**Нормальная беременность**

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

**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.

- 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. 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. Запоры связаны с нарушением пассажа по толстой кишке и характеризуются частотой стула менее 3-х раз в неделю.

- Примерно 8 - 10% женщин заболевают геморроем во время каждой беременности. 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. 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

- 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. 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.

- Синдром запястного канала (карпальный туннельный синдром) во время беременности возникает в 21 - 62% случаев в результате сдавления срединного нерва в запястном канале и характеризуется ощущением покалывания, жгучей болью, онемением руки, а также снижением чувствительности и моторной функции кисти.

**Лабораторные диагностические исследования**

-  при явке в 1-м триместре беременности - исследование уровня хорионического гонадотропина (ХГ) в сыворотке крови, или исследование мочи на ХГ (при невозможности исследования крови) при невозможности ультразвукового исследования с целью диагностики беременности;

-   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 M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ1/2 и антигена p24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24)

-  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 B (Hepatitis B virus) в крови или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита B (Hepatitis B virus) в крови

-  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 M и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита C (Hepatitis C virus) в крови

-  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

- 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 M (IgM) к вирусу краснухи (Rubella virus) в крови

-   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

-  однократно при 1-м визите (при отсутствии исследования на прегравидарном этапе) на определение основных групп по системе AB0 и антигена D системы Резус (резус-фактор)

-  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

-  при 1-м визите на анализ крови биохимический общетерапевтический

-  на дополнительное исследование уровня глюкозы в крови при выявлении уровня глюкозы венозной крови натощак  7,0 ммоль/л с целью исключения/подтверждения манифестного сахарного диабета

-  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

-  однократно при 1-м визите на исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови и определение содержания антител к тиреопероксидазе (АТ-ТПО)

- 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

-  определение белка в моче у беременной пациентки после 22 недель беременности во время каждого визита

-   цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала) с целью скрининга рака шейки матки

-  при 1-м визите на микробиологическое (культуральное) исследование мочи на бактериальные патогены с применением автоматизированного посева с целью выявления бессимптомной бактериурии

-  в 350 - 370 недель беременности на бактериологическое исследование вагинального отделяемого и ректального отделяемого на стрептококк группы B (S. agalactiae) или определение ДНК стрептококка группы B (S.agalactiae) во влагалищном мазке и ректальном мазке методом ПЦР

-  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 A, связанного с беременностью, в крови (PAPP-A), ультразвуковое скрининговое исследование по оценке антенатального развития плода с целью выявления хромосомных аномалий (ХА), пороков развития, рисков ЗРП, ПР, ПЭ (скрининг I)

**Инструментальные диагностические исследования**

-  при 1-м визите в 1-м триместре беременности и сроке задержки менструации  7 дней 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

-  в 110 - 136 недель беременности УЗИ плода в медицинскую организацию, осуществляющую экспертный уровень пренатальной диагностики, с целью определения срока беременности, проведения скрининга 1-го триместра, диагностики многоплодной беременности

-  при 1-м визите и в 3-м триместре регистрация электрокардиограммы

-  аускультация плода (определение частоты сердцебиения (ЧСС) плода) с помощью фетального допплера (анализатора допплеровского 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

-  в 180 - 206 недель беременности ультразвуковое скрининговое исследование по оценке антенатального развития плода с целью выявления ХА, пороков развития, рисков ЗРП, ПР, ПЭ (скрининг II)

-  в 340 - 356 недели беременности УЗИ плода с целью диагностики поздно манифестирующих пороков развития плода, крупного или маловесного плода

-  с 320 недель беременности с кратностью 1 раз в 2 недели КТГ плода

**Немедикаментозные методы коррекции жалоб, возникающих во время нормальной беременности**

Диета при жалобах на тошноту и рвоту  включает: дробное питание, малыми порциями, исключение из рациона жирных, жареных блюд, шоколада, острых блюд, газированных напитков, кофе, крепкого чая.

При жалобах на изжогу рекомендовано: избегать положений тела, способствующих возникновению изжоги, соблюдение диеты, ношение свободной одежды, не давящей на область желудка.

 При жалобах на запоры и геморрой: увеличить двигательную активность и добавить пищевые волокна (продукты растительного происхождения) в рацион питания.

Рекомендована эластическая компрессия нижних конечностей при жалобах на варикозное расширение вен нижних конечностей. 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.

При жалобах на боль в спине рекомендовано соблюдать режим физической активности. Соблюдение режима физической активности включает плавание и физические упражнения. При жалобах на боль в лобке рекомендовано ношение специального ортопедического бандажа и использование локтевых костылей при движении.

**Назначение витаминов и микроэлементов**

-  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

-  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

-  приём иных витаминов микроэлементов и биодобавок не рекомендован без индивидуального назначения врача для пациенток группы высокого риска гиповитаминоза.

**Правильное питание.**

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

Рекомендованы отказ от потребления рыбы, богатой метилртутью, снижение потребления пищи, богатой витамином A (например, говяжьей, куриной утиной печени и продуктов из нее) с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений Большое потребление рыбы, богатой метилртутью (например, тунец, акула, рыба-меч, макрель), может вызвать нарушение развития плода.

Также рекомендуются отказ от вегетарианства  и снижение потребления кофеина. Желательно исключить потребление непастеризованного молока, созревших мягких сыров, паштета и плохо термически обработанных мяса и яиц, так как эти продукты являются источниками листериоза и сальмонеллеза

**Рекомендации по исключению факторов риска для профилактики осложнений беременности**

-  необходима нормализация массы тела на прегравидарном этапе и правильная прибавке массы тела во время беременности в зависимости от исходного ИМТ с целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений

-  отказ 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

-  отказ от работы, связанной с воздействием рентгеновского излучения

-  регулярная умеренная физическая нагрузка (20 - 30 минут в день)

-  избегание 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)

-  пациенткам, планирующим длительный авиаперелет,  необходимы меры профилактики ТЭО, такие как ходьба по салону самолета, обильное питье, исключение алкоголя и кофеина, и ношение компрессионного трикотажа на время полета

-  правильное использование ремня безопасности в автомобиле (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)

-  отказ от курения и алкоголя

**Клинические симптомы, требующие незамедлительного обращения к врачу акушеру-гинекологу**

-  Кровяные выделения из половых путей, свидетельствующие об угрозе выкидыша.

-  Рвота беременных > 10 раз в сутки и потеря массы тела > 3 кг за 1 - 1,5 недели при отсутствии эффекта от проводимой терапии.

-  Однократное повышение диастолического АД  110 мм рт. ст. или двукратное повышение диастолического АД  90 мм рт. ст. с интервалом не менее 4 часов.

- Повышение систолического АД  160 мм рт. ст.

-   Симптомы полиорганной недостаточности (головная боль, нарушения зрения, боли в эпигастрии, рвота, симптомы поражения печени, олиго\анурия, нарушения сознания, судороги, гиперрефлексия).

-  Нарушение функционального состояния плода по данным допплерометрии и КТГ.

-  Излитие или подтекание околоплодных вод.

-  Развитие родовой деятельности.

**Вакцинация на прегравидарном этапе и во время беременности**

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 ее наступления.

Вакцинация от гепатита B проводится трехкратно по схеме 0 - 1 - 6 месяцев. При подготовке к планируемой беременности вакцинацию от гепатита B следует начинать не позднее чем за 7 месяцев до ее 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. 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).

Вакцинировать беременную пациентку от полиомиелита, гепатита A и B, 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. При проведении вакцинации против вирусного гепатита B используются вакцины, не содержащие консерванты.

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. 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.

- Не рекомендовано искусственное прерывание беременности при непреднамеренном введении вирусных вакцин, содержащих 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.