные или подкожные инъекции стерильной воды при болях в пояснице или любой другой родовой боли [144]. Водные инъекции обычно состоят из четырех внутрικοжных или подкожных инъекций от 0,05 до 0,1 мл стерильной воды. Первые две точки локализуются над задними верхними подвздошными остями (там, где находятся правая и левая ямочки ромба Михаэлиса). Две другие точки расположены на 3 см ниже и на 1 см медиальнее первых двух. Протерев место инъекции спиртовым шариком, вводится стерильная вода, и образуются четыре маленькие папулы. Инъекции должны делаться быстро, чтобы уменьшить длительность боли от самих инъекций. Пациентку следует предупредить о том, что в течение 30-60 секунд она будет испытывать жжение от инъекций. Через 2 минуты наступает облегчение боли, которое длится 1-2 часа [145]. Не было зарегистрировано никаких побочных эффектов, кроме временной боли при инъекции.

Нейроаксиальная анальгезия в родах

Показания к нейроаксиальной анальгезии в родах [146], [147].

- Артериальная гипертензия любой этиологии (преэклампсия, гипертоническая болезнь, симптоматические артериальные гипертензии).
- Роды у женщин с некоторыми видами соматических заболеваний (например, гипертоническая болезнь, пороки сердца (не все), заболевания органов дыхания – бронхиальная астма, почек - гломерулонефрит, высокая степень миопии, повышение внутричерепного давления и др.).
- Роды у женщин с антенатальной гибелью плода (в данном случае главным аспектом является психологическое состояние женщины).
- Роды у женщин с текущим или перенесенным венозным или артериальным тромбозом.
- Юные роженицы (моложе 18 лет).
- Непереносимые болезненные ощущения роженицы во время схваток (при оценке данного показания можно использовать визуально-аналоговую шкалу интенсивности боли).
- Аномалии родовой деятельности (врач-акушер-гинеколог должен учитывать влияние эпидуральной анальгезии на течение второго периода родов).
- Преждевременные роды.

Эпидуральная анальгезия предпочтительнее применения наркотических анальгетиков для обезболивания преждевременных родов из-за большей эффективности и меньшей токсичности.

Противопоказания к нейроаксиальной анальгезии в родах:

- Тяжелая гиповолемия (геморрагический шок, дегидратация).
- Нарушение свертывания крови в сторону гипокоагуляции (увеличение активированного частичного тромбопластинового времени > чем в 1,5 раза, увеличение международного нормализованного отношения > чем в 1,5 раза) и тромбоцитопении - < $70 \times 10^9/\text{л}$, приобретенные или врожденные коагулопатии. При тромбоцитопении от 70 до $100 \times 10^9/\text{л}$ и при отсутствии гипокоагуляции возможно применение только спинальной анальгезии (обязательно использование игл малого размера - 27-29 G).
- Гнойное поражение кожных покровов в месте пункции.
- Непереносимость местных анестетиков (непереносимость, как и анафилаксия для местных анестетиков амидной группы встречается крайне редко).
- Наличие фиксированного сердечного выброса у пациенток с искусственным водителем ритма сердца, стенозом аортального клапана, коарктацией аорты, выраженным

стенозом митрального клапана. В данной ситуации возможность проведения регионарной анальгезии оценивается индивидуально и согласуется с врачом-кардиохирургом, поскольку большое значение имеет степень компенсации нарушений гемодинамики, вызванных пороком.

- Тяжелая печеночная недостаточность (нарушение коагуляции и метаболизма местных анестетиков).
- Демиелинизирующие заболевания нервной системы и периферическая нейропатия (рассматриваются индивидуально).
- Татуировка в месте пункции.

Решение о возможности обезболивания родов методами нейроаксиальной анальгезии, а в дальнейшем и тактика ее проведения на всех этапах родов, определяется только совместно врачом-акушером-гинекологом и врачом-анестезиологом-реаниматологом с учетом всех факторов риска, особенностей течения родов и состояния плода. Проводит нейроаксиальную анальгезию врач-анестезиолог-реаниматолог.

Двигательная активность и вертикальное положение женщины во время первого периода родов уменьшает общую продолжительность родов, снижает риск кесарева сечения и не связано с неблагоприятным эффектом для матери и плода. Это достигается применением растворов местных анестетиков минимальной концентрации, при которой возможен анальгетический эффект (феномен дифференцированного блока) [148], [149].

Нейроаксиальные методы обезболивания родов могут сопровождаться удлинением второго периода родов [150], [151], [152], что связано с выраженным моторным блоком и для профилактики этого осложнения используются следующие технологии:

- При отсутствии острой гипоксии плода родоразрешение не форсируется до уменьшения степени моторного блока.
- Применяется постоянная инфузия местного анестетика в эпидуральное пространство.
- Уменьшается концентрация местного анестетика (может быть ослабление анальгетического эффекта) [148].

После окончания родов родильница должна в течение двух часов находиться в положении лежа, встать и ходить можно только в сопровождении персонала. Это связано с возможным остаточным эффектом моторного блока и развитием ортостатической гипотонии.

Для безопасного применения эпидуральной анальгезии, а также других методов нейроаксиальной анальгезии, необходимо руководствоваться следующими принципами,

рекомендованными Американской ассоциацией анестезиологов.

1. Нейроаксиальная анальгезия/анестезия должна проводиться в местах, приспособленных для проведения реанимации и интенсивной терапии.
2. Нейроаксиальную анальгезию/анестезию должен проводить врач-анестезиолог-реаниматолог, имеющий соответствующую подготовку.
3. Пациентка должна быть осмотрена до процедуры, проведена оценка состояния женщины и плода совместно с врачом-акушером-гинекологом.
4. Обеспечение возможности проведения инфузионной терапии (катетеризация вены, готовность растворов).
5. Должен обеспечиваться мониторинг состояния матери и плода.
6. Персонал должен быть готов к проведению реанимации новорожденных.
7. Врач-анестезиолог-реаниматолог должен наблюдать за женщиной в течение всего периода нейроаксиальной анальгезии/анестезии и в послеродовом периоде.
8. Необходимо иметь все необходимое для лечения осложнений после проведения нейроаксиальной анальгезии/анестезии.

Безопасность нейроаксиальной анальгезии в родах для женщины и плода определяют следующие факторы:

- Компетентность врача-анестезиолога-реаниматолога в особенностях проведения нейроаксиальной анальгезии в родах.
- Компетентность врача-акушера-гинеколога в особенностях течения родов в условиях эпидуральной анальгезии.
- Современное техническое оснащение (иглы, катетеры, дозаторы, мониторы).
- Современные местные анестетики (бупивакаин**, ропивакаин**).
- Непрерывный мониторинг состояния женщины и плода.

Безопасность пациенток, получающих антикоагулянты (группа гепарина, АТХ: В01АВ) и/или дезагреганты (антиагреганты кроме гепарина, АТХ: В01АС), при проведении нейроаксиальной анестезии и инвазивных процедур (операции) в плановой ситуации зависит от соблюдения временных интервалов от момента последнего применения до начала процедуры. В экстренной ситуации необходимо использовать методы инактивации эффектов антикоагулянтов и дезагрегантов [153].

Системное медикаментозное обезболивание

Системные опиоиды обеспечивают небольшое или умеренное облегчение боли при родах. Обезболивание бывает неполным, временным, сопровождается седативным

действием и более эффективно в начале активных родов. Опиоиды могут быть неэффективными после открытия шейки матки более 7 см. Несмотря на их ограничения, временное ослабление боли в родах после приема опиоидов может быть полезной и удовлетворительной стратегией лечения боли для многих рожениц.

Ингаляционная аналгезия

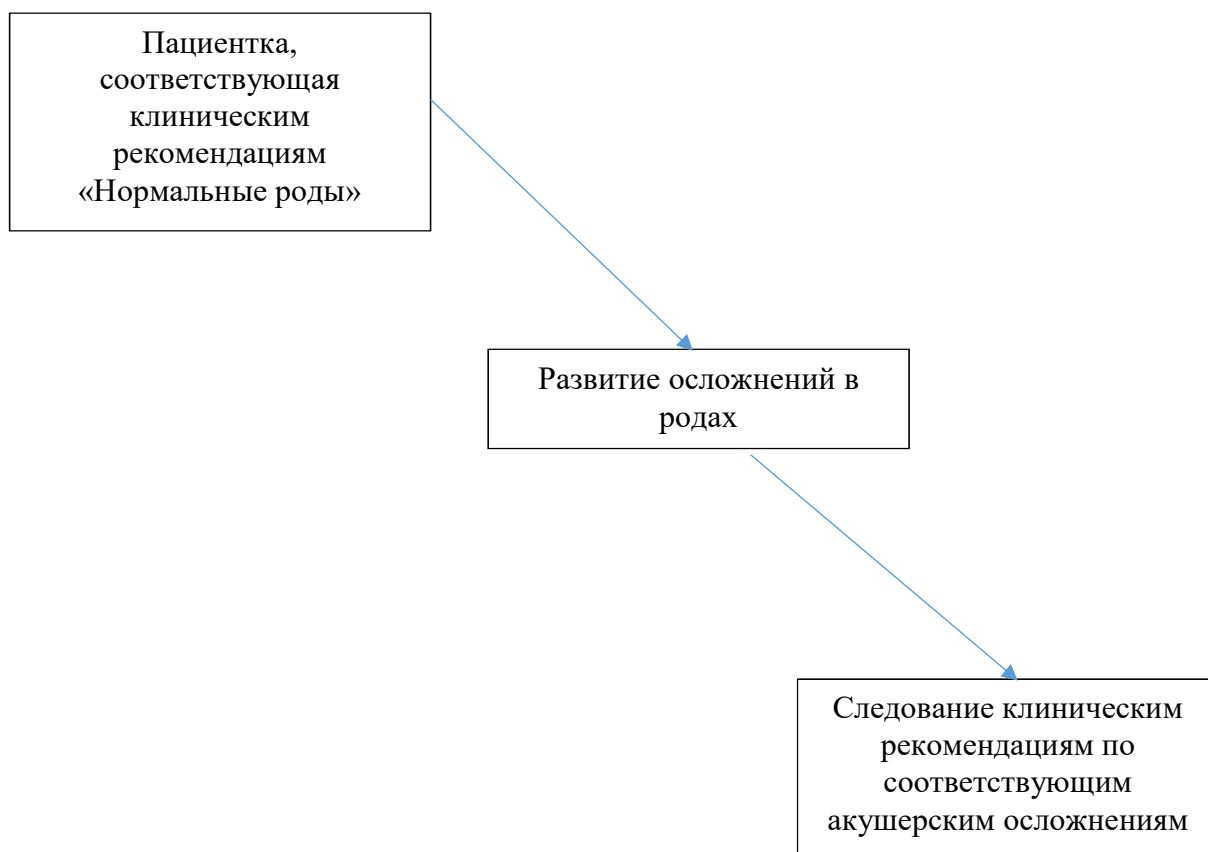
Ингаляционная аналгезия – это назначение субанестетических доз ингаляционных анестетиков для болеутоления в родах. Несмотря на то, что ингаляционные методы обеспечивают некоторый уровень аналгезии, его недостаточно для адекватного обезболивания родов у большинства женщин. Эти методы могут использоваться как дополнение при неудавшихся нейроаксиальных блокадах, либо при противопоказаниях к последним. Ингаляционная аналгезия может проводиться прерывистым (во время схваток) и постоянным методом. Ингаляционные методы можно использовать для аутоанестезии, но под присмотром врача-анестезиолога-реаниматолога для контроля уровня сознания и правильности использования оборудования.

Смесь N₂O/O₂ 50:50 используется много лет и как моноанестетик, и как адъювант при регионарных методах обезболивания родов. Связанные с этим побочные эффекты включают головокружение, тошноту, апатию и снижение контактности. Максимальный аналгетический эффект наступает через 45-60 с после начала ингаляции. Поэтому очень важно, чтобы роженица начинала ингаляцию при первых предвестниках схватки и заканчивала ее после пика сокращения матки. Отсутствие газосборников для выдыхаемых газов в предродовых палатах теоретически подвергает медперсонал риску продолжительного воздействия избыточных концентраций выдыхаемых анестетиков. Как выяснилось, вдыхание смеси закиси азота с кислородом в соотношении 50:50 не влияет на функции печени, почек, сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Аналгетический эффект закиси азота является дозозависимым, что обеспечивает некоторую эффективность при обезболивании родов.

#Севофлуран** также используют для обезболивания в родах. Вдыхаемая концентрация 0,8% приемлема для эффективной аналгезии в родах. #Севофлуран, в сравнении со смесью N₂O/O₂ 50:50, обеспечивает более высокий уровень аналгезии, но на фоне более выраженной седации. Он не проявляет выраженных побочных эффектов и удобен для рожениц [154], [155]. Использование парообразующих аналгетиков в родах ограничивается угнетением сознания, неприятным запахом и высокой стоимостью. Основная опасность при использовании парообразующих аналгетиков заключается в

случайной передозировке с потерей сознания и утратой рефлексов, защищающих дыхательные пути.

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В. Информация для пациента

Что такое нормальные роды?

Нормальные роды – это своевременные (в 37⁰ - 41⁶ недель беременности) роды одним плодом, начавшиеся самостоятельно, с низким риском акушерских осложнений к началу родов (при отсутствии преэклампсии, задержки роста плода, нарушения состояния плода, предлежания плаценты и других осложнений), прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился самопроизвольно в головном предлежании, после которых пациентка и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

Могут ли быть нормальные роды при наличии акушерских осложнений до родов?

В редких случаях роды могут быть нормальными при наличии некоторых акушерских осложнений до родов, например, преэклампсии, задержки роста плода без нарушения его состояния и др.

Как протекают роды?

Роды состоят из 3-х периодов.

Первый период родов - время от начала родов до полного раскрытия маточного зева. Этот период родов состоит из латентной и активной фазы. Латентная фаза характеризуется слабыми сокращениями матки (иногда болезненными) и медленным раскрытием шейки матки до 5 см. Эта фаза может длиться до 20 часов у первородящих женщин и до 14 часов у повторнородящих женщин. Активная фаза характеризуется регулярными болезненными сокращениями матки (схватками) и раскрытием шейки матки до полного раскрытия. Продолжительность активной фазы обычно не превышает 12 часов в первых родах и 10 часов в последующих родах. Схватки во время активной фазы происходят 1 раз в 2-3 минуты.

Второй период родов - время от полного раскрытия маточного зева до рождения ребенка. Во время этого периода пациентка ощущает сильное желание тужиться (потуги), которые возникают каждые 2-5 минут. Продолжительность второго периода родов при первых родах обычно составляет не более 3 часов, при повторных - не более 2 часов, но при использовании эпидуральной аналгезии продолжительность может быть на час больше.

Третий период родов - время от рождения ребенка до рождения последа. Обычно третий период родов завершается в течение 15 - 30 минут.

Как я должна вести себя во время родов?

При отсутствии противопоказаний во время родов, особенно в первом периоде, рекомендована активность и принятие удобной для Вас позы. Во время потуг также

поощряется свободное удобное для Вас положение, если это не мешает контролю состояния плода и оказанию пособия в родах.

Может ли мой партнер присутствовать при родах?

Присутствие партнера при родах поощряется в случае его (ее) подготовки к помощи и присутствию при родах.

Буду ли я испытывать боль во время родов?

Обычно роды сопровождаются болезненными ощущениями во время схваток (примерно 60 секунд) с последующим расслаблением. Необходимо правильно дышать и быть спокойной для минимизации болезненных ощущений.

Будут ли мне обезболены роды?

Первоначально рекомендуется применить немедикаментозные методы обезболивания родов, такие как правильная техника дыхания, использование мяча, массаж, теплые компрессы, холод на спину в случае болей в пояснице и другие, которые оказываются эффективными в большинстве случаев. При неэффективности немедикаментозных методов при Вашем желании, отсутствии противопоказаний и возможности медицинской организации может быть проведена эпидуральная анальгезия. Следует знать, что эпидуральная анальгезия ассоциирована с повышенным риском удлинения продолжительности родов.

Надо ли мне брить волосы на промежности до родов?

Нет, бритье волос на промежности не обязательно, и делается только по Вашему желанию.

Будет ли мне проведена очистительная клизма до родов?

Нет, очистительная клизма не обязательна, и может быть сделана только по Вашему желанию.

Какие вмешательства будут мне проводиться во время родов со стороны медицинского персонала?

Вам будет установлен венозный катетер (обычно в локтевую вену) с целью возможности быстрой помощи при кровотечении в случае его начала. Также Вам будут проводиться влагалищные исследования – при поступлении в стационар, затем каждые 4 часа в активную фазу первого периода родов и каждый час во время потуг, а также в случае наличия показаний, например, перед эпидуральной анальгезией или при излитии околоплодных вод, и после родов для оценки целостности родовых путей и зашивания разрывов в случае их выявления. Еще Вам будет проводиться пальпация плода (определение его положения через брюшную стенку) и аускультация плода (выслушивание

сердцебиения плода) при помощи акушерского стетоскопа, а в случае выявления каких-либо нарушений – кардиотокография (КТГ) плода. Возможно, потребуется проведение УЗИ плода при нарушении его состояния или для уточнения его положения. Сразу после рождения ребенка через венозный катетер Вам будут введены утеротоники для профилактики кровотечения.

Могу ли я есть и пить во время родов?

Во время родов рекомендован прием жидкости и при отсутствии противопоказаний - легкой пищи. При этом прием твердой пищи не рекомендован.

Смогу ли я пользоваться туалетом во время родов?

Во время родов Вам необходимо регулярно мочиться, и Вы можете пользоваться туалетом и душем при наличии данной возможности в медицинской организации. В противном случае Вам будет предоставлено индивидуальное судно.

Как провести профилактику разрывов родовых путей?

Для профилактики разрывов промежности и влагалища можно использовать пальцевой массаж промежности с гелем и теплый компресс на промежность, намоченной теплой водой (43°C), во втором периоде родов, который может быть проведен акушеркой при наличии возможности.

Что произойдет, когда ребенок родится?

Когда Ваш ребенок родится при отсутствии осложнений он будет положен Вам на живот для установления контакта кожа-к-коже, укрыт, и максимально рано приложен к груди. Вся дальнейшая обработка ребенка (взвешивание, закапывание глаз, обтирание, осмотр врача-неонатолога) будут проведены позже в родильном зале.

Когда будет перерезана пуповина?

При отсутствии противопоказаний показано отсроченное пересечение пуповины - не ранее 1 минуты и не позднее 3-х минут от момента рождения ребенка.

Как долго я пробуду в родильном отделении после родов?

Обычно время наблюдения в родильном отделении не превышает 2-х часов, после чего Вы с ребенком будете переведены в послеродовое отделение.

**Приложение Г1 - ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные
инструменты состояния пациента, приведенные в клинических
рекомендациях**

Не применимо

Клинические рекомендации

**Нормальные роды (роды одноплодные, самопроизвольное
родоразрешение в затылочном предлежании)**

МКБ-10: **O80.0, O80.9, O47.1, O47.9**

Год утверждения (частота пересмотра): **2024**

Возрастная группа: **Взрослые / дети**

Профессиональные ассоциации:

- **ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ)**

Оглавление

Оглавление	2
Список сокращений.....	3
Термины и определения.....	4
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)	5
1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	5
1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	5
1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	5
1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	5
1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	6
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	8
2.1. Жалобы и анамнез	8
2.2. Физикальное обследование	8
2.3. Лабораторные диагностические исследования	10
2.4. Инструментальные диагностические исследования	10
2.4. Иные диагностические исследования.....	11
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	11
3.1. Ведение первого периода родов.....	11
3.2. Ведение второго периода родов.....	18
3.3. Ведение третьего периода родов.....	23
3.4. Наблюдение за состоянием матери в первые 2 часа после родов	24
4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов	25
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	25
6. Организация оказания медицинской помощи	26
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)	26
Критерии оценки качества медицинской помощи	26
Список литературы.....	27
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	36
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	40
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	42
Приложение Б. Алгоритмы действий врача	51
Приложение В. Информация для пациента	52
Приложение Г1 - ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.....	55

Список сокращений

АД – артериальное давление

ВИЧ - вирус иммунодефицита человека

ВПГ – вирус простого герпеса

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

КТГ – кардиотокография

РКИ – рандомизированные клинические исследования

УЗИ – ультразвуковое исследование

ЧСС – частота сердечных сокращений

Термины и определения

Своевременные роды - роды в 37⁰ - 41⁶ недель беременности.

Нормальные роды – своевременные роды одним плодом, начавшиеся спонтанно, с низким риском акушерских осложнений к началу родов и прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился самопроизвольно в головном предлежании, после которых родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

Анальгезия (от лат. - analgesia, algia, «без боли») – уменьшение болевой чувствительности (в том числе избирательное, когда другие виды чувствительности не затрагиваются) с помощью фармакологических и нефармакологических методов.

Нейроаксиальная анальгезия в родах – обезболивание в родах с использованием эпидуральной, спинальной и спинально-эпидуральной анальгезии.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Нормальные роды - своевременные роды одним плодом, начавшиеся спонтанно, с низким риском акушерских осложнений к началу родов и прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился самопроизвольно в головном предлежании, после которых родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии [1].

Данные рекомендации могут быть также применены к пациенткам группы высокого риска акушерских осложнений в случае, если роды протекают без осложнений [1].

1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Не применимо.

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ежегодно по всему миру происходит почти 140 млн. родов, и большинство из них имеет низкий риск осложнений для матери и ребенка. По данным статистического сборника Минздрава России (основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельности службы охраны детства и родовспоможения в РФ) доля нормальных родов в 2018 г. составила 37,3%, т.е. 584 767 [157].

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

O80.0 Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании.

O80.9 Одноплодные самопроизвольные роды неуточненные

O47.1 Ложные схватки начиная с 37 полных недель беременности

O47.9 Ложные схватки неуточненные

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Не применимо.

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Объективными признаками родов являются: сокращения матки с определенной регулярностью (во время активной фазы не менее 3-х схваток за 10 мин) и структурные изменения шейки матки (укорочение-сглаживание-раскрытие).

Роды состоят из 3-х периодов. Первый период родов - время от начала родов до полного раскрытия маточного зева. Точное время начала родов чаще всего устанавливается на основании опроса роженицы - уточняют время, когда сокращения матки (схватки) начали происходить регулярно каждые 5 минут в течение более 1 часа [2].

Первый период родов состоит из латентной и активной фазы. Латентная фаза характеризуется сокращениями матки (нередко болезненными), сглаживанием и прогрессирующим раскрытием маточного зева до 5 см [3]. Активная фаза характеризуется регулярными болезненными сокращениями матки, более быстрым раскрытием маточного зева от 5 см до полного раскрытия [3]. Стандартная продолжительность латентной фазы не установлена и может сильно различаться у разных женщин [3]. Максимальная продолжительность латентной фазы у первородящих - 20 часов, у повторнородящих - 14 часов [4]. Продолжительность активной фазы обычно не превышает 12 часов в первых родах и 10 часов в последующих родах [3]. Скорость раскрытия маточного зева в активную фазу обычно составляет ≥ 1 см/час, но может быть более медленной [3]. Минимальная скорость раскрытия маточного зева в активную фазу - 0,5 см/час как у первородящих, так и у повторнородящих [5, 6].

Второй период родов - время от полного раскрытия маточного зева до рождения плода. Продолжительность второго периода при первых родах обычно не более 3 часов, при повторных - не более 2 часов [3]. Продолжительность второго периода может увеличиться еще на 1 час при эпидуральной анальгезии и составлять 4 часа у первородящих и 3 часа у повторнородящих пациенток [7].

Третий период родов - время от рождения плода до рождения последа. В 90% третий период родов завершается в течение 15 минут, еще в 7% - в течение 30 минут после рождения плода [8, 9]. С увеличением продолжительности третьего периода родов более 10 минут повышается риск послеродового кровотечения [10]. Срок беременности является основным фактором, влияющим на продолжительность третьего периода родов,

преждевременные роды связаны с более длительным третьим периодом, чем роды в доношенном сроке [11]. ВОЗ рекомендует придерживаться интервала в 30 минут при отсутствии рождения последа перед началом ручного отделения плаценты и выделения последа при отсутствии кровотечения [12].

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Диагноз нормальных родов устанавливается при своевременных родах (в 37⁰ - 41⁶ недель беременности) одним плодом, начавшихся спонтанно, у пациенток с низким риском акушерских осложнений к началу родов и прошедших без осложнений, при которых ребенок родился самопроизвольно в головном предлежании, после которых родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

2.1. Жалобы и анамнез

- При поступлении в стационар рекомендовано опросить пациентку на предмет наличия схваток (их силы, частоты и продолжительности), наличия и характера выделений из влагалища, шевелений плода в последние 24 часа с целью оценки наличия родовой деятельности и вероятности акушерских осложнений [3].

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

- При поступлении в стационар рекомендовано определить срок беременности и родов по дате последней менструации и данным ультразвукового исследования (УЗИ) плода (оптимально – УЗИ в 1-м триместре беременности) с целью определения тактики ведения родов [13–15].

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

- При поступлении в стационар рекомендовано собрать акушерский и соматический анамнез с целью оценки вероятности успешных родов и акушерских осложнений [3].

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

2.2. Физикальное обследование

- При поступлении в стационар рекомендовано измерение артериального давления на периферических артериях (АД) с целью диагностики гипертензивных осложнений беременности [16–18].

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

- При поступлении в стационар рекомендовано измерить температуру тела с целью диагностики инфекционно-воспалительных осложнений беременности [2], [3], [19], [20].

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

- При поступлении в стационар рекомендовано определить положение и предлежание плода, отношение головки ко входу в малый таз с целью определения тактики ведения родов [21–23].

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

- При поступлении в стационар рекомендовано измерение размеров матки (высоты дна матки -Вдм, окружности живота - Ож) и рассчитать индекс ВдмОж с целью оценки предполагаемой массы плода и определения тактики ведения родов [24, 25].

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

Комментарий: Индекс ВдмОж (ИВдмОж) рассчитывают по формуле $ИВдмОж = 100 * Вдм * Ож^2$ (высоту дна матки и окружность живота следует привести в метрах). У здоровых беременных значение $ИВдмОж > 37$ и у женщин с гестационным сахарным диабетом значение $ИВдмОж > 41,7$ с высокой вероятностью прогнозирует макросомию.

- При поступлении в стационар рекомендовано оценить продолжительность, частоту и регулярность маточных сокращений с целью оценки наличия и характера родовой деятельности, периода и фазы родов и определения тактики ведения родов [3].

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

- При поступлении в стационар с целью оценки состояния плода рекомендовано определить частоту сердечных сокращений (ЧСС) плода (провести аускультацию плода) при помощи акушерского стетоскопа или фетального доплера после схватки в течение не менее 1 минуты одновременно с определением ЧСС пациентки [2, 3, 19, 20].

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

- При поступлении в стационар рекомендовано провести бимануальное влагалищное исследование с целью оценки состояния родовых путей, в том числе костной основы таза и места расположения головки по отношению к плоскостям таза, и определения тактики ведения родов [2, 3, 19, 20].

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

Комментарии: Бритье промежности и лобка, и очистительная клизма в нормальных родах рутинно не производятся и выполняются только по желанию пациентки [3].

2.3. Лабораторные диагностические исследования

Перечень лабораторных диагностических исследований перед родами должен соответствовать клиническим рекомендациям «Нормальная беременность» [158]. При отсутствии исследований, которые необходимо выполнить в 3-м триместре беременности, их выполняют при поступлении пациентки в стационар.

2.4. Инструментальные диагностические исследования

- При поступлении в стационар рекомендовано измерение размеров таза (пельвиметрия) с помощью тазомера с целью определения тактики ведения родов [26].

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

Комментарий: Рост ≤ 155 см, поперечный размер пояснично-крестцового ромба Михаэлиса $\leq 9,5$ см, продольный размер пояснично-крестцового ромба Михаэлиса $\leq 10,5$ см, межостистый размер ≤ 10 см), отношение рост/Вдм $\leq 4,7$ могут являться факторами риска клинически узкого таза в родах.

- При неинформативности данных наружного акушерского и влагалищного исследования, аускультации плода, а также несоответствии размеров высоты дна матки и окружности живота сроку беременности рекомендовано УЗИ плода с целью определения положения и состояния плода, задержки роста и макросомии плода, а также локализации плаценты [27], [28, 29].

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

2.4. Другие диагностические исследования

Не применимо.

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1. Ведение первого периода родов

- С началом активной фазы родов рекомендовано произвести катетеризацию кубитальной и другой периферической вены с целью своевременного начала интенсивной терапии при возникновении критической ситуации в родах и раннем послеродовом периоде [30].

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

- С целью профилактики акушерских осложнений рекомендовано не проводить родостимуляцию у пациенток, находящихся в латентной фазе первого периода родов, если состояние матери и плода остается удовлетворительным [3, 31, 32].

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

- Рекомендовано предлагать подвижность и свободное положение в родах [3, 33].

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

Комментарий: Ходьба и вертикальное положение в первом периоде родов сокращают продолжительность родов, уменьшают частоту кесарева сечения и эпидуральной анальгезии [33].

- Рекомендовано применение немедикаментозных методов обезболивания родов с целью уменьшения боли, снижения риска акушерских осложнений и повышения удовлетворенности пациентки [3, 34–37], [38, 39].

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

Комментарий: Наличие партнера в родах приветствуется и может быть предложено пациенткам при наличии индивидуальных родовых боксов в родильном отделении [3, 40]. Методы немедикаментозного обезболивания родов представлены в Приложении А3.

- С целью уменьшения боли, снижения риска акушерских осложнений и повышения удовлетворенности пациентки при неэффективности немедикаментозных методов обезболивания родов рекомендованы медикаментозные методы обезболивания родов [3, 41] с учетом состояния и предпочтений пациентки и возможностей медицинской организации, а также показаний и противопоказаний к проведению различных методов обезболивания.

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

Комментарий: Для обезболивания родов могут использоваться разные медикаментозные методы, включая нейроаксиальную анальгезию (Приложение А3). Среди всех методов обезболивания в родах эпидуральная анальгезия обладает целым рядом преимуществ. При проведении нейроаксиальной анальгезии в акушерстве применяют современные местные анестетики (ропивакаин**, бупивакаин**, лидокаин**, левобупивакаин**). Кроме эпидуральной, спинальной и спинально-эпидуральной возможно применение паравертебральной поясничной симпатической блокады. К системным методам обезболивания относят применение опиоидов (тримеперидин**, #фентанил**). Тримеперидин вводят** в дозе 20-40 мг, #фентанил** 50-100 мкг [170]. Также возможно использование ингаляционных методов обезболивания, хотя они являются менее эффективными (Приложение А3). С этой целью используют динитрогена оксид**, #севофлуран**. Динитрогена оксид** применяют в смеси с кислородом (50% на 50%), вдыхаемая концентрация #севофлурана** 0,8 об.% [167,168]. Необходимо учитывать, что эти препараты обладают свойством расслаблять мускулатуру матки, что повышает риск гипотонического кровотечения.

- До и во время процедуры нейроаксиальной анальгезии рекомендована инфузионная поддержка - #Натрия хлорида раствор сложный [Калия хлорид+Кальция хлорид+Натрия хлорид]**, #Калия хлорид+Кальция хлорид+Магния хлорид+Натрия

ацетат+Натрия хлорид или другими растворами группы АТХ: В05ВВ01 в рестриктивном режиме (500-1000 мл) для коррекции гиповолемии [162, 165, 166].

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

Комментарий: инфузионная поддержка входит в ключевые этапы нейроаксиальной аналгезии [162]. Инфузионная преднагрузка снижает вероятность гипотензии у матери (ОР 0,07; 95% ДИ 0,01-0,53) и нарушений сердечного ритма у плода (ОР 0,36; 95% ДИ 0,16-0,83) при высоких дозах анестетика [165].

- Рекомендован прием жидкости во время родов с целью профилактики обезвоживания и кетоза [3, 31].

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

Комментарий: Прием пищи должен быть ограничен [43, 44]. Прием легкой пищи небольшими порциями может быть разрешен в латентной фазе родов при отсутствии показаний к оперативному родоразрешению [45].

- С целью регидратации и в качестве источника углеводов рекомендовано внутривенное введение 5% раствора декстрозы** по 250мл/час, если пероральный прием жидкости ограничен или недостаточен [46–48], [49].

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

Комментарий: Потребность в воде и глюкозе в родах аналогична потребности, наблюдаемой при длительных и энергетически затратных физических нагрузках [48]. Введение 5% декстрозы по 250 мл/час при недостатке перорального приема жидкости способствует сокращению продолжительности родов и снижению частоты кесарева сечения [48].

- Рекомендовано ведение партограммы в родах с целью динамической оценки состояния роженицы и плода [30, 31, 49].

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

Комментарий: Образец партограммы представлен в Приложении А3. Партограмма заменяет дневник наблюдения за пациенткой, кроме записи об изменении тактики родов с

влагалищным исследованием. К заполнению партограммы приступают с началом активной фазы родов. До начала активной фазы (в латентной фазе первого периода родов каждые 4 часа проводится учет ЧСС, АД, температуры тела, мочеотделения, тонуса матки, силы и частоты схваток, характера выделений из половых путей). В активной фазе первого периода родов каждые 60 минут проводят оценку ЧСС матери, температуры тела и АД, оценку мочеиспускания не реже чем каждые 4 часа [12], [156]. Оценка ЧСС плода и характер родовой деятельности оценивают каждые 30 минут.

- Рекомендована аускультация плода в родах с помощью стетоскопа или фетального доплера с целью оценки состояния плода [51].

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

Комментарий: Аускультация плода в первом периоде родов проводится в течение 1 минуты после схватки, в латентной фазе - каждый час, в активной фазе - каждые 30 минут, во втором периоде родов каждые 15 минут и после каждой потуги, ЧСС плода сверяется с ЧСС роженицы [3, 19, 52]. Если выслушивается ускорение или замедление ритма плода, то аускультация продолжается в течение, как минимум, 3-х маточных сокращений. При этом оцениваются вероятные причины, которые могут влиять на изменение ЧСС плода (например, положение роженицы, гиповолемия). Если ускорение или замедление ритма плода не исчезает, то проводится КТГ плода. Если в течение 20 минут при КТГ плода не выявлено признаков нарушения состояния плода, то проводится периодическая аускультация плода.

- Рекомендован контроль маточных сокращений в родах с целью своевременной диагностики слабости или бурной родовой деятельности для определения тактики ведения родов [20].

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

Комментарии: Подсчет схваток проводится в течение 10 минут. В норме число схваток во время активной фазы родов составляет 3-5 за 10 минут. Тахисистолия определяется как >5 схваток в течение 10 минут в двух последовательных подсчетах или в течение 30 минут.

- Рекомендовано проводить бимануальное влагалищное исследование каждые 4 часа в активную фазу первого периода родов с целью оценки динамики родов [53].

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

- **Комментарии:** Влагалищные исследования должны выполняться с установленной кратностью, по показаниям, их количество, по возможности, должно быть сведено к минимуму для снижения риска гнойно-септических осложнений [3, 53]. Рутинное применение спазмолитиков в родах не показано. Однако при спазме маточного зева в активной фазе родов возможно применение спазмолитиков (дротаверина** 40 мг и #гиосцина бутилбромида 20 мг) для его устранения [54, 55], [56, 57], [159,160].

- Рекомендовано проводить осмотр с бимануальным влагалищным исследованием перед назначением медикаментозной анальгезии с целью определения периода и фазы родов для выбора анестезиологического пособия и дозы анестетика [161,162,163].

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

Комментарий: Акушерскую ситуацию следует учитывать при выборе анестезиологического пособия и дозы анестетика, в том числе перед введением повторных доз, в связи с влиянием на продолжительность родов и ожидаемым временем их завершения.

- Рекомендовано проводить бимануальное влагалищное исследование после излития околоплодных вод с целью своевременной диагностики выпадения петель пуповины [2].

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

- Рекомендовано проводить бимануальное влагалищное исследование при выявлении нарушений ЧСС плода с целью своевременной диагностики акушерских осложнений, приводящих к данным нарушениям (выпадение петель пуповины, разрыв матки, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты) [2].

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

- Рекомендовано проводить бимануальное влагалищное исследование при ухудшении состояния роженицы или другом изменении клинической ситуации с целью своевременной оценки акушерской ситуации [2].

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

- Не рекомендована рутинная антибиотикопрофилактика в родах [58].

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

- При выявлении в урогенитальном тракте роженицы стрептококка группы В (*S. agalactiae*) рекомендована антибактериальная терапия [59], [60].

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

Комментарии: Антибактериальные препараты системного действия следует вводить при развитии родовой деятельности даже при целом плодном пузыре, а также при преждевременном излитии вод до начала родовой деятельности. Антибактериальными препаратами системного действия выбора служат препараты пенициллинового ряда: ампициллин** внутривенно 500 мг каждые 6 часов до окончания родов, или амоксициллин+[клавулановая кислота]** внутривенно 1200 мг каждые 8 часов до окончания родов, или цефалоспорины: цефазолин** внутривенно 1000 мг каждые 6 часов до окончания родов или цефуроксим** внутривенно 750 мг каждые 6 часов до окончания родов [169]. При аллергии на бета-лактамы антибиотики возможно назначение клиндамицина** при условии наличия чувствительности к нему колонизирующего родовые пути штамма *S. agalactiae* внутривенно 300 мг каждые 8 часов до окончания родов, а при отсутствии возможности оценки чувствительности *S. agalactiae* к клиндамицину** – ванкомицина** внутривенно 500 мг каждые 6 часов до окончания родов. Из-за глобального роста резистентности *S. agalactiae* к препаратам группы макролидов (эритромицин, азитромицин**), в настоящее время не рекомендуется их эмпирическое применение [61].

- Не рекомендовано влагалищное родоразрешение пациенткам с ВИЧ-инфекцией при вирусной нагрузке перед родами >1000 копий/мл, неизвестной вирусной

нагрузке перед родами или неприменении противовирусной терапии во время беременности и/или непроведении антиретровирусной профилактики в родах [62, 63].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: Данной группе пациенток проводится плановое кесарево сечение с целью профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

- Не рекомендовано влагалищное родоразрешение пациенткам, у которых первичный эпизод генитального герпеса возник после 34-й недели беременности или есть клинические проявления генитального герпеса накануне родов [64], [65].

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

Комментарий: Данной группе пациенток проводится кесарево сечение с целью профилактики передачи ВПГ-инфекции от матери ребенку.

- Не рекомендовано с целью снижения риска инфицирования матери и новорожденного в родах орошать влагалище антисептическими и дезинфицирующими средствами (АТХ D08A) [66].

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

Комментарий: В приведенном Кокрановском мета-анализе не рекомендовано орошение влагалища в родах раствором хлоргексидина**(D08AB03). Доказательных данных по применению других антисептиков в нормальных родах с целью снижения риска инфицирования матери и новорожденного нет, однако, учитывая идентичное антимикробное действие всех антисептиков, данный тезис-рекомендацию следует экстраполировать на весь перечень антисептических средств, применяемых в акушерстве-гинекологии.

- Не рекомендована рутинная ранняя амниотомия [67].

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

Комментарии: Разрыв плодных оболочек увеличивает риск восходящей инфекции и пролапса пуповины. Рутинная амниотомия не сокращает продолжительность первого или второго периода родов и не снижает риск кесарева сечения [67]. Однако следует помнить,

что во втором периоде родов отсутствие признаков продвижения головки плода в течение 1 часа у первородящих и 30 мин у повторнородящих требует оценки клинической ситуации и проведения амниотомии при целом плодном пузыре [19]. У пациенток с активным гепатитом В, гепатитом С и ВИЧ-инфекцией следует избегать выполнение амниотомии для уменьшения риска восходящей инфекции [20].

3.2. Ведение второго периода родов

- Рекомендовано проводить бимануальное влагалищное исследование каждый час с целью оценки продвижения головки плода по родовому каналу [3, 20].

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

Комментарии: После фиксации полного раскрытия маточного зева при влагалищном исследовании, при наличии возможности, может быть выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное) для оценки положения и продвижения головки плода [27].

- Рекомендовано проводить аускультацию плода с помощью стетоскопа или фетального доплера каждые 15 минут, или после каждой потуги или путем непрерывного мониторинга (КТГ) с целью оценки состояния плода [52, 68], [69], [156].

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

- Рекомендовано поощрять подвижность и занятие удобного положения пациенткой с низким риском акушерских осложнений вне зависимости от проведения эпидуральной анальгезии с целью уменьшения риска эпизиотомии и инструментальных влагалищных родов [70], [71].

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

Комментарий: Необходимо иметь доступ к постоянному контролю за состоянием плода в выбранном пациенткой положении, и, если необходимо, изменить ее положение для обеспечения адекватного мониторинга за состоянием плода. Большинство современных видов эпидуральной анальгезии позволяет выбирать удобное для пациентки положение во время родов [3, 72].

- Рекомендовано поощрять и поддерживать пациенток следовать собственным позывам тужиться с целью профилактики осложнений в родах [3].

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

- Рекомендовано использовать методы, направленные на уменьшение травмы промежности и облегчения самопроизвольных родов, такие как массаж промежности и теплый компресс на промежность с учетом предпочтений пациентки и имеющихся возможностей [73].

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

Комментарий: Теплый компресс из чистой ткани, намоченный теплой водой (43°C), на промежность и массаж промежности с гелем во втором периоде родов снижает риск разрывов промежности 3-й+ степени, но не влияет на риск разрывов промежности 1-й и 2-й степени [73, 74]. Данные техники выполняются во время и между потугами. Пальцевой массаж выполняется перемещающимися движениями из стороны в сторону внутри влагалища пациентки с мягким давлением вниз [75, 76]. Пособия по защите промежности могут быть использованы для профилактики травм промежности и облегчения рождения ребенка и должны быть основаны на имеющейся практике [3, 73].

- Не рекомендован рутинный разрез промежности (эпизиотомия) с целью снижения риска травмы промежности [77], [78, 79].

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

Комментарий: При показаниях к ее проведению следует использовать срединно-латеральную эпизиотомию (начинать рассечение от средней линии промежности под углом 45°).

- С целью профилактики гипоксии плода и асфиксии новорожденного рекомендовано предпринять попытку перекинуть пуповину через головку плода, если после рождения головки плода пуповина расположена вокруг его шеи [20].

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

Комментарий: Если перекинуть пуповину через головку плода не удастся, следует предпринять попытку родить тело ребенка через петлю пуповины и выполнить прием «Сальто». Чтобы выполнить прием «Сальто», нужно поместить ладонь руки на затылок плода и отклонить головку плода лицом по направлению к бедру матери, что позволит родиться плечикам, затем телу и ногам плода [80–84]. Если прием «Сальто» выполнить не удастся, следует пересечь пуповину между двумя зажимами, однако это увеличивает риск гиповолемии, анемии и гипоксически-ишемической энцефалопатии у новорожденного [83].

- Рекомендовано при ведении родов у всех женщин обеспечить готовность к оказанию первичных реанимационных мероприятий новорожденному [3].

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

Комментарий: Независимо от прогноза и факторов риска рождения ребёнка в асфиксии, персонал, участвующий в приёме родов, должен владеть первичной реанимацией новорождённого. Дежурный врач - неонатолог при принятии смены обязан проверить исправность используемого оборудования, наличие лекарственных препаратов, необходимых для проведения первичной реанимационной помощи, перед родами - ознакомиться с анамнезом матери и медицинской документацией для оценки перинатальных рисков для новорожденного, подготовить место для проведения первичной реанимации новорожденного, оценить перинатальные риски, обеспечить присутствие 2-х и более специалистов, владеющих навыками первичной реанимации в полном объеме при прогнозировании рождения ребенка с необходимостью проведения реанимационных мероприятий.

- Рекомендовано при ведении родов у всех женщин обеспечить комплекс мер для поддержания оптимальной температуры тела новорожденного для профилактики гипотермии [85, 86].

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

Комментарий: Перед рождением ребенка акушерке необходимо исключить наличие сквозняков, закрыть окна и двери родильного зала, включить источник лучистого тепла над столиком новорожденного, согреть лоток, пеленки для приема новорожденного, проконтролировать температуру воздуха родильного зала по термометру, находящегося в родильном зале. Оптимальная температура воздуха должна быть не менее 24⁰С. После рождения необходимо немедленно обтереть ребёнка теплой пеленкой, мягко, без грубых

движений, поменяв первую влажную пеленку на сухую.

- Рекомендовано при ведении родов у всех женщин проводить осмотр новорожденного с оценкой его состояния по шкале Апгар [87].

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

Комментарий: Первый осмотр новорожденного необходимо проводить непосредственно после рождения, с целью оценки состояния новорожденного, исключения видимых врожденных пороков развития. Оценка состояния ребенка по шкале Апгар производится через 1 минуту (60 секунд) и 5 минут после рождения. Не следует использовать оценку по Апгар как единственный критерий для обоснования диагноза асфиксии. Термин асфиксия не должен применяться, если нет доказательств нарушений газообмена (кислотно-основного состояния крови).

- Рекомендовано всех новорожденных, не требующих проведения реанимационных мероприятий после рождения, выкладывать на живот и грудь родильницы, обеспечив контакт «кожа к коже», для улучшения постнатальных исходов и стимуляции грудного вскармливания [88].

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

Комментарий: Выкладывание новорожденного на живот и грудь матери, и обеспечение прямого телесного контакта «кожа-к-коже» в течение первого часа жизни увеличивает частоту и продолжительность грудного вскармливания, снижает риск гипотермии.

- Рекомендовано отсроченное пересечение пуповины (не ранее 1 минуты и не позднее 3-х минут от момента рождения плода) вне зависимости от ВИЧ-статуса пациентки с целью улучшения постнатальных исходов [3, 89].

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

Комментарий: У доношенных детей основным преимуществом отсроченного пересечения пуповины является более высокий запас железа у детей в возрасте от рождения до шести месяцев [90], а также лучшее психомоторное развитие [91]. У ВИЧ-инфицированных рожениц, у пациенток, живущих с ВИЧ-положительным партнером, и у пациенток с неизвестным ВИЧ-статусом нет доказательств того, что отсроченное

пересечение пуповины увеличивает вероятность передачи ВИЧ от матери к новорожденному [3, 89]. Слишком позднее пережатие пуповины сопровождается значимым повышением количества эритроцитов и уровня гемоглобина, что может приводить к метаболическим нарушениям, которые сопровождаются гипербилирубинемией и увеличением показаний к проведению фототерапии [90].

- Не рекомендована рутинная санация верхних дыхательных путей (отсасывание слизи из верхних дыхательных путей) у детей, родившихся с чистыми амниотическими водами и начавших самостоятельно дышать [3, 92].

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

Комментарий: Исследования не подтверждают положительного эффекта рутинной санации верхних дыхательных путей, но показывают ее возможное неблагоприятное воздействие на новорожденного. Санация может приводить к стимуляции *n. vagus*, вызывая брадикардию и развитие апноэ. Кроме того, процедура может приводить к повреждению слизистой оболочки верхних дыхательных путей и вторичному инфицированию [93].

- Рекомендовано осуществлять ранее прикладывание к груди всех новорожденных, которые могут самостоятельно получать грудное молоко, если их состояние стабильно, а мать и ребенок готовы к кормлению [3, 94].

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

Комментарий: Существуют убедительные доказательства того, что раннее начало грудного вскармливания (в течение первого часа после рождения) и исключительно грудное вскармливание в течение первого месяца жизни имеет существенные преимущества в снижении неонатальной смертности и заболеваемости [95, 96].

- Не рекомендовано рутинное обмывание ребенка в первые 24 часа после рождения [97].

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

Комментарий: Кожа новорождённого покрыта первородной смазкой (*vernix caseosa*), защищающей кожу в период внутриутробного развития. Если кожа ребёнка загрязнена кровью или меконием, следует осторожно смыть тёплой водопроводной водой.

- Рекомендована антимикробная офтальмологическая обработка вскоре после родов для всех новорожденных для профилактики инфекционных заболеваний глаз [164].

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

Комментарий: В Российской Федерации с целью профилактики инфекционных заболеваний глаз во время первичного туалета новорождённого рекомендуется использовать мазь глазную эритромицина 10 000 ЕД/г (в индивидуальной упаковке). Глазную мазь закладывают в стерильных перчатках за нижнее веко, в виде полосы длиной 1 см, не касаясь тубиком глаза и век. Избыток мази можно убрать через одну минуту, при помощи стерильного тампона.

3.3. Введение третьего периода родов

- Рекомендовано парентеральное введение окситоцина** в третьем периоде родов для профилактики послеродового кровотечения [98–102].

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

Комментарий: Окситоцин** вводят внутримышечно в боковую поверхность бедра в дозе 2 мл (10 МЕ) или внутривенно в дозе 5 ЕД в 50 мл физиологического раствора со скоростью 16,2 мл/час с помощью перфузора, при невозможности введения окситоцина вводят агонист окситоцина карбетоцин** внутримышечно или внутривенно медленно в дозе 100 мкг/мл [103].

- Рекомендовано с целью снижения риска послеродового кровотечения применять активное ведение 3 периода родов (введение окситоцина** или карбетоцина**, пересечение пуповины между 1-й и 3-й минутами после рождения плода, самостоятельное рождение последа или его выделение наружными приемами в течение 30 минут) [104], [31].

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

Комментарии: Послед может быть выделен путем контролируемых тракций за пуповину, которые должен выполнять только обученный медицинский персонал, принимающий роды. При отсутствии навыков у медицинского персонала необходимо дождаться признаков отделения плаценты и извлечь послед наружными методами.

Проведение контролируемых тракций за пуповину уменьшает риск задержки последа и ручного удаления плаценты, но повышает риск отрыва пуповины [105–107].

- Пациенткам, которым была проведена медикаментозная профилактика послеродового кровотечения в третьем периоде родов, не рекомендовано рутинное проведение массажа матки с целью профилактики послеродового кровотечения [108].

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

Комментарий: Массаж матки после влагалищных родов не связан со снижением риска послеродового кровотечения у пациенток, которым был введен окситоцин** и проведены контролируемые тракции за пуповину для профилактики послеродового кровотечения [108].

- Рекомендована оценка тонуса матки после родов путем пальпации с целью ранней диагностики гипотонии матки [98, 109, 110].

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

3.4. Наблюдение за состоянием матери в первые 2 часа после родов

- Для оценки объема кровопотери рекомендовано использовать гравиметрический метод - прямой сбор крови в градуированные мерные емкости совместно со взвешиванием пропитанных кровью мягких материалов [111, 112].

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

Комментарий: Физиологическая кровопотеря в родах через естественные родовые пути составляет <10% объема циркулирующей крови или <0,5-0,7% от массы тела, или <5 мл/кг (<500,0 мл) [111].

- Рекомендовано выполнить послеродовой осмотр последа (исследование плаценты послеродовое) с целью своевременной диагностики нарушения его целостности и задержки части последа в родовых путях [113].

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

- Рекомендовано после родов провести осмотр влагалища, промежности и шейки матки в зеркалах с целью своевременной диагностики разрывов промежности, влагалища и шейки матки, и провести зашивание разрывов [12].

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

- Рекомендовано в течение первых двух часов после родов, каждые 15 минут проводить контроль состояния пациентки: АД, ЧСС, тонус матки, высота стояния матки, характер и объем кровянистых выделений из влагалища, состояние швов (наличие или отсутствие отеков, гиперемии, гематом), перед переводом в послеродовое отделение оценить состояние пациентки, включая контроль температуры тела и опорожнение мочевого пузыря [12].

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

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Не применимо.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

- Рекомендована комплексная подготовка к родам с целью снижения тревоги и страха перед родами [114], и увеличения вероятности успешных влагалищных родов и грудного вскармливания [115–117].

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

Комментарий: Подготовка к родам повышает удовлетворенность пациентки родами, даже если развиваются осложнения и необходимы медицинские вмешательства [118].

6. Организация оказания медицинской помощи

Медицинская помощь при нормальных родах может быть оказана в медицинских организациях акушерского профиля 1-го, 2-го и 3-го уровня.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Не применимо.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Да/Нет
1.	При поступлении в стационар определен срок беременности и родов по дате последней менструации и данным ультразвукового исследования плода	Да/Нет
2.	Проведено заполнение партограммы	Да/Нет
3.	Выполнено парентеральное введение окситоцина** после рождения плода (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнено отсроченное пересечение пуповины (не ранее 1 минуты и не позднее 3-х минут от момента рождения ребенка)	Да/Нет
5.	Выполнено выделение последа в течение 30 минут от момента рождения ребенка	Да/Нет
6.	Выполнен послеродовой осмотр последа	Да/Нет
7.	После родов проведен осмотр влагалища, промежности и шейки матки в зеркалах и проведено зашивание разрывов	Да/Нет

Список литературы

1. World Health Organization, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit F. and R.H. Care in Normal Birth: A Practical Guide : Report of a Technical Working Group. Birth. 1997.
2. Robert M Ehsanipoor, MD Andrew J Satin, MD F. Normal and abnormal labor progression. UpToDate. 2019; .
3. World Health Organization. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva; 2018. 212 p.
4. Friedman E.A. An objective approach to the diagnosis and management of abnormal labor. Bull New York Acad Med J Urban Heal. 1972; 6(42):842–58.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric care consensus no. 1: safe prevention of the primary cesarean delivery. Obs Gynecol. 2014; 3(123):693–711.
6. Zhang J., Landy H.J., Ware Branch D., Burkman R., Haberman S., Gregory K.D., et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. Obstet Gynecol. 2010; 6(116):1281.
7. Spong C.Y., Berghella V., Wenstrom K.D., Mercer B.M., Saade G.R. Preventing the first cesarean delivery: Summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, and American College of Obstetricians and Gynecologists Workshop. Obstet Gynecol. 2012; 120(5):1181–93.
8. Dombrowski M.P., Bottoms S.F., Saleh A.A.A., Hurd W.W., Romero R. Third stage of labor: analysis of duration and clinical practice. Am J Obs Gynecol. 1995; 4 Pt 1(172):1279–84.
9. Combs C.A., Laros R.K. Prolonged third stage of labor: morbidity and risk factors. Obstet Gynecol. 1991; 6(77):863–7.
10. Magann E.F., Doherty D.A., Briery C.M., Niederhauser A., Chauhan S.P., Morrison J.C. Obstetric characteristics for a prolonged third stage of labor and risk for postpartum hemorrhage. Gynecol Obstet Invest. 2008; 65(3):201–5.
11. Romero R., Hsu Y.C., Athanassiadis A.P., Hagay Z., Avila C., Nores J., et al. Preterm delivery: a risk factor for retained placenta. Am J Obs Gynecol. 1990; 3(163):823–5.
12. World Health Organization, UNICEF U.N.P.F. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors – 2nd ed. 2017. 492 p.
13. Savitz D.A., Terry J.W., Dole N., Thorp J.M., Siega-Riz A.M., Herring A.H. Comparison of pregnancy dating by last menstrual period, ultrasound scanning, and their combination. Am J Obstet Gynecol. 2002; 187(6):1660–6.
14. Olesen A.W., Thomsen S.G. Prediction of delivery date by sonography in the first and second trimesters. Ultrasound Obstet Gynecol. 2006; 28(3):292–7.
15. Neufeld L.M., Haas J.D., Grajeda R., Martorell R. Last menstrual period provides the best estimate of gestation length for women in rural Guatemala. Paediatr Perinat Epidemiol. 2006; 20(4):290–8.
16. Nissaisorakarn P., Sharif S., Jim B. Hypertension in Pregnancy: Defining Blood Pressure Goals and the Value of Biomarkers for Preeclampsia. Curr Cardiol Rep. 2016; 18(12):131.
17. Metoki H., Iwama N., Ishikuro M., Satoh M., Murakami T., Nishigori H. Monitoring and evaluation of out-of-office blood pressure during pregnancy. Hypertens Res. 2017; 40(2):107–9.
18. American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care. 8th ed. Elk Grove Village, IL; Washington, DC; 2017.
19. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. NICE Clinical guideline. 2017. p. 90.
20. Edmund F Funai E.R.N. Management of normal labor and delivery. UpToDate. 2020; .
21. Thorp J.M., Jenkins T., Watson W. Utility of Leopold maneuvers in screening for malpresentation. Obstet Gynecol. 1991; 78(3 Pt 1):394–6.

22. Lydon-Rochelle M., Albers L., Gorwoda J., Craig E., Qualls C. Accuracy of Leopold maneuvers in screening for malpresentation: a prospective study. *Birth*. 1993; 20(3):132–5.
23. Webb S.S., Plana M.N., Zamora J., Ahmad A., Earley B., Macarthur C., et al. Abdominal palpation to determine fetal position at labor onset: a test accuracy study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011; 90(11):1259–66.
24. Guidelines for perinatal care/ American Academy of Pediatrics [and] the American Colledge of O&G. - 6th Ed. 2007.
25. Pillay P, Janaki S M.C. A Comparative Study of Gravidogram and Ultrasound in Detection of IUGR. *J Obs Gynaecol India*. 2012; 62(4):409–12.
26. Rozenberg P. [Is there a role for X-ray pelvimetry in the twenty-first century?]. *Gynecol Obstet Fertil*. 2007; 35(1):6–12.
27. Ghi T., Eggebø T., Lees C., Kalache K., Rozenberg P., Youssef A., et al. ISUOG Practice Guidelines: intrapartum ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2018; 1(52):128–39.
28. Maruotti G.M., Saccone G., Martinelli P. Third trimester ultrasound soft-tissue measurements accurately predicts macrosomia. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2017; 30(8):972–6.
29. Caradeux J., Martinez-Portilla R.J., Peguero A., Sotiriadis A., Figueras F. Diagnostic performance of third-trimester ultrasound for the prediction of late-onset fetal growth restriction: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2019; .
30. Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды). Клинические рекомендации. Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2021. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/636_1
31. World Health Organization. WHO recommendations for augmentation of labour. World Health Organization. 2014. 57 p.
32. American College of Obstetricians and Gynecologists (College); Society for Maternal-Fetal Medicine; Caughey AB, Cahill AG, Guise JM, Rouse DJ. Safe prevention of the primary cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2014 Mar;210(3):179-93. doi: 10.1016/j.ajog.2014.01.026.
33. Lawrence A., Lewis L., Hofmeyr G.J., Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013.
34. Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 687: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. *Obs Gynecol*. 2017; 2(129):e20–8.
35. Ruhl C., Scheich B., Onokpise B., Bingham D. Content Validity Testing of the Maternal Fetal Triage Index. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2015; 5(44):701–9.
36. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 667: Hospital-Based Triage of Obstetric Patients. *Obstet Gynecol*. 2016; 1(128):16–9.
37. Simkin P., Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *J Midwifery Women’s Heal*. 2004; 6(49):489–504.
38. Smith C.A., Levett K.M., Collins C.T., Jones L. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; .
39. Smith C.A., Levett K.M., Collins C.T., Crowther C.A. Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011.
40. Bohren M.A., Hofmeyr G.J., Sakala C., Fukuzawa R.K., Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017.
41. Anim-Somuah M., Smyth R.M., Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; .
42. Committee on Obstetric Practice A.C. of O. and G. ACOG Committee Opinion No. 441: Oral intake during labor. *Obs Gynecol*. 2009; 3(114):714.
43. Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. Vol. 2, *Anesthesiology*. 2016. p. 270–300.
44. Ciardulli A., Saccone G., Anastasio H., Berghella V. Less-Restrictive Food Intake During

- Labor in Low-Risk Singleton Pregnancies. *Obstet Gynecol.* 2017; 129(3):473–80.
45. Shrivastava V.K., Garite T.J., Jenkins S.M., Saul L., Rumney P., Preslicka C., et al. A randomized, double-blinded, controlled trial comparing parenteral normal saline with and without dextrose on the course of labor in nulliparas. *Am J Obstet Gynecol.* 2009; 4(200):379.
 46. Jamal A., Choobak N., Tabassomi F. Intrapartum maternal glucose infusion and fetal acid-base status. *Int J Gynecol Obstet.* 2007; 3(97):187–9.
 47. Paré J., Pasquier J.-C., Lewin A., Fraser W., Bureau Y.-A. Reduction of total labour length through the addition of parenteral dextrose solution in induction of labor in nulliparous: Results of DEXTRONS prospective randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2017; 5(216):508.
 48. Ehsanipoor R.M., Saccone G., Seligman N.S., Pierce-Williams R.A.M., Ciardulli A., Berghella V. Intravenous fluid rate for reduction of cesarean delivery rate in nulliparous women: a systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2017; 96(7):804–11.
 49. Lavender T., Cuthbert A., Smyth R.M.D. Effect of partograph use on outcomes for women in spontaneous labour at term and their babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2018.
 50. Martis R., Emilia O., Nurdianti D.S., Brown J. Intermittent auscultation (IA) of fetal heart rate in labour for fetal well-being. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; .
 51. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 106: Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles. *Obs Gynecol.* 2009; 1(114):192–202.
 52. Downe S., Gyte G.M.L., Dahlen H.G., Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2013.
 53. Riemma G., La Verde M., Schiattarella A., Cobellis L., De Francis P., Colacurci N., et al. Efficacy of hyoscine butyl-bromide in shortening the active phase of labor: Systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020; 252:218–24.
 54. Madhu C., Mahavarkar S., Bhave S. A randomised controlled study comparing Drotaverine hydrochloride and Valethamate bromide in the augmentation of labour. *Arch Gynecol Obstet.* 2010; 282(1):11–5.
 55. Mohaghegh Z., Abedi P., Faal S., Jahanfar S., Surdock A., Sharifipour F., et al. The effect of hyoscine n- butylbromide on labor progress: A systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020; 20(1):291.
 56. Ibrahim M.I., Alzeeniny H.A., Ellaithy M.I., Salama A.H., Abdellatif M.A. Drotaverine to improve progression of labor among nulliparous women. *Int J Gynecol Obstet.* 2014; 124(2):112–7.
 57. Bonet M., Ota E., Chibueze C.E., Oladapo O.T. Routine antibiotic prophylaxis after normal vaginal birth for reducing maternal infectious morbidity. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2017.
 58. Ohlsson A., Shah V.S. Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization. *Cochrane database Syst Rev.* 2014; (6):CD007467.
 59. Prevention of Group B Streptococcal Early-Onset Disease in Newborns. *Obstet Gynecol.* 2020; 135(2):e51–72.
 60. Припутневич Т.В., Кан Н.Е., Мелкумян А.Р., Тютюнник В.Л., Кафарская Л.И., Ефимов Б.А., Любасовская Л.А., Зубков В.В., Дубровина Н.В., Долгушина Н.В., Калинина Е.А., Павлович С.В. Стрептококк группы В у беременных и новорожденных: учебное пособие. ООО «Цен.
 61. Warszawski J., Tubiana R., Le Chenadec J., Blanche S., Teglas J.-P., Dollfus C., et al. Mother-to-child HIV transmission despite antiretroviral therapy in the ANRS French Perinatal Cohort. *AIDS.* 2008; 22(2):289–99.
 62. Venkatesh K.K., Morrison L., Livingston E.G., Stek A., Read J.S., Shapiro D.E., et al. Changing Patterns and Factors Associated With Mode of Delivery Among Pregnant Women With Human Immunodeficiency Virus Infection in the United States. *Obstet Gynecol.* 2018;

131(5):879–90.

63. Sénat M.-V., Anselem O., Picone O., Renesme L., Sananès N., Vauloup-Fellous C., et al. Prevention and management of genital herpes simplex infection during pregnancy and delivery: Guidelines from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018; 224:93–101.
64. ACOG Practice Bulletin No. 82: Management of Herpes in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2007; 109(6):1489–98.
65. Lumbiganon P., Thinkhamrop J., Thinkhamrop B., Tolosa J.E. Vaginal chlorhexidine during labour for preventing maternal and neonatal infections (excluding Group B Streptococcal and HIV). *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2014.
66. Smyth R.M., Markham C., Dowswell T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2013.
67. RANZCOG. Intrapartum Fetal Surveillance : Clinical Guideline - Fourth Edition. 2019; 4:1–44.
68. Dore S., Ehman W. No. 396-Fetal Health Surveillance: Intrapartum Consensus Guideline. *J Obstet Gynaecol Canada.* 2020; 42(3):316-348.e9.
69. Gupta J.K., Sood A., Hofmeyr G.J., Vogel J.P. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2017.
70. Kibuka M., Thornton J.G. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane database Syst Rev.* 2017; 2:CD008070.
71. Walker K.F., Kibuka M., Thornton J.G., Jones N.W. Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2018.
72. Aasheim V., Nilsen A.B.V., Reinar L.M., Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2017.
73. Beckmann M.M., Stock O.M. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2013.
74. Dahlen H.G., Homer C.S.E., Cooke M., Upton A.M., Nunn R., Brodrick B. Perineal outcomes and maternal comfort related to the application of perineal warm packs in the second stage of labor: A randomized controlled trial. *Birth.* 2007; 4(34):282–90.
75. Albers L.L., Sedler K.D., Bedrick E.J., Teaf D., Peralta P. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: A randomized trial. *J Midwifery Women’s Heal.* 2005; 5(50):365–72.
76. Jiang H., Qian X., Carroli G., Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; .
77. Lee L., Dy J., Azzam H. Management of Spontaneous Labour at Term in Healthy Women. *J Obstet Gynaecol Canada.* 2016; 9(38):843–65.
78. Bulletins—Obstetrics A.C. of O. and G.C. on. Practice Bulletin No. 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obs Gynecol.* 2016; 1(128):e1–15.
79. Leonhard Schaffer R.Z. Nuchal cord. *UpToDate.* 2019; .
80. Queensland Ambulance Service. Obstetrics: Nuchal umbilical cord. *Clinical Practice Procedures.*
81. East Carolina University College of Nursing. Somersault maneuver demo.
82. Mercer J.S., Skovgaard R.L., Peareara-Eaves J., Bowman T.A. Nuchal cord management and nurse-midwifery practice. *J Midwifery Women’s Heal.* 2005; 5(50):373–9.
83. Reynolds L. Practice tips. “Somersault” maneuver for a tight umbilical cord. *Can Fam Physician.* 1999; (45):613.
84. World Health Organization. Thermal Protection of the Newborn: a practical guide. *Matern Safe Mother Program.* 1997; :1–67.
85. Lubkowska A., Szymański S., Chudecka M. Surface body temperature of full-term healthy newborns immediately after Birth—Pilot study. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;

8(16):1312.

86. The Apgar Score. *Pediatrics*. 2015; 136(4):819–22.
87. Moore E.R., Anderson G.C., Bergman N., Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. In: Moore ER, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012.
88. World Health Organization. Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. 2014. 26 p.
89. McDonald S.J., Middleton P., Dowswell T., Morris P.S. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013.
90. Andersson O., Lindquist B., Lindgren M., Stjernqvist K., Domellöf M., Hellström-Westas L. Effect of delayed cord clamping on neurodevelopment at 4 years of age: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatr*. 2015; 7(169):631–8.
91. World Health Organization. Guidelines on basic newborn resuscitation. 2012. 61 p.
92. Evans, M Blake W.D.P. Does Medical Evidence Support Routine Oronasopharyngeal Suction at Delivery? *J Okla State Med Assoc*. 2016; 4–5(109):140–2.
93. WHO. Recommendations on newborn health: approved by the WHO Guidelines Review Committee. *Who*. 2017; (May):1–28.
94. Khan J., Vesel L., Bahl R., Martines J.C. Timing of Breastfeeding Initiation and Exclusivity of Breastfeeding During the First Month of Life: Effects on Neonatal Mortality and Morbidity—A Systematic Review and Meta-analysis. *Matern Child Health J*. 2015; 3(19):468–79.
95. UNICEF, WHO. Capture the Moment – Early initiation of breastfeeding: The best start for every newborn. *Unicef*. 2018. 1–42 p.
96. WHO Recommendations on Postnatal Care of the Mother and Newborn. Geneva: World Health Organization; 2013 Oct. PMID: 24624481.
97. Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage: Green-top Guideline No. 52. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2017; 124(5):e106–49.
98. Schlembach D., Helmer H., Henrich W., Von Heymann C., Kainer F., Korte W., et al. Peripartum haemorrhage, diagnosis and therapy. Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S2k level, AWMF registry No. 015/063, March 2016). *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2018; 78(04):382–99.
99. Soltani H., Hutchon D.R., Poulouse T.A. Timing of prophylactic uterotonics for the third stage of labour after vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; .
100. Westhoff G., Cotter A.M., Tolosa J.E. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. *Cochrane database Syst Rev*. 2013; (10):CD001808.
101. Oladapo O.T., Okusanya B.O., Abalos E. Intramuscular versus intravenous prophylactic oxytocin for the third stage of labour. *Cochrane database Syst Rev*. 2018; 9:CD009332.
102. Gallos I.D., Papadopoulou A., Man R., Athanasopoulos N., Tobias A., Price M.J., et al. Uterotonic agents for preventing postpartum haemorrhage: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018; .
103. Begley C.M., Gyte G.M., Devane D., McGuire W., Weeks A., Biesty L.M. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane database Syst Rev*. 2019; 2:CD007412.
104. Du Y., Ye M., Zheng F. Active management of the third stage of labor with and without controlled cord traction: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2014; 7(93):626–33.
105. Metin Gülmezoglu A., Lumbiganon P., Landoulsi S., Widmer M., Abdel-Aleem H., Festin M., et al. Active management of the third stage of labour with and without controlled cord traction: A randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet*. 2012; 379(9827):1721–7.
106. Hofmeyr G.J., Mshweshwe N.T., Gülmezoglu A.M. Controlled cord traction for the third

- stage of labour. *Cochrane database Syst Rev.* 2015; 1:CD008020.
107. Saccone G., Caissutti C., Ciardulli A., Abdel-Aleem H., Hofmeyr G.J., Berghella V. Uterine massage as part of active management of the third stage of labour for preventing postpartum haemorrhage during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BJOG.* 2018; 7(125):778–81.
 108. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No. 183: Postpartum Hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2017; 130(4):e168–86.
 109. WHO recommendations: uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage. *World Heal Organ.* 2018; :53 p.
 110. Профилактика, алгоритм ведения, анестезия и интенсивная терапия при послеродовых кровотечениях. Клинические рекомендации. Москва; 2018. p. 76.
 111. Diaz V., Abalos E., Carroli G. Methods for blood loss estimation after vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2018.
 112. Профилактика, алгоритм ведения, анестезия и интенсивная терапия при послеродовых кровотечениях. Клинические рекомендации РОАГ, 2018 г.
 113. Stoll K., Swift E.M., Fairbrother N., Nethery E., Janssen P. A systematic review of nonpharmacological prenatal interventions for pregnancy-specific anxiety and fear of childbirth. *Birth.* 2018; 1(45):7–18.
 114. Maimburg R.D., Væth M., Dürr J., Hvidman L., Olsen J. Randomised trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process. *BJOG.* 2010; 8(117):921–8.
 115. Levett K.M., Smith C.A., Bensoussan A., Dahlen H.G. Complementary therapies for labour and birth study: a randomised controlled trial of antenatal integrative medicine for pain management in labour. *BMJ Open.* 2016; 7(6).
 116. Chen I., Opiyo N., Tavender E., Mortazhejri S., Rader T., Petkovic J., et al. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2018.
 117. Haapio S., Kaunonen M., Arffman M., Åstedt-Kurki P. Effects of extended childbirth education by midwives on the childbirth fear of first-time mothers: an RCT. *Scand J Caring Sci.* 2017; 2(31):293–301.
 118. Makvandi S., Latifnejad Roudsari R., Sadeghi R., Karimi L. Effect of birth ball on labor pain relief: A systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Res.* 2015; 11(41):1679–86.
 119. Smith C.A., Collins C.T., Cyna A.M., Crowther C.A. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2006.
 120. Makvandi S., Mirzaiinajmabadi K., Sadeghi R., Mahdavian M., Karimi L. Meta-analysis of the effect of acupressure on duration of labor and mode of delivery. *Int J Gynecol Obstet.* 2016; 1(135):5–10.
 121. Hamidzadeh A., Shahpourian F., Orak R.J., Montazeri A.S., Khosravi A. Effects of LI4 Acupressure on Labor Pain in the First Stage of Labor. *J Midwifery Women’s Heal.* 2012; 2(57):133–8.
 122. Chung U.L., Hung L.C., Kuo S.C., Huang C.L. Effects of LI4 and BL 67 acupressure on labor pain and uterine contractions in the first stage of labor. *J Nurs Res.* 2003; 4(11):251–60.
 123. Hjelmstedt A., Shenoy S.T., Stener-Victorin E., Lekander M., Bhat M., Balakumaran L., et al. Acupressure to reduce labor pain: A randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010; 11(89):1453–9.
 124. Taavoni S., Abdollahian S., Haghani H. Effect of sacrum-perineum heat therapy on active phase labor pain and client satisfaction: A randomized, controlled trial study. *Pain Med.* 2013; 9(14):1301–6.
 125. Dahlen H.G., Homer C.S.E., Cooke M., Upton A.M., Nunn R.A., Brodrick B.S. “Soothing the ring of fire”: Australian women’s and midwives’ experiences of using perineal warm packs in the second stage of labour. *Midwifery.* 2009; 2(25):e39-48.

126. Behmanesh F., Pasha H., Zeinalzadeh M. The effect of heat therapy on labor pain severity and delivery outcome in parturient women. *Iran Red Crescent Med J.* 2009; (11):188.
127. Penny Simkin P., Klein M.C. Nonpharmacologic approaches to management of labor pain. *UpToDate.* 2019; .
128. East C.E., Begg L., Henshall N.E., Marchant P.R., Wallace K. Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2012.
129. Newham J.J., Wittkowski A., Hurley J., Aplin J.D., Westwood M. Effects of antenatal yoga on maternal anxiety and depression: A randomized controlled trial. *Depress Anxiety.* 2014; 8(31):631–40.
130. Babbar S., Parks-Savage A.C., Chauhan S.P. Yoga during pregnancy: A review. *Am J Perinatol.* 2012; 6(29):459–64.
131. Lee S.L., Liu C.Y., Lu Y.Y., Gau M.L. Efficacy of Warm Showers on Labor Pain and Birth Experiences During the First Labor Stage. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2013; 1(42):19–28.
132. Cluett E.R., Burns E., Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2018.
133. Committee Opinion No. 679: Immersion in Water During Labor and Delivery. *Obs Gynecol.* 2016; 5(128):e231–6.
134. Osborne C., Ecker J.L., Gauvreau K., Davidson K.M., Lieberman E. Maternal Temperature Elevation and Occiput Posterior Position at Birth Among Low-Risk Women Receiving Epidural Analgesia. *J Midwifery Women’s Heal.* 2011; 5(56):446–51.
135. Benfield R.D., Hortobágyi T., Tanner C.J., Swanson M., Heitkemper M.M., Newton E.R. The effects of hydrotherapy on anxiety, pain, neuroendocrine responses, and contraction dynamics during labor. *Biol Res Nurs.* 2010; 1(12):28–36.
136. Liu Y.H., Chang M.Y., Chen C.H. Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mothers. *J Clin Nurs.* 2010; 7–8(19):1065–72.
137. Simavli S., Kaygusuz I., Gumus I., Usluogullari B., Yildirim M., Kafali H. Effect of music therapy during vaginal delivery on postpartum pain relief and mental health. *J Affect Disord.* 2014; (156):194–9.
138. Caroline A Smith, Carmel T Collins C.A.C. Aromatherapy for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2011.
139. Luo T., Huang M., Xia H., Zeng Y. Aromatherapy for Laboring Women: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Open J Nurs.* 2014; 3(4):163–8.
140. Yazdkhasti M., Pirak A. The effect of aromatherapy with lavender essence on severity of labor pain and duration of labor in primiparous women. *Complement Ther Clin Pract.* 2016; (25):81–6.
141. Madden K., Middleton P., Cyna A.M., Matthewson M., Jones L. Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2016.
142. Debra Ketterhagen, Leona VandeVusse M.A.B. Self-hypnosis: alternative anesthesia for childbirth. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2002; 6(27):335–40.
143. Derry S., Straube S., Moore R.A., Hancock H., Collins S.L. Intracutaneous or subcutaneous sterile water injection compared with blinded controls for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2012.
144. Mårtensson L., McSwiggin M., Mercer J.S. US Midwives’ Knowledge and Use of Sterile Water Injections for Labor Pain. *J Midwifery Women’s Heal.* 2008; 2(53):115–22.
145. van Erp M., Ortner C., Jochberger S., Klein K.U. Aktuelle Versorgungskonzepte in der geburtshilflichen Anästhesie. *Wiener Medizinische Wochenschrift.* 2017; 167(15–16):374–89.
146. Dualé C., Nicolas-Courbon A., Gerbaud L., Lemery D., Bonnin M., Pereira B. Maternal Satisfaction as an Outcome Criterion in Research on Labor Analgesia. *Clin J Pain.* 2015; 31(3):235–46.
147. Wang T.-T., Sun S., Huang S.-Q. Effects of Epidural Labor Analgesia With Low

- Concentrations of Local Anesthetics on Obstetric Outcomes. *Anesth Analg*. 2017; 124(5):1571–80.
148. Sultan P., Murphy C., Halpern S., Carvalho B. The effect of low concentrations versus high concentrations of local anesthetics for labour analgesia on obstetric and anesthetic outcomes: a meta-analysis. *Can J Anesth Can d'anesthésie*. 2013; 60(9):840–54.
149. Leveno K.J., Nelson D.B., McIntire D.D. Second-stage labor: how long is too long? *Am J Obstet Gynecol*. 2016; 214(4):484–9.
150. Jung H., Kwak K.-H. Neuraxial analgesia: a review of its effects on the outcome and duration of labor. *Korean J Anesthesiol*. 2013; 65(5):379.
151. Grant E., Tao W., Craig M., McIntire D., Leveno K. Neuraxial analgesia effects on labour progression: facts, fallacies, uncertainties and the future. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2015; 122(3):288–93.
152. Keeling D., Tait R.C., Watson H. Peri-operative management of anticoagulation and antiplatelet therapy. *Br J Haematol*. 2016; 175(4):602–13.
153. Nair V., Henry R. Bilateral paravertebral block: a satisfactory alternative for labour analgesia. *Can J Anesth Can d'anesthésie*. 2001; 48(2):179–84.
154. Toscano A., Pancaro C., Giovannoni S., Minelli G., Baldi C., Guerrieri G., et al. Sevoflurane analgesia in obstetrics: a pilot study. *Int J Obstet Anesth*. 2003; 12(2):79–82.
155. Yeo S.T., Holdcroft A., Yentis S.M., Stewart A., Bassett P. Analgesia with sevoflurane during labour: II. Sevoflurane compared with Entonox for labour analgesia. *Br J Anaesth*. 2007; 98(1):110–5.
156. Партограмма ВОЗ: руководство для пользователя. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2022.
157. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава Российской Федерации. Москва, 2019. <https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskii-sbornik-2018-god>
158. Нормальная беременность. Клинические рекомендации. Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2023г. https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/288_2
159. Larki M, Rasti A, Makvandi S. The Effect of Hyoscine N-Butyl Bromide Rectal on the Duration of Labour and Rate of Cervical Dilatation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Obstet Gynaecol Can*. 2024 Feb;46(2):102292. doi: 10.1016/j.jogc.2023.102292.
160. Ikeotuonye AC, Umeora OJ, Nwafor JI, Ojumah BO, Ekwunife IC, Dimejesi IB. Drotaverine to shorten the duration of labour in primigravidas: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Afr Health Sci*. 2022 Sep;22(3):108-116. doi: 10.4314/ahs.v22i3.13.
161. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.
162. Адамян Л.В., Артымук Н.В., Белокриницкая Т.Е., Куликов А.В. и др. Нейроаксиальные методы обезболивания родов. Клинические рекомендации. *Анестезиология и реаниматология*, 2018, 5, 99-110. <https://doi.org/10.17116/anaesthesiology201805199>.
163. Carvalho B, Coghill J. Vaginal examination: a requirement before calling the anaesthetist? *Br J Anaesth*. 2003 Mar;90(3):402. doi: 10.1093/bja/aeg529.
164. Володин Н.Н., Дегтярев Д.Н., Албегова М.Б. Неонатология. Национальное руководство в 2-х томах. Том1. Гэотар-Медиа, 2023, 752с.
165. Hofmeyr GJ, Syna AM, Middleton P. Prophylactic intravenous preloading for regional analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4. Art. No.: CD000175. DOI: [10.1002/14651858.CD000175.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000175.pub2).

166. Kinsella SM, Pirlet M, Mills MS, Tuckey JP, Thomas TA. Randomized study of intravenous fluid preload before epidural analgesia during labour. *Br J Anaesth.* 2000 Aug;85(2):311-3. doi: 10.1093/bja/85.2.311.
167. Yeo ST, Holdcroft A, Yentis SM, Stewart A. Analgesia with sevoflurane during labour: i. Determination of the optimum concentration. *Br J Anaesth.* 2007 Jan;98(1):105-9. doi: 10.1093/bja/ael326.
168. Minowski P, Swiatkowska-Freund M, Preis K. Influence of Entonox (mixture of 50% nitrous oxide and 50% oxygen) on physiological labor and neonatal outcome in own material. *Ginekol Pol.* 2023;94(4):315-319. doi: 10.5603/GP.a2022.0039.
169. Ojo OO, Awonuga DO, Dedeke IOF, Nwadike VU, Adenaya OR, Odelola OI. Prevalence of Group B *Streptococcus* Colonisation and Antimicrobial Susceptibility Pattern among Pregnant Women Attending a Tertiary Health Facility in Ogun State, Southwest Nigeria. *J West Afr Coll Surg.* 2019 Jul-Sep;9(3):8-14. doi: 10.4103/jwas.jwas_26_21.
170. Rayburn WF, Smith CV, Parriott JE, Woods RE. Randomized comparison of meperidine and fentanyl during labor. *Obstet Gynecol.* 1989 Oct;74(4):604-6.

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. **Баев Олег Радомирович** - д.м.н., профессор, заслуженный врач Российской Федерации, заведующий 1-го родильного отделения, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

2. **Шмаков Роман Георгиевич** – д.м.н., профессор, профессор РАН, директор ГБУЗ МО «Московский областной НИИ акушерства и гинекологии имени академика В.И. Краснопольского», главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

3. **Мартirosян Сергей Валерьевич** – к.м.н., эксперт ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, врач акушер-гинеколог, доцент кафедры акушерства и гинекологии факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

4. **Долгушина Наталия Витальевна** – д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по репродуктивному здоровью женщин (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

5. **Авдеева Оксана Валерьевна** – главная медицинская сестра ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

6. **Баранов Игорь Иванович** – д.м.н., профессор, заведующий отделом научно-образовательных программ департамента организации научной деятельности ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России. Конфликт интересов отсутствует.

7. **Горина Ксения Алексеевна** – к.м.н., врач акушер-гинеколог отделения патологии беременности ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России. Конфликт интересов отсутствует.

8. **Дегтярев Дмитрий Николаевич** – д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, заведующий кафедрой неонатологии Клинического института детского здоровья имени Н.Ф. Филатова ФГАОУ Первый МГМУ им И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), главный (внештатный) специалист неонатолог Минздрава России в Центральном федеральном округе (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

9. **Зубков Виктор Васильевич** – д.м.н., профессор, директор института неонатологии и педиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

10. **Климов Владимир Анатольевич** - к.м.н., руководитель службы организации медицинской помощи и информационного сервиса ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

11. **Минакова Елена Николаевна** – заместитель главного врача по работе с медицинским персоналом ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр

акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

12. **Николаева Анастасия Владимировна** – к.м.н., главный врач ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

13. **Припутневич Татьяна Валерьевна** – д.м.н., директор института микробиологии, антимикробной терапии и эпидемиологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по медицинской микробиологии (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

14. **Романов Андрей Юрьевич** – к.м.н., заведующий отделом планирования и сопровождения научных проектов ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

15. **Серов Владимир Николаевич** - академик РАН, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, президент Российского общества акушеров-гинекологов, главный научный сотрудник ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

16. **Артымук Наталья Владимировна** – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии имени профессора Г.А. Ушаковой ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, гинекологии, репродуктивному здоровью женщин в СФО (г. Кемерово). Конфликт интересов отсутствует.

17. **Башмакова Надежда Васильевна** - д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, гинекологии, репродуктивному здоровью женщин в УФО (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.

18. **Беженарь Виталий Федорович** - д.м.н., профессор, заведующий кафедрами акушерства, гинекологии и неонатологии/репродуктологии, руководитель клиники акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга (г. Санкт-Петербург). Конфликт интересов отсутствует.

19. **Белокриницкая Татьяна Евгеньевна** – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, гинекологии, репродуктивному здоровью женщин в ДФО (г. Чита). Конфликт интересов отсутствует.

20. **Быков Аким Семенович** – к.м.н. врач-анестезиолог-реаниматолог ГБУЗ «Екатеринбургский клинический перинатальный центр» (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.

21. **Вагущенко Ульяна Андреевна** – врач акушер-гинеколог организационно-методического отдела МБУ «Екатеринбургский клинический перинатальный центр», ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета Уральского государственного медицинского университета (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.

22. **Десятник Кирилл Александрович** – врач акушер-гинеколог, заведующий отделением патологии беременных Перинатального центра ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ, врач акушер (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
23. **Колташева Ирина Михайловна** – заведующая отделом менеджмента качества и безопасности медицинской деятельности МБУ «Екатеринбургский клинический перинатальный центр» (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.
24. **Костин Игорь Николаевич** - д.м.н., профессор, кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
25. **Ксенофонтова Ольга Леонидовна** – к.м.н., заместитель главного врача по медицинской части МБУ «Екатеринбургский клинический перинатальный центр» (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.
26. **Куликов Александр Вениаминович** – д.м.н., профессор кафедры анестезиологии, реаниматологии и трансфузиологии ФПК и ПП ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России (г. Екатеринбург). Член Правления Федерации анестезиологов и реаниматологов и Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов. Конфликт интересов отсутствует.
27. **Мальгина Галина Борисовна** - д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, ведущий научный сотрудник ФГБУ «Уральский НИИ ОММ» Минздрава России (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.
28. **Малышкина Анна Ивановна** - д.м.н., профессор, директор ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова» Минздрава России, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии, медицинской генетики лечебного факультета ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, гинекологии, репродуктивному здоровью женщин в ЦФО (г. Иваново). Конфликт интересов отсутствует.
29. **Михайлов Антон Валерьевич** - д.м.н., профессор, главный врач СПб ГУЗ «Родильный Дом №17», профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО "СЗГМУ им. И.И. Мечникова" Минздрава России, и кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, гинекологии в СЗФО (г. Санкт-Петербург). Конфликт интересов отсутствует.
30. **Обоскалова Татьяна Анатольевна** – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета Уральского государственного медицинского университета (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.
31. **Оленев Антон Сергеевич** – к.м.н., главный внештатный специалист по акушерству Департамента здравоохранения г. Москвы, заведующий филиалом «Перинатальный центр» ГБУЗ «Городская клиническая больница №24 ДЗМ», доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского института РУДН. Конфликт интересов отсутствует.
32. **Перевозкина Ольга Владимировна** – к.м.н., заведующая отделом КЭР Перинатального центра ГКБ №67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ, врач акушер-гинеколог, ассистент кафедры акушерства и гинекологии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.
33. **Попандопуло Виктория Александровна** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Майкопский государственный технологический университет», профессор кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет»

Минздрава России, главный врач ООО «Кубанский медицинский центр», главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, гинекологии, репродуктивному здоровью женщин в ЮФО (г. Краснодар). Конфликт интересов отсутствует.

34. **Пырегов Алексей Викторович** – д.м.н., профессор, заместитель главного врача ГБУЗ МО «Московский областной перинатальный центр» по анестезиологии и реанимации, председатель комитета по анестезиологии и реаниматологии в акушерстве и гинекологии ассоциации анестезиологов-реаниматологов. (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

35. **Радзинский Виктор Евсеевич** – член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

36. **Севостьянова Ольга Юрьевна** – д.м.н., главный специалист-акушер-гинеколог управления здравоохранения Администрации г. Екатеринбурга (г. Екатеринбург). Конфликт интересов отсутствует.

37. **Трошин Павел Владимирович** – врач анестезиолог-реаниматолог, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им.В.И. Кулакова» Минздрава России. (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

38. **Фаткуллин Ильдар Фаридович** - д.м.н., профессор, Заслуженный деятель науки Республики Татарстан, Заслуженный врач Республики Татарстан, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева ФГБОУ ВО "Казанский государственный медицинский университет" Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, по гинекологии в ПФО (г. Казань). Конфликт интересов отсутствует.

39. **Фаткулина Лариса Сергеевна** - к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева Казанского ГМУ, шеф акушерско-гинекологической клиники ГАУЗ "РКБ МЗ РТ", перинатальный центр ГАУЗ "Республиканская клиническая больница МЗ РТ" (г. Казань). Конфликт интересов отсутствует.

40. **Филиппов Олег Семенович** – д.м.н., профессор, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФППОВ ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, заместитель директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

41. **Шешко Елена Леонидовна** - к.м.н., директор департамента медицинской помощи детям, службы родовспоможения и общественного здоровья Минздрава России (г. Москва). Конфликт интересов отсутствует.

42. **Шифман Ефим Муневич** – д.м.н., профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, президент Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов, заслуженный врач Республики Карелия, эксперт по анестезиологии и реаниматологии Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (г. Москва). Член Президиума Федерации анестезиологов и реаниматологов. Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи акушеры-гинекологи.
2. Ординаторы акушеры-гинекологи.
3. Акушерки.

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
-----	-------------

А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

ПАРТОГРАММА ВОЗ-2020 (модификация)

ФИО _____ № истории _____ Паритет _____
 Начало родов (дата и время) _____ Активная фаза родов (дата) _____
 Разрыв плодных оболочек (дата и время) _____
 Значимые факторы риска _____

		Время	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
		Часы	1	2	3	4	5	6	7	8		1	2	3			
		Критические показатели	▶ АКТИВНАЯ ФАЗА I-го ПЕРИОДА ▶									II-ой ПЕРИОД					
Плод	Базальная ЧСС	<110, ≥160	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
	Децелерации	Позд	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
	Амниотическая жидкость	M+++, K															
	Предлежание плода	P, T															
	Родовая опухоль	+++															
	Конфигурация головы	+++															
Роженка	Пульс	<60, ≥120															
	Систолическое АД	<80, ≥140															
	Диастолическое АД	≥90															
	Температура	<35.0, ≥37.5															
	Моча	K, An															
Ход родов	Частота схваток за 10'	≥2, >5	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
	Продолжительность схваток	20, >60	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
Ход родов	Раскрытие шейки матки (график X)	10															
		9	≥ 2ч														
		8	≥ 2,5ч														
		7	≥ 3ч														
		6	≥ 5ч														
		5	≥ 6ч														
Ход родов	Продвижение плода (график O)	5															
		4															
		3															
		2															
		1															
		0															
Медикаменты	Окситоцин (Ед/л, кап/мин)																
	Препараты																
	Внутривенные инфузии																
подпись																	

При «критических показателях», обведите кружком и оповестите старший персонал! Если роды >8 час, продолжите на следующем бланке.
СОКРАЩЕНИЯ: О – отказ, Н – неизвестно, Ран – ранние, Позд – поздние, Вар – переменные, Ц – целые, С – светлая, М – меконий, К – кровь, An – анурия, А – передний вид, Р – задний вид, Т – поперечное стояние стреловидного шва, СМ-самостоятельное мочеиспускание, МК-моча выведена катетером

Правила заполнения партограммы [156].

Информация о пациентке: полное имя, Порядок родов (паритет), номер истории родов, дата и время начала родов, дата и время начала активной фазы родов, дата и время излития околоплодных вод, значимые факторы риска.

Время указывают фактическое. Для удобства заполнения лучше записывать числом, кратным 30 мин, например, 13:00 или 13:30.

Часы 1, 2, 3 и т.д. соответствуют течению активной фазы 1 и 2 периода родов и изменению в таблице не подлежат.

ЧСС плода: базальную частоту фиксируют каждые полчаса в цифрах. Отмечают наличие децелераций (ран-ранние, вар-вариабельные, поз-поздние)

Околоплодные воды (амниотическая жидкость): если плодный пузырь цел или воды светлые и чистые, отметку ставят каждые 4 часа, при наличии мекония или крови каждый час.

Ц - плодный пузырь цел

С - околоплодные воды светлые, чистые

М - воды с меконием (любая интенсивность окраски)

К - примесь крови в водах

Предлежание плода: оценивают каждые 4 часа в первом периоде родов и каждый час во втором.

А – передний вид

Р – задний вид

Т – поперечное стояние стреловидного шва

Родовая опухоль: оценивается при влагалищном исследовании

0 – отсутствует

+ слабо выражена

++ умеренно выражена

+++ большая родовая опухоль

Конфигурация головки: оценивается при влагалищном исследовании.

О - конфигурации нет

+ кости сближены в области швов

++ захождение костей по швам с возможностью репозиции при надавливании

+++ захождение костей по швам без возможности репозиции

Пульс, артериальное давление, температура тела и мочеиспускание матери: оценивают каждые 4 часа.

Частота и продолжительность схваток: оценивают каждые 30 мин в первом периоде родов и каждые 15 минут во втором. Потуги отмечают буквой П на строчке ниже продолжительности схваток.

Раскрытие шейки матки: оценивают при каждом влагалищном исследовании и отмечают крестиком (х).

Опускание головки: оценку продвижения головки проводят путем абдоминального обследования и затем вагинального. В 1 периоде родов каждые 4 часа, во 2 периоде каждый час и на графике отмечают кружком в соответствующей ячейке. При абдоминальной пальпации:

5 – вся головка над входом в малый таз

4 – пальпируется 4/5 головки плода - прижата ко входу в малый таз

3 – пальпируется 3/5 головки плода над лоном (большая часть головки над лоном)

2 – пальпируется 2/5 головки плода над лоном (меньшая часть головки над лоном)

1 – пальпируется незначительная часть головки над лоном

0 – головка над лоном не пальпируется (вся расположена в тазу)

Время: отмечается слева от линии. Для удобства заполнения лучше записывать числом, кратным 30 мин, например, 13:00 или 13:30.

Окситоцин: при назначении записать его дозировку и скорость введения (отметка каждые 30 минут).

Назначения лекарств: фиксируют любые дополнительные назначения лекарств.

Внутривенные инфузии: указать препарат и дозу в мл

Методы немедикаментозного обезболивания родов

1. Фитбол. Способствует расслаблению тазового дна, а также обеспечивает свободу движения [119]. При использовании в положении сидя мяч оказывает безболезненное давление на промежность, что может блокировать часть ноцицептивной рецепции на уровне спинного мозга и тем самым уменьшить ощущение боли.

2. Массаж [3]. Может уменьшить дискомфорт во время родов, облегчить боль и повысить удовлетворенность женщины родами [3, 38]. Он является простым, недорогим и безопасным вариантом для облегчения боли.

3. Акупрессура [120, 121]. Ограниченные данные свидетельствуют о пользе акупрессуры [122–124]. Нет никаких известных рисков использования акупунктуры, если она проводится обученным персоналом, использующим одноразовые иглы.

4. Аппликация теплых пакетов [3]. Тепло обычно прикладывается к спине женщины, нижней части живота, паху, промежности. Возможными источниками тепла могут быть: бутылки с теплой водой, носок с нагретым рисом, теплый компресс (полотенце, смоченные в теплой воде и отжатое), электрогрелка или теплое одеяло. Следует соблюдать осторожность, чтобы избежать ожогов. Лицо, осуществляющее уход, должно проверить источник тепла на своей коже и поместить один или два слоя ткани между кожей женщины и горячей упаковкой. В дополнение к тому, что тепло используется для облегчения боли, оно также применяется для облегчения озноба или дрожи, уменьшения жесткости суставов, уменьшения мышечного спазма и увеличения растяжимости соединительной ткани [125–127].

5. Холод [128]. Холодные пакеты могут быть приложены к нижней части спины, когда женщина испытывает боль в спине. Возможные источники холода: мешок или хирургическая перчатка, заполненные льдом, замороженный пакет геля, пластиковая бутылка, наполненная льдом, банки с газированной водой, охлажденные во льду. Необходимо поместить один или два слоя ткани между кожей женщины и холодной упаковкой. Холодные компрессы на промежность могут использоваться периодически в течение нескольких дней после родов [129].

6. Техники релаксации, включая постепенное мышечное расслабление и дыхательные методики [3]. Техники йоги для расслабления, дыхания и положения, используемые на антенатальном этапе уменьшают чувство тревоги по поводу родов [130, 131]. Применение йоги во время родов может уменьшить боль, повысить удовлетворенность родами [39].

7. Душ [132] или погружение в воду в первом периоде родов [133, 134]. Чтобы избежать повышения температуры тела женщины и потенциального увеличения риска для плода, температура воды должна быть как температура тела человека или немного выше (не больше 37°C) [135]. Длительное погружение (более двух часов) продлевает роды и замедляет сокращения матки, подавляя выработку окситоцина [136]. Медицинские противопоказания для погружения в воду: лихорадка, подозрение на инфекцию, патологический характер ЧСС плода, кровянистые выделения из половых путей и любые состояния, требующие постоянного мониторинга состояния плода. Доказательства пользы от погружения в воду во втором периоде родов ограничены. При этом нет никаких свидетельств увеличения побочных эффектов для новорожденного или женщины от родов в воду [133, 134]. Женщина, которая настаивает на родах в воду, должна быть

проинформирована о том, что преимущества и риски этого выбора не были изучены в достаточной степени [134].

8. Аудиоаналгезия (музыка, белый шум или окружающие звуки) [39, 137]. Способствует увеличению удовлетворенностью родами и снижению риска послеродовой депрессии [138].

10. Ароматерапия [139, 140], [141]. Эфирные масла являются сильнодействующими веществами и могут быть потенциально вредными при неправильном использовании [139–141]. Беременным женщинам следует избегать смешивания собственных эфирных масел. Процесс использования ароматерапии должен контролироваться специально обученным персоналом. Персонал больницы должен быть информирован об использовании ароматерапии для защиты от аллергической реакции у людей, чувствительных к эфирным маслам.

11. Гипноз. Может уменьшить использование фармакологических методов обезболивания во время родов. Не было выявлено влияния на удовлетворение от снижения боли [142]. Гипноз - это сфокусированная форма концентрации. Самогипноз - одна из форм гипноза, в которой сертифицированный специалист учит человека вызывать состояние измененного сознания. Основная цель при использовании самогипноза в родах - помочь женщине сохранить контроль, управляя тревогой и дискомфортом, вызывая целенаправленное состояние расслабления [143]. Следует отметить, что гипноз противопоказан людям с серьезными психологическими нарушениями или психозом в анамнезе. Других очевидных рисков или недостатков для использования гипноза в родах нет.

12. Внутривенные или подкожные инъекции стерильной воды при болях в пояснице или любой другой родовой боли [144]. Водные инъекции обычно состоят из четырех внутривенных или подкожных инъекций от 0,05 до 0,1 мл стерильной воды. Первые две точки локализуются над задними верхними подвздошными остями (там, где находятся правая и левая ямки ромба Михаэлиса). Две другие точки расположены на 3 см ниже и на 1 см медиальнее первых двух. Протерев место инъекции спиртовым шариком, вводится стерильная вода, и образуются четыре маленькие папулы. Инъекции должны делаться быстро, чтобы уменьшить длительность боли от самих инъекций. Пациентку следует предупредить о том, что в течение 30-60 секунд она будет испытывать жжение от инъекций. Через 2 минуты наступает облегчение боли, которое длится 1-2 часа [145]. Не было зарегистрировано никаких побочных эффектов, кроме временной боли при инъекции.

Нейроаксиальная анальгезия в родах

Показания к нейроаксиальной анальгезии в родах [146], [147].

- Артериальная гипертензия любой этиологии (преэклампсия, гипертоническая болезнь, симптоматические артериальные гипертензии).
- Роды у женщин с некоторыми видами соматических заболеваний (например, гипертоническая болезнь, пороки сердца (не все), заболевания органов дыхания – бронхиальная астма, почек - гломерулонефрит, высокая степень миопии, повышение внутричерепного давления и др.).
- Роды у женщин с антенатальной гибелью плода (в данном случае главным аспектом является психологическое состояние женщины).
- Роды у женщин с текущим или перенесенным венозным или артериальным тромбозом.
- Юные роженицы (моложе 18 лет).
- Непереносимые болезненные ощущения роженицы во время схваток (при оценке данного показания можно использовать визуально-аналоговую шкалу интенсивности боли).
- Аномалии родовой деятельности (врач-акушер-гинеколог должен учитывать влияние эпидуральной анальгезии на течение второго периода родов).
- Преждевременные роды.

Эпидуральная анальгезия предпочтительнее применения наркотических анальгетиков для обезболивания преждевременных родов из-за большей эффективности и меньшей токсичности.

Противопоказания к нейроаксиальной анальгезии в родах:

- Тяжелая гиповолемия (геморрагический шок, дегидратация).
- Нарушение свертывания крови в сторону гипокоагуляции (увеличение активированного частичного тромбопластинового времени > чем в 1,5 раза, увеличение международного нормализованного отношения > чем в 1,5 раза) и тромбоцитопении - < $70 \times 10^9/\text{л}$, приобретенные или врожденные коагулопатии. При тромбоцитопении от 70 до $100 \times 10^9/\text{л}$ и при отсутствии гипокоагуляции возможно применение только спинальной анальгезии (обязательно использование игл малого размера - 27-29 G).
- Гнойное поражение кожных покровов в месте пункции.
- Непереносимость местных анестетиков (непереносимость, как и анафилаксия для местных анестетиков амидной группы встречается крайне редко).
- Наличие фиксированного сердечного выброса у пациенток с искусственным водителем ритма сердца, стенозом аортального клапана, коарктацией аорты, выраженным

стенозом митрального клапана. В данной ситуации возможность проведения регионарной анальгезии оценивается индивидуально и согласуется с врачом-кардиохирургом, поскольку большое значение имеет степень компенсации нарушений гемодинамики, вызванных пороком.

- Тяжелая печеночная недостаточность (нарушение коагуляции и метаболизма местных анестетиков).
- Демиелинизирующие заболевания нервной системы и периферическая нейропатия (рассматриваются индивидуально).
- Татуировка в месте пункции.

Решение о возможности обезболивания родов методами нейроаксиальной анальгезии, а в дальнейшем и тактика ее проведения на всех этапах родов, определяется только совместно врачом-акушером-гинекологом и врачом-анестезиологом-реаниматологом с учетом всех факторов риска, особенностей течения родов и состояния плода. Проводит нейроаксиальную анальгезию врач-анестезиолог-реаниматолог.

Двигательная активность и вертикальное положение женщины во время первого периода родов уменьшает общую продолжительность родов, снижает риск кесарева сечения и не связано с неблагоприятным эффектом для матери и плода. Это достигается применением растворов местных анестетиков минимальной концентрации, при которой возможен анальгетический эффект (феномен дифференцированного блока) [148], [149].

Нейроаксиальные методы обезболивания родов могут сопровождаться удлинением второго периода родов [150], [151], [152], что связано с выраженным моторным блоком и для профилактики этого осложнения используются следующие технологии:

- При отсутствии острой гипоксии плода родоразрешение не форсируется до уменьшения степени моторного блока.
- Применяется постоянная инфузия местного анестетика в эпидуральное пространство.
- Уменьшается концентрация местного анестетика (может быть ослабление анальгетического эффекта) [148].

После окончания родов родильница должна в течение двух часов находиться в положении лежа, вставать и ходить можно только в сопровождении персонала. Это связано с возможным остаточным эффектом моторного блока и развитием ортостатической гипотонии.

Для безопасного применения эпидуральной анальгезии, а также других методов нейроаксиальной анальгезии, необходимо руководствоваться следующими принципами,

рекомендованными Американской ассоциацией анестезиологов.

1. Нейроаксиальная анальгезия/анестезия должна проводиться в местах, приспособленных для проведения реанимации и интенсивной терапии.
2. Нейроаксиальную анальгезию/анестезию должен проводить врач-анестезиолог-реаниматолог, имеющий соответствующую подготовку.
3. Пациентка должна быть осмотрена до процедуры, проведена оценка состояния женщины и плода совместно с врачом-акушером-гинекологом.
4. Обеспечение возможности проведения инфузионной терапии (катетеризация вены, готовность растворов).
5. Должен обеспечиваться мониторинг состояния матери и плода.
6. Персонал должен быть готов к проведению реанимации новорожденных.
7. Врач-анестезиолог-реаниматолог должен наблюдать за женщиной в течение всего периода нейроаксиальной анальгезии/анестезии и в послеродовом периоде.
8. Необходимо иметь все необходимое для лечения осложнений после проведения нейроаксиальной анальгезии/анестезии.

Безопасность нейроаксиальной анальгезии в родах для женщины и плода определяют следующие факторы:

- Компетентность врача-анестезиолога-реаниматолога в особенностях проведения нейроаксиальной анальгезии в родах.
- Компетентность врача-акушера-гинеколога в особенностях течения родов в условиях эпидуральной анальгезии.
- Современное техническое оснащение (иглы, катетеры, дозаторы, мониторы).
- Современные местные анестетики (бупивакаин**, ропивакаин**).
- Непрерывный мониторинг состояния женщины и плода.

Безопасность пациенток, получающих антикоагулянты (группа гепарина, АТХ: В01АВ) и/или дезагреганты (антиагреганты кроме гепарина, АТХ: В01АС), при проведении нейроаксиальной анестезии и инвазивных процедур (операции) в плановой ситуации зависит от соблюдения временных интервалов от момента последнего применения до начала процедуры. В экстренной ситуации необходимо использовать методы инактивации эффектов антикоагулянтов и дезагрегантов [153].

Системное медикаментозное обезболивание

Системные опиоиды обеспечивают небольшое или умеренное облегчение боли при родах. Обезболивание бывает неполным, временным, сопровождается седативным

действием и более эффективно в начале активных родов. Опиоиды могут быть неэффективными после открытия шейки матки более 7 см. Несмотря на их ограничения, временное ослабление боли в родах после приема опиоидов может быть полезной и удовлетворительной стратегией лечения боли для многих рожениц.

Ингаляционная аналгезия

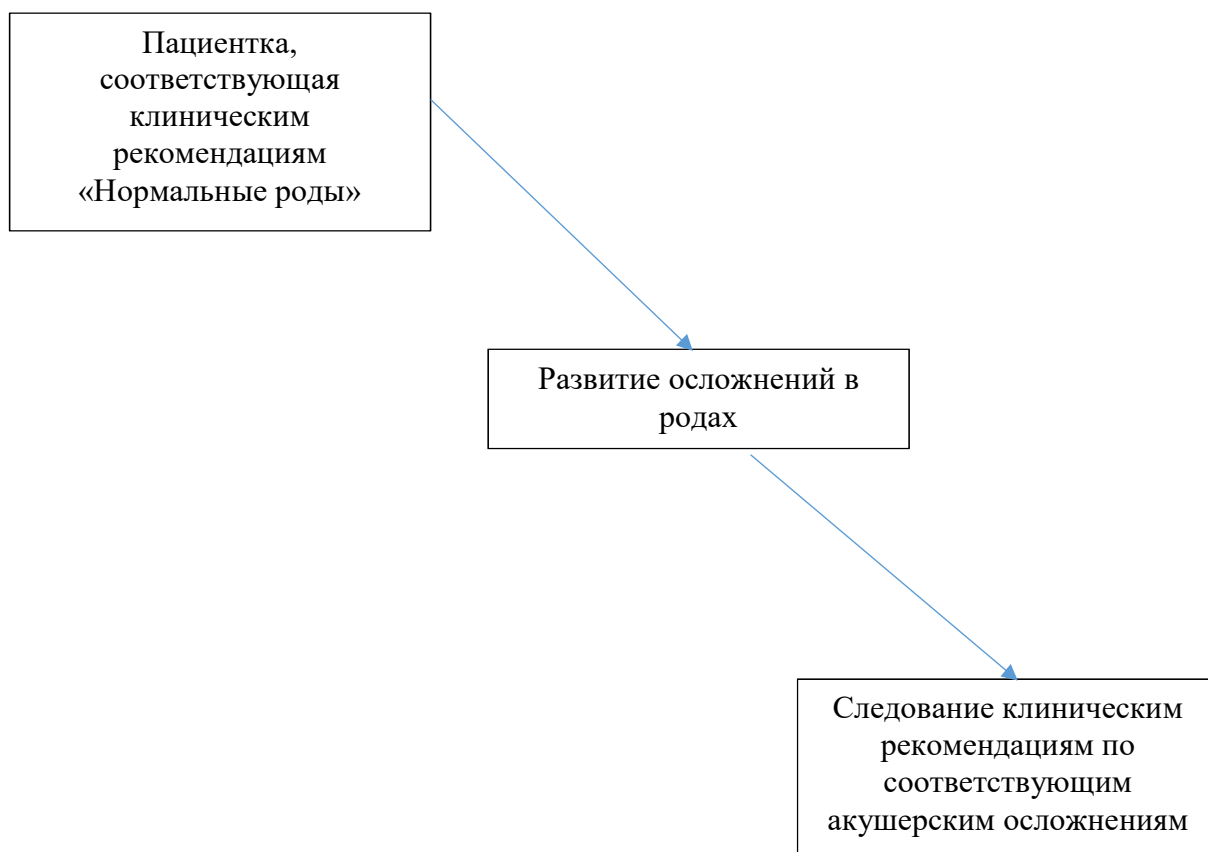
Ингаляционная аналгезия – это назначение субанестетических доз ингаляционных анестетиков для болеутоления в родах. Несмотря на то, что ингаляционные методы обеспечивают некоторый уровень аналгезии, его недостаточно для адекватного обезболивания родов у большинства женщин. Эти методы могут использоваться как дополнение при неудавшихся нейроаксиальных блокадах, либо при противопоказаниях к последним. Ингаляционная аналгезия может проводиться прерывистым (во время схваток) и постоянным методом. Ингаляционные методы можно использовать для аутоанестезии, но под присмотром врача-анестезиолога-реаниматолога для контроля уровня сознания и правильности использования оборудования.

Смесь N₂O/O₂ 50:50 используется много лет и как моноанестетик, и как адьювант при регионарных методах обезболивания родов. Связанные с этим побочные эффекты включают головокружение, тошноту, апатию и снижение контактности. Максимальный аналгетический эффект наступает через 45-60 с после начала ингаляции. Поэтому очень важно, чтобы роженица начинала ингаляцию при первых предвестниках схватки и заканчивала ее после пика сокращения матки. Отсутствие газосборников для выдыхаемых газов в предродовых палатах теоретически подвергает медперсонал риску продолжительного воздействия избыточных концентраций выдыхаемых анестетиков. Как выяснилось, вдыхание смеси закиси азота с кислородом в соотношении 50:50 не влияет на функции печени, почек, сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Аналгетический эффект закиси азота является дозозависимым, что обеспечивает некоторую эффективность при обезболивании родов.

#Севофлуран** также используют для обезболивания в родах. Вдыхаемая концентрация 0,8% приемлема для эффективной аналгезии в родах. #Севофлуран, в сравнении со смесью N₂O/O₂ 50:50, обеспечивает более высокий уровень аналгезии, но на фоне более выраженной седации. Он не проявляет выраженных побочных эффектов и удобен для рожениц [154], [155]. Использование парообразующих аналгетиков в родах ограничивается угнетением сознания, неприятным запахом и высокой стоимостью. Основная опасность при использовании парообразующих аналгетиков заключается в

случайной передозировке с потерей сознания и утратой рефлексов, защищающих дыхательные пути.

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В. Информация для пациента

Что такое нормальные роды?

Нормальные роды – это своевременные (в 37⁰ - 41⁶ недель беременности) роды одним плодом, начавшиеся самостоятельно, с низким риском акушерских осложнений к началу родов (при отсутствии преэклампсии, задержки роста плода, нарушения состояния плода, предлежания плаценты и других осложнений), прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился самопроизвольно в головном предлежании, после которых пациентка и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

Могут ли быть нормальные роды при наличии акушерских осложнений до родов?

В редких случаях роды могут быть нормальными при наличии некоторых акушерских осложнений до родов, например, преэклампсии, задержки роста плода без нарушения его состояния и др.

Как протекают роды?

Роды состоят из 3-х периодов.

Первый период родов - время от начала родов до полного раскрытия маточного зева. Этот период родов состоит из латентной и активной фазы. Латентная фаза характеризуется слабыми сокращениями матки (иногда болезненными) и медленным раскрытием шейки матки до 5 см. Эта фаза может длиться до 20 часов у первородящих женщин и до 14 часов у повторнородящих женщин. Активная фаза характеризуется регулярными болезненными сокращениями матки (схватками) и раскрытием шейки матки до полного раскрытия. Продолжительность активной фазы обычно не превышает 12 часов в первых родах и 10 часов в последующих родах. Схватки во время активной фазы происходят 1 раз в 2-3 минуты.

Второй период родов - время от полного раскрытия маточного зева до рождения ребенка. Во время этого периода пациентка ощущает сильное желание тужиться (потуги), которые возникают каждые 2-5 минут. Продолжительность второго периода родов при первых родах обычно составляет не более 3 часов, при повторных - не более 2 часов, но при использовании эпидуральной аналгезии продолжительность может быть на час больше.

Третий период родов - время от рождения ребенка до рождения последа. Обычно третий период родов завершается в течение 15 - 30 минут.

Как я должна вести себя во время родов?

При отсутствии противопоказаний во время родов, особенно в первом периоде, рекомендована активность и принятие удобной для Вас позы. Во время потуг также

поощряется свободное удобное для Вас положение, если это не мешает контролю состояния плода и оказанию пособия в родах.

Может ли мой партнер присутствовать при родах?

Присутствие партнера при родах поощряется в случае его (ее) подготовки к помощи и присутствию при родах.

Буду ли я испытывать боль во время родов?

Обычно роды сопровождаются болезненными ощущениями во время схваток (примерно 60 секунд) с последующим расслаблением. Необходимо правильно дышать и быть спокойной для минимизации болезненных ощущений.

Будут ли мне обезболены роды?

Первоначально рекомендуется применить немедикаментозные методы обезболивания родов, такие как правильная техника дыхания, использование мяча, массаж, теплые компрессы, холод на спину в случае болей в пояснице и другие, которые оказываются эффективными в большинстве случаев. При неэффективности немедикаментозных методов при Вашем желании, отсутствии противопоказаний и возможности медицинской организации может быть проведена эпидуральная анальгезия. Следует знать, что эпидуральная анальгезия ассоциирована с повышенным риском удлинения продолжительности родов.

Надо ли мне брить волосы на промежности до родов?

Нет, бритье волос на промежности не обязательно, и делается только по Вашему желанию.

Будет ли мне проведена очистительная клизма до родов?

Нет, очистительная клизма не обязательна, и может быть сделана только по Вашему желанию.

Какие вмешательства будут мне проводиться во время родов со стороны медицинского персонала?

Вам будет установлен венозный катетер (обычно в локтевую вену) с целью возможности быстрой помощи при кровотечении в случае его начала. Также Вам будут проводиться влагалищные исследования – при поступлении в стационар, затем каждые 4 часа в активную фазу первого периода родов и каждый час во время потуг, а также в случае наличия показаний, например, перед эпидуральной анальгезией или при излитии околоплодных вод, и после родов для оценки целостности родовых путей и зашивания разрывов в случае их выявления. Еще Вам будет проводиться пальпация плода (определение его положения через брюшную стенку) и аускультация плода (выслушивание

сердцебиения плода) при помощи акушерского стетоскопа, а в случае выявления каких-либо нарушений – кардиотокография (КТГ) плода. Возможно, потребуется проведение УЗИ плода при нарушении его состояния или для уточнения его положения. Сразу после рождения ребенка через венозный катетер Вам будут введены утеротоники для профилактики кровотечения.

Могу ли я есть и пить во время родов?

Во время родов рекомендован прием жидкости и при отсутствии противопоказаний - легкой пищи. При этом прием твердой пищи не рекомендован.

Смогу ли я пользоваться туалетом во время родов?

Во время родов Вам необходимо регулярно мочиться, и Вы можете пользоваться туалетом и душем при наличии данной возможности в медицинской организации. В противном случае Вам будет предоставлено индивидуальное судно.

Как провести профилактику разрывов родовых путей?

Для профилактики разрывов промежности и влагалища можно использовать пальцевой массаж промежности с гелем и теплый компресс на промежность, намоченной теплой водой (43°C), во втором периоде родов, который может быть проведен акушеркой при наличии возможности.

Что произойдет, когда ребенок родится?

Когда Ваш ребенок родится при отсутствии осложнений он будет положен Вам на живот для установления контакта кожа-к-коже, укрыт, и максимально рано приложен к груди. Вся дальнейшая обработка ребенка (взвешивание, закапывание глаз, обтирание, осмотр врача-неонатолога) будут проведены позже в родильном зале.

Когда будет перерезана пуповина?

При отсутствии противопоказаний показано отсроченное пересечение пуповины - не ранее 1 минуты и не позднее 3-х минут от момента рождения ребенка.

Как долго я пробуду в родильном отделении после родов?

Обычно время наблюдения в родильном отделении не превышает 2-х часов, после чего Вы с ребенком будете переведены в послеродовое отделение.

**Приложение Г1 - ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные
инструменты состояния пациента, приведенные в клинических
рекомендациях**

Не применимо