Приложение № 2

УТВЕРЖДЕНО

Приказом Минздрава России

10.02.2003 № 50

СХЕМЫ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ

Динамическому наблюдению подлежат все беременные, начиная с первой явки по поводу беременности, и родильницы.

При физиологическом течении беременности практически здоровой женщине рекомендуется повторно посетить врача акушера-гинеколога с результатами анализов и заключениями врачей через 7-10 дней после первого обращения, а затем 1 раз в месяц до 28 нед. беременности; после 28 нед. беременности 2 раза в месяц. Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом может быть установлена до 6-8 раз (до 12 нед., 16 нед, 20 нед, 28 нед, 32-33 нед, 36-37 нед) при условии регулярного наблюдения специально подготовленной акушеркой.

При выявлении соматической или акушерской патологии частота посещений врача акушера-гинеколога возрастает.

Объем обследования беременных с акушерской, экстрагенитальной патологией и наличием факторов риска включает также перечень исследований, указанный при физиологической беременности.

В последующих разделах приведены согласно диагнозу частота наблюдения врачом акушером-гинекологом, осмотр других специалистов, лабораторные и другие исследования, основные лечебно-оздоровительные мероприятия, показания к госпитализации.

Схемы динамического наблюдения беременных и родильниц

Диагноз	Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Показания к госпитализации
I. Физиологическая беременность					
	За время беременности 10 раз: после первого осмотра явка через 7-10 дней с анализами, заключением терапевта и	Терапевт - 2 раза; окулист, отоларинголог, стоматолог - 1 раз при первой явке, в дальнейшем - по показаниям;	Клинический анализ крови 3 раза (при первом посещении, при сроке 18 и 30 нед.); анализ мочи при каждом посещении;	Гигиена беременной; режим труда и отдыха; диета; физио-психопрофилак-тическая подготовка к родам;	

	других специалистов; в дальнейшем - 1 раз в месяц до 28 нед., 2 раза в месяц - после 28 нед. беременности. Частота наблюдений может быть 6-8 раз при наблюдении акушеркой каждые 2 недели, после 37 нед. - каждые 7-10 дней. При выявлении патологии частота посещений врача акушера-гинеколога возрастает.	другие специалисты - по показаниям	микроскопическое исследование отделяемого влагалища 2 раза (при первом посещении и сроке 30 нед.); группа крови и Rh-фактор; при резус-отрицательной принадлежности - обследование мужа на групповую и Rh-принадлежность; анализ крови на RW - 3 раза (при первом посещении, сроке 30 нед., за 2-3 нед. до родов); анализ крови на ВИЧ - 2 раза (при первом посещении и сроке 30 нед.); УЗИ - 3 раза (при сроке 10-14 нед., 20-24 нед., 32-34 нед.). Исследование крови на АФП, ХГЧ в 16-20 нед. При первом посещении рекомендуется обследование на наличие возбудителей TORCH-комплекса и носительство вирусов гепатита В и С (тест на гепатит В и С повторяется в III триместре). Тест шевеления плода с 28 нед.; оформление гравидограммы при каждом посещении.	ультрафиолетовое облучение; витаминотерапия; профилактика йоддефицитных состояний; бандаж	
II. Беременность патологическая (акушерская патология)					
Рвота беременных:- легкая или умеренная	1 раз в 10 дней	То же	Контроль за массой тела, диурезом, АД. Клинический анализ крови, гематокрит; ацетон и кетоновые тела в моче - 1 раз в 2 нед.; биохимический анализ крови (общий белок, билирубин, прямой и непрямой, электролиты - Na, К, С1, глюкоза, креатинин) - 1 раз, по	Диета (частое, дробное питание без ограничения жидкости); психотерапия, витамины, антигистаминные препараты, противорвотные и седативные средства	Отсутствие эффекта от амбулаторного лечения

			показаниям - чаще		
- неукротимая или тяжелая	-	-	-	-	Обследование и лечение в стационаре
Отеки беременных	2 раза в неделю. По исчезновении отеков - 1 раз в 1 нед.	То же	Контроль за массой тела, диурезом, АД. Клинический анализ крови; анализ мочи – 1 раз в 1 нед.; анализ суточной мочи на белок, исследование мочи по Нечипоренко, Зимницкому. Другие исследования - по показаниям.	Диета с ограничением соли и свободной жидкости; лечебно-охранительный режим, режим в домашних условиях (стационар на дому); витаминотерапия, растительные мочегонные средства	Отсутствие эффекта от амбулаторного лечения
Протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности	-	-	-	-	Необходимость стационарного лечения
Невынашивание беременности:- вне беременности	В соответствии с графиком обследования	Эндокринолог, невропатолог, окулист, терапевт, генетик, физиотерапевт	Клинический анализ крови, мочи. Измерение ректальной температуры; гистеросальпингография на 18-20-й день менструального цикла с измерением диаметра истмуса; 17-КС на 5-й день цикла и на 4-й день повышения ректальной температуры; бактериологическое и вирусологическое исследование отделяемого и мазков из цервикального канала (цитомегаловирусная инфекция, генитальный герпес, хламидии, микоплазма) на 3-5-й день менструального цикла; исследование на TORCH-комплекс и Rh-принадлежность крови супругов, определение групповых и Rh-антител,		

			биохимический анализ крови (глюкоза, общий белок), гемостазиограмма; исследование крови на наличие волчаночного антикоагулянта (ВА) и антитела к ХГЧ, рентгенография черепа и турецкого седла по показаниям; гистероскопия (для выявления внутриматочных синехий); медико-генетическое обследование, УЗИ органов малого таза; спермограмма;.		
- вне беременности, обусловленное гиперандрогенией	То же	То же	Измерение ректальной температуры. Массо-ростовой коэффициент; определение уровня 17-КС в моче, дегидроэпиандростерона (ДЭА), эстрадиола, ЛГ, ФСГ, пролактина, тестостерона, 17-гидроксипрогестерона в крови на 5-8-й день менструального цикла и II фазе - уровень эстрадиола и прогестерона; УЗИ органов малого таза. По показаниям - рентгенография черепа, турецкого седла; электроэнцефалограмма; поля зрения; тест на толерантность к глюкозе; медико-генетическое обследование; дифференциально-диагностические гормональные пробы для определения формы гиперандрогении	Медикаментозное лечение в зависимости от клинико-патогенетических форм гиперандрогении. При гиперандрогении надпочечникового генеза – глюкокортикоидная терапия с 1-го дня менструального цикла и продолжается в течение беременности. Доза подбирается под контролем 17-КС в моче (не более 0,5 мг дексаметазона). При яичниковой форме гиперандрогении – гестагены во II фазу менструального цикла в течение 2-3 циклов, стимуляция овуляции и глюкокортикоиды в индивидуальном режиме. При смешанной форме гиперандрогении – нормализация обменных процессов (снижение веса, при ожирении), гестагены во II	

				фазу менструального цикла в течение 2-3 циклов, глюкокортикоидная терапия в индивидуальном режиме.	
- во время беременности: I триместр (до 12 нед.)	1 раз в 2 нед. с обязательным влагалищным исследованием и осмотром шейки матки в зеркалах	Генетик, эндокринолог, физиотерапевт - по показаниям	Клинический анализ крови, мочи. Измерение ректальной температуры до 11 нед., исследование в моче ХГЧ - 1 раз в 2 нед., 17-КС в моче - 1 раз в 1 -2 нед. ДЭА в крови. Анализ крови на Rh-групповые антитела; бактериологическое и вирусологическое исследование отделяемого и мазков из цервикального канала, гемостазиограмма, исследование крови на ВА и антитела к ХГЧ, биохимический анализ крови (общий белок, глюкоза). УЗИ матки.	Спазмолитические препараты; по показаниям - глюкокортикоиды в течение всего триместра беременности под контролем экскреции 17-КС в моче; гестагены с 7-8 нед. при яичниковой и смешанной форме гиперандрогении и наступлении беременности после стимуляции овуляции; физиотерапия; иглорефлексотерапия; иммуноцитотерапия (лимфоцитами мужа). По показаниям при хроническом вирусоносительстве иммуноглобулин 3 раза через день в/в кап.	Угроза прерывания беременности
II триместр (до 28 нед.)	То же	То же	УЗИ при сроке 20-24 нед. Гемостазиогармма. Исследование крови на ВА и антитела к ХГЧ. При наличии ВА и анти-ХГЧ - гемостазиограмма 1 раз в 2-3 нед. При гиперандрогении: исследование в моче 17-КС - 1 раз в 2 нед.; тонусометрия матки. Биохимический анализ крови (общий белок, глюкоза). Осмотр шейки матки с 12 нед. каждые 2 нед.	Спазмолитические препараты; по показаниям - глюкокортикоиды под контролем экскреции 17-КС в моче (при яичниковой форме гиперандрогении до 20 нед., при надпочечниковой или сочетанной формах продолжить в III триместре; при угрозе выкидыша - продолжить независимо от формы гиперандрогении); физиотерапия; -миметики (партусистен, бриканил, сальбутамол, фенотерол); курс профилактической терапии плацентарной недостаточности с 18 нед. При наличии ВА под	Хирургическая коррекция при выявлении истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) до 26 нед. беременности; угроза прерывания беременности

				контролем гемостазиограммы антиагреганты и/или антикоагулянты; иммуноглобулин 3 раза через день в/в кап. при хронической вирусной инфекции	
III триместр (с 28 нед.)	1 раз в 10 дней	Терапевт – по показаниям	УЗИ при сроке 32-34 нед. КТГ, допплерометрия в динамике. Гемостазиограмма. При гиперандрогении - 17-КС в моче. Рентгенопельвиометрия после 38 нед. Механогистерография, тонусометрия матки по показаниям	Спазмолитическая терапия; по показаниям, глюкокортикоиды до 36 нед.; -миметики; физиотерапия; иглорефлексотерапия; курс профилактической терапии плацентарной недостаточности при сроке 32-34 нед., человеческий иммуноглобулин 3 раза через день в/в кап.	Угроза преждевременных родов, подозрение на излитие околоплодных вод, плацентарная недостаточность
- вне беременности, обусловленное инфекционным генезом	То же	То же	Микроскопическое исследование отделяемого влагалища; бактериологическое и вирусологическое исследование отделяемого и мазков из цервикального канала (цитомегаловирусная инфекция, генитальный герпес, хламидии, микоплазма); вирусурия; исследование крови на иммунный и интерфероновый статус; гистохимическое исследование лимфоцитов крови.	Антибактериальная терапия в сочетании с энзимотерапией (вобэнзим, флогензим) с 1 по 7 день менструального цикла с одновременным и аналогичным лечением мужа; с 7-го дня цикла в течение 2-х нед. прием иммуномодулирующих препаратов и индукторов интерферона (имунофан в/м через день №10); при недостаточном эффекте терапии или при сочетании с аутоиммунными нарушениями применение плазмафереза или эндоваскулярное лазерное облучение крови.	То же
во время беременности: I триместр	1 раз в 2 нед.	То же	Дополнительно к объему рутинного обследования: бактериологический и бактериоскопический мониторинг отделяемого влагалища и цервикального	Комплексы метаболической терапии 1 раз в 10 дней; иммуноглобулин в/в кап. 3 раза через день; иммуноцитотерапия лимфоцитами мужа	То же

			канала 1 раз в 2-3 нед.; исследование отделяемого из цервикального канала на наличие указанных выше вирусов.		
- II триместр	То же	То же	Контроль за состоянием шейки матки каждые 2 нед.; при угрозе прерывания беременности или при коррекции ИЦН - микроскопический и бактериологический мониторинг отделяемого и мазков из влагалища и цервикального канала 1 раз; при отсутствии угрозы или коррекции ИЦН – 1 раз в 2-3 нед.; вирусологическое исследование отделяемого цервикального канала; определение специфических антител к вирусам ЦМВ и ВПГ; исследование в крови АФП, ХГЧ, эстриола и 17 ОП в 16-20 нед.	Своевременная коррекция истмико-цервикальной недостаточности; антибактериальная и энзимотерапия по показаниям; комплексы метаболической терапии с интервалом в 10 дней; иммуноглобулин в/в кап 3 раза через день: противовирусные препараты (виферон, интерферон альфа-2 1 св. 2 раза в течение 10 дней), неспецифические иммуностимуляторы (женьшень, элеутерококк); профилактика плацентарной недостаточности. Санация влагалища по показаниям с использованием эубиотиков.	
- III триместр	То же	То же	Бактериоскопическое исследование отделяемого влагалища 1 раз в 2 нед.; бактериологическое и вирусологическое исследование отделяемого и мазков из цервикального канала 1 раз в 2 нед.; определение специфических антител к ЦМВ и ВПГ; противоспалительные цитокины в крови и слизи из цервикального канала (по показаниям). УЗИ плода, допплерометрия и КТГ в	Комплекс метаболической терапии через 10 дней; иммуноглобулин в/в кап 3 раза через день; противовирусные препараты (свечи виферона 1 раз ежедневно в течение 10 дней) профилактика плацентарной недостаточности. Санация влагалища (по показаниям). Плазмаферез.	То же

			динамике.		
- вне беременности, обусловленное аутоиммунным генезом	То же	То же	Дополнительно к общеклиническому обследованию: гемостазиограмма (ТЭГ, агрегация тромбоцитов, растворимые комплексы мономеров фибрина, продукт деградации фибрина); исследование крови на наличие волчаночного антикоагулянта, антитела к ХГЧ, антитиреоидные антитела	При нарушении гемостазиограммы - антиагрегантная и антикоагулянтная терапия в индивидуальных дозах под контролем показателей гемостазиограммы; энзимотерапия; плазмаферез.	То же
- во время беременности:- I триместр	1 раз в нед.	То же	Гемостазиограмма 1 раз в нед.; исследование крови на ВА и анти-ХГЧ антитела 1 раз в нед. (до подбора адекватной дозы глюкокортикоидов); антитиреоидные антитела по показаниям	Антиагрегантная и антикоагулянтная терапия по показаниям под контролем гемостазиограммы; глюкокортикоиды от 1 до 2-х табл.; системная энзимотерапия; плазмаферез; профилактика плацентарной недостаточности; иммуноглобулин в/в кап. 3 раза через день: комплексы метаболической терапии, санация влагалища по показаниям	Угроза выкидыша
- II триместр	1 раз в 2 нед.	То же	Гемостазиограмма 1 раз в 2 нед.; определение ВА и анти-ХГЧ антител при отклонении показателей гемостазиограммы от нормы. Микроскопическое, бактериоскопическое, бактериологическое, вирусологическое исследование отделяемого и мазков из цервикального канала 1 раз в месяц. УЗИ, допплерометрия в 20-24 нед.	То же	Тоже

			Определение в крови АФП, ХГЧ, эстриола и 17-ОП в 16-20 нед.; антитиреоидных антител (по показаниям)		
- III триместр	То же	То же	То же	То же	Угроза преждевременных родов
Переношенная беременность	1 раз в 4-5 дней в течение 8-10 дней после предполагаемого срока родов		Определение зрелости шейки матки. Амниоскопия. УЗИ, КТГ, допплерометрия после предполагаемого срока родов		Уточнение диагноза перенашивания беременности и решение вопроса о родоразрешении
Беременность у женщин с Rh(-) или АВ0 несовместимостью - без явлений сенсибилизации	В соответствии с графиком		Определение группы крови и Rh-фактора мужа. Анализ крови на Rh и групповые иммунные антитела 1 раз в 2 мес.	Неспецифическая десенсибилизирующая терапия при сроке 10-12, 24-25, 32-33 нед. При Rh (+) крови мужа введение иммуноглобулина анти-Rh в дозе 350 мг в/м в 28-30 нед. Повторное введение иммуноглобулина не позднее 48-72 часов после родов.	
- с явлениями сенсибилизации	2 раза в мес.	Генетик - по показаниям	Иммуногенетический анализ крови супругов на изоантигены Анализ крови на Rh и групповые иммунные антитела 1 раз в 1 мес. до 32 нед.; 2 раза в 1 мес. с 32 до 35 нед., затем еженедельно. УЗИ плода в сроки 10-14, 20-24, 32-34, 36-37 нед. КТГ, допплерометрия в динамике. Амниоцентез (по показаниям)	Неспецифическая десенсибилизирующая терапия при сроке 10-12, 24-25, 32-33 нед.; при выраженной сенсибилизации глюкокортикоиды ежедневно с 26-28 нед. Иммуноцитотерапия в 10-12 нед. и повторно через 4 месяца в зависимости от уровня титра Rh-антител.	Госпитализация в зависимости от сроков гибели плода с гемолитической болезнью при предыдущих родах, а также в 30-34 нед. с учетом титра Rh-антител, данных УЗИ о состоянии плода. Прерывание беременности вне зависимости от срока при тяжелой форме гемолитической болезни плода.
Предлежание	Не реже 1 раза в 2 нед. до 30	Терапевт	Гемостазиограмма. УЗИ плода	Ограничение физической	В 36-37 нед. для

плаценты без кровотечения, обнаруженное во время беременности	нед., затем еженедельно		1 раз в 1 мес.; КТГ, допплерометрия в динамике.	нагрузки; соблюдение режима труда и отдыха; витаминотерапия	обследования и решения вопроса о сроках родоразрешения
Многоводие	1 раз в 1 нед.	Терапевт, генетик, другие специалисты - по показаниям	Исследование на выявление сахарного диабета, резус-конфликта, хронической инфекции. Исследование плода для исключения врожденной и наследственной патологии (УЗИ, АФП, ХГЧ, эстриол, 17-ОП). УЗИ для определения объема амниотических вод. КТГ, допплерометрия в динамике. Рентгенопельвиометрия после 38 нед.	Диета гипохлоридная. Медикаментозная терапия (по показаниям)	Острое многоводие или его нарастание. Подозрение или наличие пороков развития плода
Узкий таз	В соответствии с графиком обследования		Рентгенопельвиометрия после 38 нед. УЗИ, КТГ, допплерометрия в динамике.		В 37-38 нед. для решения вопроса о родоразрешении
Неправильное положение плода, в т.ч. тазовое	После 30 нед. еженедельно		То же	Корригирующая гимнастика после 32-34 нед.	Госпитализация до родов
III. Беременность и экстрагенитальная патология					
Ревматические пороки сердца	2 раза в 1 мес., после 30 нед. 3-4 раза в 1 мес.	Срочная консультация терапевта и в дальнейшем динамическое наблюдение; ревматолог; по показаниям – другие специалисты	ЭКГ, рентгенологическое исследование органов грудной клетки (не ранее 10 нед.), УЗИ сердца; ревматические пробы (определение титра антигиалуронидазы, анти-О-стрептолизина, дифениламиновая проба, С-реактивный белок и др.); другие исследования - по показаниям. КТГ, допплерометрия в динамике	Специальная физическая подготовка к родам; соблюдение режима труда и отдыха с ограничением физической нагрузки, медикаментозная терапия по назначению терапевта, ревматолога	Уточнение диагноза и решение вопроса о возможности продолжения беременности при сроке до 10 нед., появление признаков декомпенсации (при любом сроке беременности); курс профилактической терапии при сроке 28-29 нед. и за 2-3 нед. до родов

Врожденные пороки сердца	То же	Срочная консультация терапевта, в дальнейшем – его динамическое наблюдение; консультация кардиолога, генетика	ЭКГ, УЗИ сердца; рентгенологическое исследование органов грудной клетки (не ранее 10 нед.); УЗИ плода в 20-24 нед.; КТГ, допплерометрия в динамике.	Соблюдение режима труда и отдыха с ограничением физической нагрузки; медикаментозная терапия по назначению терапевта	
Существовавшая ранее эссенциальная гипертензия	В соответствии с графиком	Срочная консультация терапевта и его наблюдение (в I половине беременности не реже 1 раза в 1 мес., во II половине - не реже 2 раз в 1 мес.). Окулист - 2-3 раза во время беременности, чаще - по показаниям. Другие специалисты по показаниям	Частота клинических анализов крови, мочи, повторная ЭКГ по назначению терапевта. Исследование глазного дна - 2-3 раза. УЗИ, КТГ, допплерометрия плода. Другие исследования и анализы – по показаниям	Медикаментозная терапия по назначению терапевта, соблюдение режима труда и отдыха с ограничением физической нагрузки; физиопсихопрофилактическая подготовка к родам с ограничением физической нагрузки; диета	Обследование и решение вопроса о сохранении беременности при наличии I-IIA стадии заболевания. Прерывание беременности или лечение при отказе женщины прервать беременность при наличии IIБ и III стадии заболевания. Отсутствие эффекта от амбулаторного лечения. Ухудшение состояния плода. Присоединение позднего гестоза беременных. Обследование при сроке 37-38 нед. для решения вопроса о родоразрешении
Острый миокардит	По показаниям	Срочная консультация терапевта, кардиолога	ЭКГ. Клинический анализ крови		Срочное обследование и лечение в терапевтическом отделении или в специализированном акушерском стационаре
Кардиомиопатия, миокардиодистрофия	То же	Консультация терапевта; кардиолога, эндокринолога –	ЭКГ, УЗИ сердца; рентгенологическое	Соблюдение режима труда и отдыха с ограничением	Уточнение диагноза и решение вопроса о

		по показаниям. Динамическое наблюдение терапевта (1-2 раза в 1 мес.)	исследование органов грудной клетки (не ранее 10 нед.). Частота клинического анализа крови - по назначению терапевта. Исследование тиреоидных гормонов в крови для исключения тиреотоксической кардиомиопатии	физической нагрузки; медикаментозная терапия по назначению терапевта; лечение заболевания, вызвавшего миокардиодистрофию	возможности пролонгирования беременности до 10 нед. – по назначению терапевта. Появление признаков декомпенсации (при любом сроке беременности), Курс профилактической терапии в 28-29 нед. и за 2-3 нед. до родов
Бронхиальная астма. Хронический бронхит. Хроническая пневмония	То же	Консультация терапевта. В дальнейшем динамическое наблюдение терапевта каждые 2 нед. Консультация пульмонолога (по показаниям).	Клинический анализ крови. Рентгеноскопия органов грудной клетки (по назначению терапевта). Бактериологический анализ мокроты	Соблюдение режима труда и отдыха. Профилактика простудных заболеваний. Медикаментозное лечение по назначению терапевта	Обострение заболевания
Анемия, осложняющая беременность	2 раза в 1 мес.	Терапевт - 1 раз в 2 нед. (до выздоровления или госпитализации); гематолог - по показаниям; другие специалисты -по показаниям	Клинический анализ крови - 1 раз в 1 мес. с подсчетом ретикулоцитов и тромбоцитов. Биохимический анализ крови (общий белок, сывороточное железо, билирубин); другие исследования по назначению терапевта	Диета, богатая белками, железом и витаминами, препараты, содержащие железо, витамины	Уточнение диагноза (характера анемии) в зависимости от общего состояния и гематологических показателей. Отсутствие эффекта от амбулаторного лечения
Инфекции мочевыводящих путей при беременности	2-3 раза в 1 мес.	Терапевт - 2 раза в 1 мес.; уролог (нефролог) и другие специалисты – по показаниям	Клинический анализ крови. Клинический и бактериологический анализ средней порции мочи, исследование мочи по Нечипоренко и Зимницкому, проба Реберга, общий белок, мочевина и креатинин крови. УЗИ почек. Диурез. (Частоту указанных исследований	Медикаментозная терапия по назначению терапевта, уролога	Уточнение диагноза, обострение или острый процесс; присоединение позднего гестоза, угроза прерывания беременности; гипотрофия плода. В 37-38 нед. для решения вопроса о

			устанавливает терапевт или уролог). Исследования глазного дна - по показаниям. УЗИ почек плода в 20-24 нед. КТГ, допплерометрия в динамике		родоразрешении
Сахарный диабет при беременности1	2 раза в 1 мес., до 30 нед., 3-4 раза после 30 нед.	Эндокринолог (при его отсутствии - терапевт) в порядке динамического наблюдения; окулист 2-3 раза; другие специалисты - по показаниям	Клинический анализ крови, мочи. Определение глюкозы в крови; глюкозы, ацетона в моче; глюкозы в суточной моче- 2-3 раза в 1 мес. Гликемический и глюкозурический профиль. Другие исследования по назначению эндокринолога или терапевта. Биохимический анализ крови (общий белок, креатинин, мочевина, холестерин, липопротеины, триглицериды, электролиты). Исследование мочи по Нечипоренко, Зимницкому, проба Реберга. Бактериологический посев мочи. Гемостазиограмма. Исследование глазного дна	Специальная диета. Медикаментозное лечение - под контролем эндокринолога и терапевта.	Решение вопроса о возможности сохранения беременности, нарушение компенсации сахарного диабета при любом сроке беременности, присоединение позднего гестоза. Уточнение диагноза в терапевтическом или специализированном стационаре
Инфекция половых путей при беременности 2	До 30 нед. - 2 раза в 1 мес.; после 30 нед. - 3-4 раза в 1 мес.	По показаниям.	Клинический анализ крови, мочи. Бактериоскопическое и бактериологическое исследование отделяемого из влагалища, цервикального канала, уретры. Серологическое исследование крови	Санация влагалища с последующим введением эубиотиков. Комплексы метаболической терапии. Комплексный иммуноглобулиновый препарат	Обследование и лечение
Обследованию подлежат беременные с отягощенной по сахарному диабету наследственностью; ожирением II—III—IV степени; жалобами на жажду, обильное питье, зуд наружных половых органов, потливость, фурункулез, повышенный аппетит и резкую слабость при данной беременности или в анамнезе; повторно беременные, рожавшие крупных детей (4 кг и более); глюкозурией, впервые выявленной во время данной беременности или установленной при предыдущих беременностях. При подозрении или выявлении гонореи или сифилиса беременную необходимо направить в кожно-венерологический диспансер для уточнения диагноза и лечения.					
Алкоголизм,	1 раз месяц	Врач психиатр-нарколог 1 раз	По показаниям	По рекомендации врача	По рекомендации

наркомания		в месяц		психиатра-нарколога	врача психиатра-нарколога
Поражения печени во время беременности	До 30 нед. 2 раза в 1 мес., после 30 нед. - 3-4 раза в 1 мес.	Терапевт в порядке динамического наблюдения (1 раз в 2-3 мес.). Консультация гастроэнтеролога, гепатолога	Клинический анализ крови, мочи, биохимическое исследование крови (общий белок, билирубин - прямой и непрямой, холестерин, глюкоза, креатинин); печеночные пробы, трансаминазы (лактатдегидрогеназа, щелочная фосфотаза, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза), гемостазиограмма, УЗИ печени, желчного пузыря и протоков	Соблюдение режима труда и отдыха, диета. Медикаментозная терапия по назначению терапевта или гепатолога	Обострение заболевания
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	До 30 нед. - 2 раза в 1 мес., после 30 нед. - каждые 2 нед.	Консультация гастроэнтеролога; осмотр терапевтом – 1 раз в 3 мес., по показаниям - чаще	Клинический анализ крови, анализ кала на скрытую кровь, по показаниям - гастродуоденоскопия.	Соблюдение режима труда и отдыха; диета. Медикаментозная терапия по назначению терапевта, гастроэнтеролога	То же
Тиреотоксикоз с зобом или без него	2 раза в 1 мес. в I и II триместре, после 30 нед. - еженедельно	Консультация терапевта, эндокринолога; в дальнейшем динамическое наблюдение 1 -2 раза в 1 мес. Консультация генетика	Исследование тиреоидных гормонов, белковосвязанного йода. Анализ крови с подсчетом тромбоцитов, гемостазиогармма 1 раз в триместр, ЭКГ(по назначению эндокринолога или терапевта); УЗИ плода в 20-24 нед. (по показаниям чаще), КТГ, допплерометрия в динамике.	Соблюдение режима труда и отдыха с ограничением физической и психической нагрузки, медикаментозная терапия по назначению терапевта, эндокринолога	В ранние сроки беременности для подбора корригирующей терапии и за 2 нед. до родов (при тиреотоксикозе средней степени в конце I триместра для решения вопроса об оперативном лечении). Обострение заболевания. Тяжелая степень заболевания.

Нетоксический узловой зоб	То же	То же	То же	Соблюдение режима труда и отдыха с ограничением физической и психологической нагрузки. Седативная терапия	
Приобретенный гипотиреоз	То же	То же	То же	Тиреоидные гормональные препараты в течение всей беременности с коррекцией дозы во II половине беременности под контролем тиреоидных гормонов	Обследование и лечение в ранние сроки беременности
Варикозное расширение вен нижних конечностей	По показаниям	Флеболог или сосудистый хирург - по показаниям	Клинический анализ крови с подсчетом тромбоцитов, гемостазиограмма. Осмотр в зеркалах стенок влагалища – при варикозе наружных половых органов. Пальпация вен. Цветная или дуплексная допплерография вен нижних конечностей	Бинтование эластичными бинтами или лечебные чулки (I-II класс компрессии). Мазевые/гелевые нестероидные противовоспалительные и антикоагулянтные препараты. Физиотерапия. При появлении жалоб (тяжесть в ногах, боли в области варикозных вен) – ангиопротекторы во II триместре беременности	Тромбофлебит; выраженный варикоз нижних конечностей, вульвы или стенок влагалища для решения вопроса о методе родоразрешения при сроке 37-38 нед.
Ожирение	2 раза в 1 мес. до 30 нед., 3-4 раза в 1 мес. после 30 нед., по показаниям - чаще	Консультация терапевта при I и II степени ожирения 2 раза, при необходимости чаще. При III степени – в порядке динамического наблюдения (1 раз в 1 мес.). Эндокринолог - 1 раз при первой явке, в дальнейшем - по показаниям; другие специалисты - по показаниям	Исследование на выявление сахарного диабета: глюкоза крови, сахарная кривая с нагрузкой – при первом обращении (при необходимости - по назначению эндокринолога - чаще). Исследование липидного спектра крови (холестерин, триглицериды, липопротеины низкой и высокой плотности). Гемостазиограмма. Диурез	Диета с ограничением жиров и углеводов, дробное 5-6-разовое питание; строгий контроль за прибавкой массы тела. Медикаментозная терапия по показаниям. Профилактика позднего гестоза, перенашивания, тромбогеморрагических осложнений, крупного плода	Признаки позднего гестоза
IV. Беременность и отдельные факторы риска					
Беременность у женщин 35 лет и старше	В I половину беременности 1-2 раза в 1 мес., после 20 нед. - 2 раза в 1 мес., после 30 нед. – 4	Консультация генетика вне беременности или в максимально ранние сроки	УЗИ плода, в 10-14, 20-24 нед., допплерометрия с 24 нед. в динамике. Исследование в	По назначению терапевта ЭКГ и др.	Необходимость проведения биопсии хориона или

	раза в 1 мес.		крови АФП, ХГЧ, эстриола и 17-ОП в 16-20 нед., КТГ в динамике после 32 нед. Цито-генетическая диагностика хромосомных болезней плода в 10-14 нед. или 20-24 нед. (в зависимости от времени обращения пациентки)		амниоцентеза. Решение вопроса о родоразрешении при сроке 37-38 нед.
- рождение детей с врожденными или наследственными заболеваниями в анамнезе	В соответствии с графиком	Консультация генетика вне беременности или в максимально ранние сроки для цитогенетического или молекулярно-генетического исследования. Другие специалисты - по показаниям	УЗИ плода в 10-14, 20-24 и 32-34 нед. Биопсия хориона или амниоцентез в 10-14 нед. Амниоцентез или кордоцентез в 20-24 нед. (по показаниям). Определение в крови матери или амниотической жидкости АФП и 17-ОП в 10-14 нед.; АФП, ХГЧ, эстриола, 17-ОП в 16-20 нед.	По назначению специалистов	При выявлении у плода врожденных или наследственных заболеваний госпитализация в любом сроке для прерывания беременности
Плацентарные нарушения	1 раз в нед.	Генетик - по показаниям	Клинический анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови (глюкоза, общий белок, креатинин), гемостазиограмма, АФП, ХГЧ, эстриол, ВА и антитела к ХГЧ. Бактерио-вирусологический анализ отделяемого из цервикального канала, УЗИ, КТГ и допплерометрия в динамике. Измерение стояния высоты дна матки и окружности живота.	Комплексы метаболической терапии, поливитамины, салицилаты, ангиопротекторы	Отсутствие эффекта от амбулаторного лечения
Крупный плод	В соответствии с графиком	Эндокринолог, другие специалисты – по показаниям	Исследование глюкозы в крови, УЗИ плода в 20-24 нед., 32-34 нед. и перед родами. Рентгенопельвиометрия после 38 нед. КТГ, допплерометрия в динамике.	Диета с ограничением углеводов	Решение вопроса о родоразрешении при сроке 37-38 нед.
Рубец на матке после кесарева сечения или миомэктомии	До 20 нед. беременности 1 раз в 3-4 нед. (по показаниям - чаще), с 20 до 28 нед. - 2 раза в	По показаниям	При корпоральном кесаревом сечении или рубце на передней стенке матки после	Ограничение физической нагрузки, при необходимости медикаментозная терапия	Срочная госпитализация при подозрении на

	1 мес.: после 28 нед. - не реже 1 раза в 7-10 дней		миомэктомии в анамнезе - обязательное УЗИ в 32-34 нед. для определения состояния рубца, КТГ, допплерометрия в динамике. Гемостазиограмма. Выписка из истории родов, закончившихся кесаревым сечением или миомэктомией с указанием локализации удаленных узлов и объема операции		несостоятельность рубца. Госпитализация в сроке 36-37 нед. для решения вопроса о родоразрешении.
Краснуха или контакт с больным краснухой	Осмотр в начале и конце заболевания. При контакте с краснухой – частота осмотров не меняется	Консультация инфекциониста	Определение титра антител к вирусу краснухи на 7-10-й день после начала заболевания или контакта с больным, повторить через 2 нед. При заболевании обязательно УЗИ плода в 10-14, 20-24 нед., в дальнейшем - по показаниям. Определение уровня АФП, ХГЧ, эстриола в 16-20 нед.; КТГ, допплерометрия в динамике.	При заболевании - прерывание беременности до 12 нед.; при сохранении беременности - лечение, направленное на ее сохранение	Для прерывания беременности
Беременность:- многоплодная	2 раза в 1 мес. до 28 нед., 1 раз в 7-10 дней после 28 нед.	Консультация терапевта 3 раза, другие специалисты – по показаниям	Клинический анализ крови (1 раз в 2 мес.). Определение в крови гематокрита, ретикулоцитов, сывороточного железа, общего белка, глюкозы, билирубина, мочевины; в 16-20 нед. - АФП, ХГЧ, эстриола и 17-ОП. Гемостазиограмма. Наружная гистерография или тонусометрия матки при сроке 18-19 и 30-31 нед. Контроль за состоянием шейки матки для выявления истмико-цервикальной недостаточности. УЗИ плодов, КТГ, допплерометрия в	Лечебно-охранительный режим, включающий расширение показаний для соблюдения постельного режима и временной нетрудоспособности. Обеспечение полноценного питания с преобладанием в пище белков животного происхождения. С 20 нед. в зависимости от тонуса матки назначение минидоз - адреномиметиков по 2-4 нед. с перерывом 1-2 нед.. Оральный прием железосодержащих препаратов с 16-20 нед. в течение 3 мес.	Госпитализация в сроке 36 нед. для решения вопроса о родоразрешении

			динамике.		
- у многорожавшей (при отсутствии патологии)	1 раз в 1 мес. до 20 нед., 2 раза в 1 мес. до 30 нед., 1 раз в 1 нед. после 30 нед.	Осмотр терапевтом в каждом триместре беременности, другие специалисты – по показаниям	Клинический анализ крови 1 раз в 1 мес. с определением гематокрита. Гемостазиограмма. Бактериологическое исследование мазков из зева, носа, цервикального канала	Ограничение физической нагрузки. Диета, богатая белками, железом и витаминами. Курс метаболической терапии в 20-21,30-31,37 нед.	После 37 нед. для подготовки к родам
- миома матки	До 20 нед. - 1 раз в 3-4нед.; с 20 нед. - 2-3 раза в 1 мес.	По показаниям	Клинический анализ крови 1 раз в 1 мес. при значительной величине миомы или неблагоприятной локализации. Гемостазиограмма. Исследование в крови АФП, ХГЧ и эстриола в 16-20 нед. УЗИ матки и плода, КТГ и допплерометрия в динамике.	Ограничение физической нагрузки. Спазмолитические средства в течение всей беременности, гестагены до 30-32 нед. Метаболическая терапия. По показаниям после 18 нед. -адреномиметики; иглорефлексотерапия	Появление боли в области миоматозного узла или быстрорастущая миома. Большие размеры миомы (10см и более), множественные узлы или их неблагоприятная локализация. Решение вопроса о сохранении беременности до 12 нед. Госпитализация в срок 37-38 нед. для решения вопроса о родоразрешении.