Нормальная беременность

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: Z32, Z33, Z34, Z35, Z36 · Российское общество акушеров-гинекологов

Нормальная беременность — одноплодная беременность без генетической патологии или пороков развития, продолжающаяся 37 0–41 6 недель и протекающая без акушерских и перинатальных осложнений. Рекомендация описывает подтверждение беременности, плановое обследование, наблюдение, профилактику осложнений и коррекцию обычных жалоб у беременных и женщин, планирующих беременность.

Главное

- Диагноз нормальной беременности устанавливают при визуализации в полости матки одного эмбриона или плода с сердцебиением и без пороков развития по данным УЗИ.
- Первый визит оптимален в 1-м триместре, до 10 недель; при неосложнённой беременности обычно требуется 5–7 посещений акушера-гинеколога.
- На первом и каждом последующем визите измеряют массу тела и рост, артериальное давление и пульс; после 20 недель определяют окружность живота и высоту дна матки и ведут гравидограмму.
- Рекомендованы скрининг I в 11 0–13 6 недель, скрининг II и УЗ-цервикометрия в 18 0–20 6 недель, а также УЗИ плода в 34 0–35 6 недель.
- Резус-отрицательной беременной с отрицательным уровнем антирезусных антител вводят иммуноглобулин человека антирезус Rho[D] внутримышечно в 28–30 недель в дозе по инструкции; после инвазивной пренатальной диагностики резус-отрицательной пациентке с отрицательным уровнем антител требуется дополнительное введение по инструкции.
- Фолиевую кислоту принимают по 400–800 мкг в сутки за 2–3 месяца до беременности и в течение первых 12 недель; йод — по 200 мкг в сутки за 2–3 месяца до беременности и всю беременность.
- Рутинно не назначают беременным с нормальным гемоглобином препараты железа, поливитамины при низком риске гиповитаминоза, омега-3, ретинол, витамины E и C; большие дозы витамина A более 10 000 МЕ могут оказывать тератогенный эффект.

Диагностика

1. Собирают анамнез на прегравидарном этапе или при первом визите: возраст, профессиональные вредности, вредные привычки, семейный и акушерский анамнез, заболевания, операции, аллергии, принимаемые препараты, сведения о партнёре и факторы риска ТЭО. УУР C, УДД 5.
2. Оценивают жалобы и выполняют общий и гинекологический осмотр, измеряют рост, массу тела, индекс массы тела, артериальное давление и пульс; пальпацию молочных желез проводят при первом визите, повторные гинекологические осмотры — только по показаниям. Для датирования беременности используют дату последней менструации и УЗИ; при расхождении с УЗИ в 11 0–13 6 недель ориентируются на УЗИ. УУР A для датирования срока, УДД 2.
3. На первом визите выполняют базовое обследование: общий анализ крови и мочи, определение группы крови AB0 и Rh-фактора, обследование на ВИЧ, HBsAg, антитела к HCV и сифилис, исследование ТТГ и АТ-ТПО, биохимический анализ крови, микроскопическое исследование влагалищных мазков, посев мочи на бессимптомную бактериурию и цитологическое исследование шейки матки.
4. В 11 0–13 6 недель проводят скрининг I: УЗИ плода, исследование свободной β-субъединицы ХГ и PAPP-A с программным расчётом рисков хромосомных аномалий, пороков развития, ЗРП, преждевременных родов и преэклампсии. УУР A, УДД 1.
5. В 18 0–20 6 недель выполняют скрининг II, оценку плаценты и околоплодных вод и УЗ-цервикометрию; в 34 0–35 6 недель — УЗИ для выявления поздно манифестирующих пороков, крупного или маловесного плода. УУР A, УДД 1.
6. ПГТТ с 75 г декстрозы проводят в 24 0–28 0 недель, если ранее не выявляли нарушения углеводного обмена или обследование на ранних сроках не проводилось; критерием ГСД является глюкоза венозной плазмы натощак ≥5,1 ммоль/л, но не более 7,0 ммоль/л, а при натощаковой глюкозе ≥7,0 ммоль/л проводят

дополнительное исследование для исключения или подтверждения манифестного сахарного диабета. УУР В для ПГТТ, УДД 2.

7. У резус-отрицательной женщины определяют антитела при первом визите, затем при их отсутствии — в 18 0–20 0 и 28 0 недель; в 35 0–37 0 недель обследуют вагинальный и ректальный материал на стрептококк группы В. УУР В, УДД 1.

Лечение

- При тошноте и рвоте используют дробное питание небольшими порциями; исключают жирные, жареные и острые блюда, шоколад, газированные напитки, кофе и крепкий чай. УУР А, УДД 1.
- При отсутствии эффекта от диеты и изменения образа жизни при изжоге назначают препараты с антацидным действием. УУР В, УДД 2.
- При запорах и геморрое увеличивают двигательную активность и добавляют пищевые волокна в рацион. УУР А, УДД 2.
- При варикозном расширении вен используют эластическую компрессию нижних конечностей. Дополнительно беременной пациентке может быть назначен комплекс упражнений, контрастный душ и правильный режим труда и отдыха; при выраженном расширении вен рекомендована консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга. УУР В, УДД 2 для эластической компрессии.
- При боли в спине сохраняют физическую активность, включая плавание и упражнения; при боли в лобке используют ортопедический бандаж и локтевые костыли при движении. УУР А, УДД 1 для активности при боли в спине; УУР С, УДД 5 для бандажа и костылей.
- Беременным с высоким риском гиповитаминоза витамина D назначают колекальциферол 500–1000 МЕ в сутки на протяжении беременности; по инструкции 500 МЕ используют в 1–2 триместрах, с 28 недель возможно 1000 МЕ. УУР В, УДД 1.
- В сезон гриппа применяют трёх- или четырёхвалентные инактивированные вакцины без консервантов: во 2–3 триместрах, а в группе повышенного риска — с 1-го триместра. Вакцинацию против COVID-19 проводят согласно инструкции к вакцине и нормативным документам.
- Беременным не проводят вакцинацию вирусными вакцинами, содержащими аттенуированные штаммы; инактивированные вакцины, генно-инженерные вакцины и анатоксины допустимы при высоком риске инфицирования. При случайном введении живой вакцины искусственное прерывание беременности не рекомендуют.

Когда направить и как наблюдать

- Основные показания к госпитализации при нормально протекающей беременности — родоразрешение и лечебно-профилактические мероприятия по изосенсибилизации, проводимые до 36 недель в условиях дневного стационара. Показаниями также являются развитие родовой деятельности, излитие или подтекание околоплодных вод, кровяные выделения из половых путей, свидетельствующие об угрозе выкидыша, признаки угрожающих преждевременных родов, ПОНРП или ИЦН.
- При рвоте более 10 раз в сутки и потере более 3 кг за 1–1,5 недели при отсутствии эффекта лечения требуется госпитализация.
- Госпитализация показана при однократном диастолическом АД ≥110 мм рт. ст., двукратном диастолическом АД ≥90 мм рт. ст. с интервалом не менее 4 часов, систолическом АД ≥160 мм рт. ст., протеинурии 1+ или симптомах полиорганной недостаточности.
- В стационар направляют при хориоамнионите, ЗРП 2–3 степени, нарушении функционального состояния плода по данным допплерометрии или КТГ, внутриутробной гибели плода, остром животе либо остром инфекционном или воспалительном заболевании.
- При субъективном снижении активности и/или частоты шевелений плода пациентке следует незамедлительно обратиться в специализированный стационар или женскую консультацию для дополнительного обследования.

Частые вопросы

Как отличить физиологическую тошноту и рвоту от опасной?

При нормальной беременности рвота обычно бывает не чаще 2–3 раз в сутки, чаще натощак, не нарушает общее состояние и обычно проходит к 16–20 неделям.

Когда и в какой дозе назначать фолиевую кислоту?

Её принимают внутрь по 400–800 мкг в сутки за 2–3 месяца до беременности и в течение первых 12 недель. Доза зависит от риска дефектов нервной трубки.

Когда беременной нужен ПГТТ?

ПГТТ с 75 г декстрозы проводят в 24 0–28 0 недель, если ранее не выявляли нарушений углеводного обмена или раннее обследование не выполнялось. При глюкозе венозной плазмы натощак ≥7,0 ммоль/л проводят дополнительное исследование для подтверждения или исключения манифестного сахарного диабета.

Как проводить профилактику резус-изоиммунизации?

Резус-отрицательной беременной с отрицательным уровнем антирезусных антител вводят иммуноглобулин человека антирезус Rho[D] в 28–30 недель в дозе по инструкции. При резус-отрицательной принадлежности крови партнёра или плода введение в 28–30 недель не проводится.

Какие обследования входят в основные сроки пренатального скрининга?

В 18 0–20 6 недель выполняют скрининг II и УЗ-цервикометрию, а в 34 0–35 6 недель — УЗИ плода для выявления поздних пороков и оценки размеров плода.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/288-normalnaya-beremennost. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/288_2