



Курганский  
областной  
перинатальный  
центр

# Прегравидарная подготовка. Ведение нормальной беременности.

Клинический ординатор: Сурмава В.З.

Курган 2024г.



**MARC**

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ  
АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ  
РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

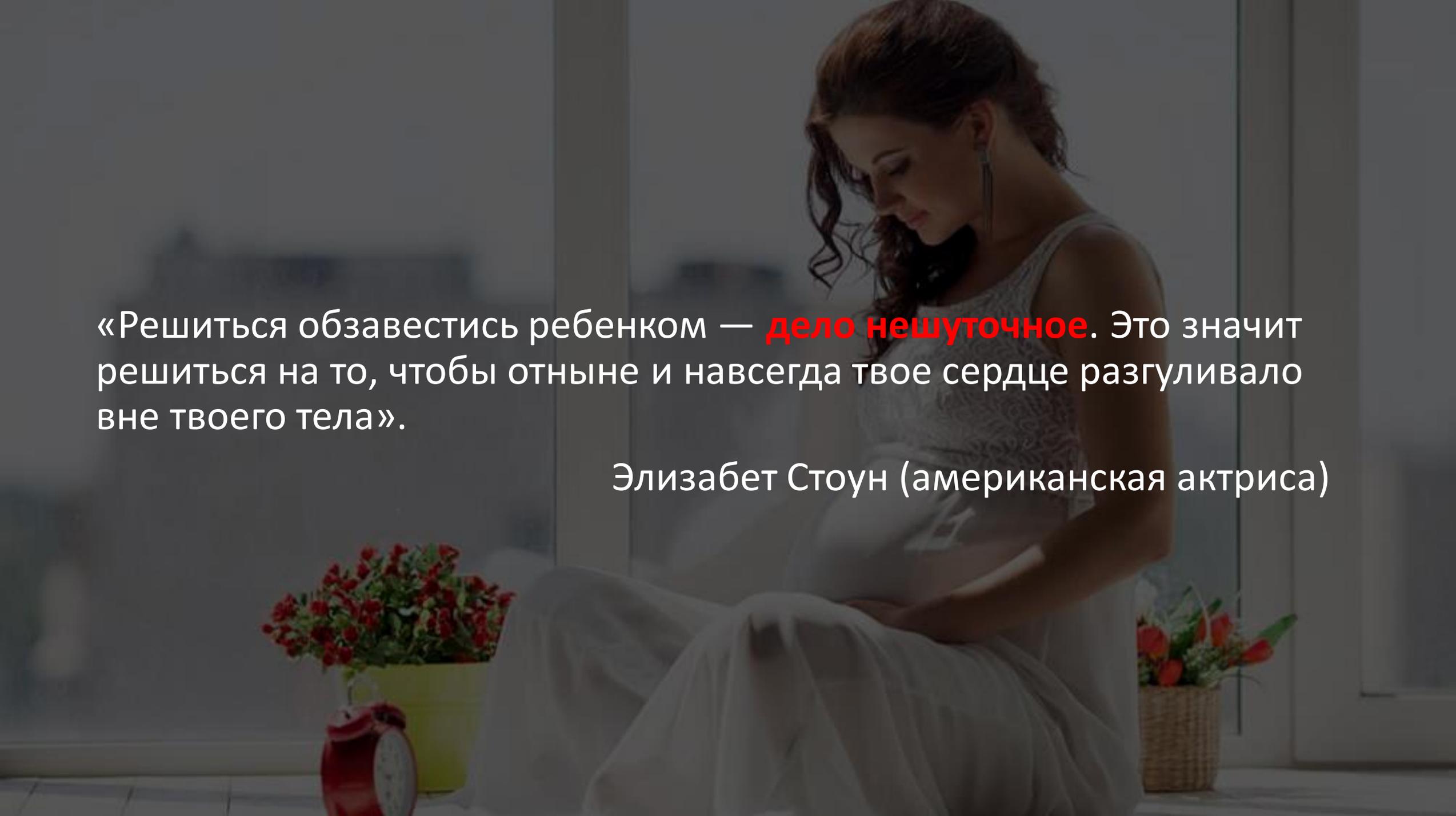
**ПРЕГРАВИДАРНАЯ  
ПОДГОТОВКА  
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ**

ВЕРСИЯ 3.1

Для специалистов в области  
репродуктивной медицины

Москва  
2024

StatusPraesens  
*— profmedia —*



«Решиться обзавестись ребенком — **дело нешуточное**. Это значит решиться на то, чтобы отныне и навсегда твое сердце разгуливало вне твоего тела».

Элизабет Стоун (американская актриса)

# Прегравидарная подготовка - определения

- Прегравидарная подготовка — комплекс **диагностических, профилактических и лечебных мероприятий**, направленных на **подготовку пары к успешному зачатию, нормальному** течению беременности и рождению **здорового** ребёнка, на оценку имеющихся **факторов риска** и **устранение/уменьшение** их влияния.



# Репродуктивное просвещение.

Репродуктивное просвещение — комплекс мероприятий, направленных на **повышение информированности граждан** о своих **правах, возможностях** и **наиболее целесообразных тактиках** для **сохранения здоровья** при реализации сексуальной и репродуктивной функций.

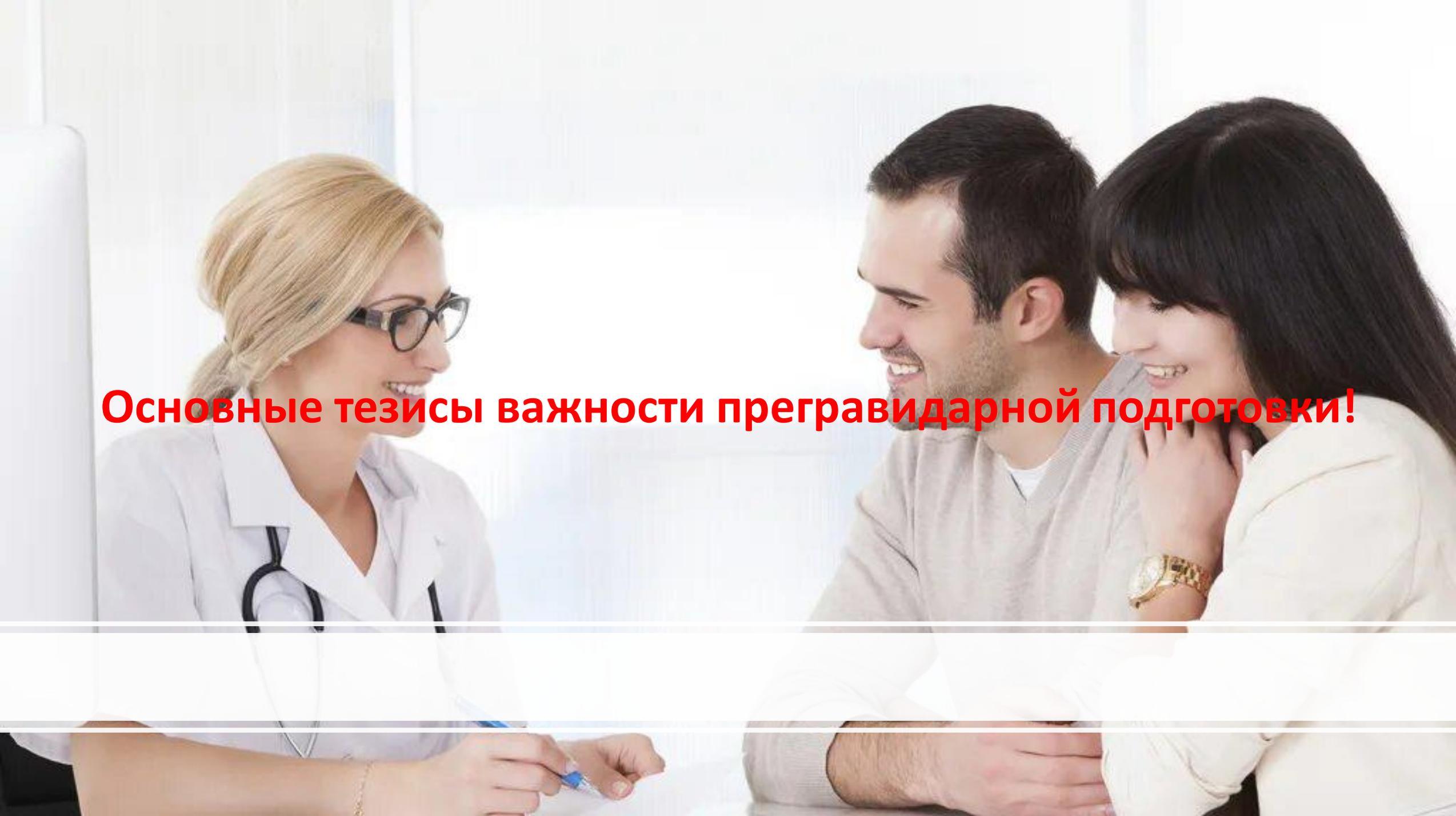




# Планирование семьи

Планирование семьи — комплекс мероприятий, направленных на наступление **желанной** беременности в сроки, **благоприятные** с **психологической** и **медицинской** точек зрения и повышающие вероятность нормального течения гестации и **рождения** **здорового ребёнка**, а также **на предотвращение абортов** с целью

**снижения материнской и младенческой заболеваемости и смертности.**

A female doctor with blonde hair and glasses, wearing a white lab coat with a stethoscope, is smiling and looking towards a man and a woman. The man and woman are also smiling and looking at each other. They are sitting at a table in a bright, clinical setting. The doctor is holding a blue pen and looking at a document on the table. The man is wearing a grey sweater and the woman is wearing a white top and a gold watch.

**Основные тезисы важности прегравидарной подготовки!**

Пропаганда планирования  
беременности и подготовки к ней —  
обязанность каждого медработника...

Каждая четвертая беременность в мире —  
незапланированная, что приводит к 25 млн  
небезопасных абортов и 47 тыс. смертей  
женщин ежегодно.

## Причина?

**сложность получения  
профессиональных услуг по  
планированию семьи!!!**

Адекватная прегравидарная подготовка позволяет значительно **снизить риски** для **жизни** и **здоровья** конкретной беременной/роженицы/родильницы и плода/ребёнка.

Системно проводимая ПП влияет на **улучшение популяционных показателей**.

Диагностические, лечебные и профилактические мероприятия в отношении **любой женщины** репродуктивного возраста, которая **не возражает против беременности** (не будет её прерывать), **должны** рассматриваться **с позиций ПП**.

# Увеличение охвата ПП может способствовать:

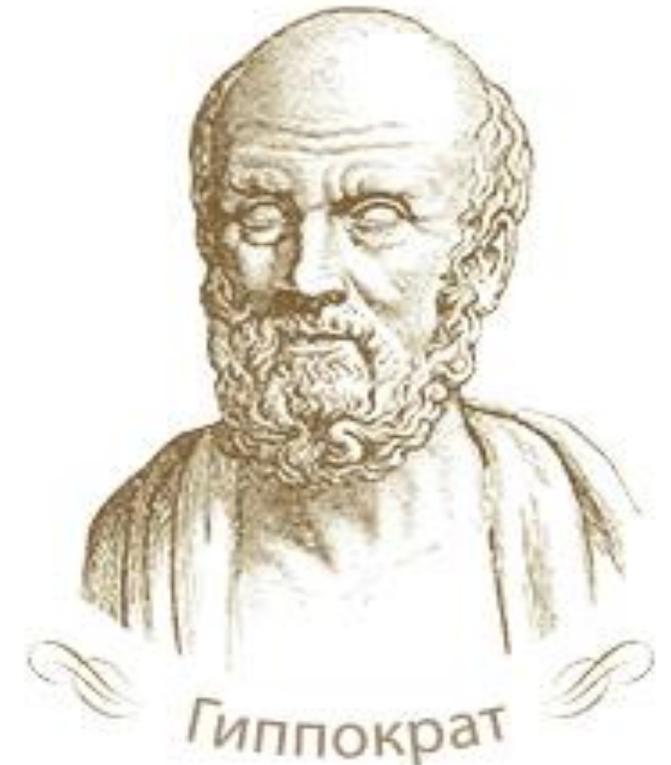
1. **Снижению** материнской и младенческой **смертности** и заболеваемости;
2. **Распространённости ВПР** и хромосомных аномалий;
3. Частоты **преждевременных родов**;
4. Количества **самопроизвольных абортов**;
5. **Осложнений** беременностей, **требующих госпитализации**;
6. Уменьшить **социальные, психологические** и **экономические** последствия, связанные с выхаживанием и реабилитацией **детей инвалидов**



***NB!***

Начало превентивных мероприятий, направленных на обеспечение нормального течения гестации и рождение здорового ребёнка, **после установления факта беременности** следует **считать поздним**: закладка многих органов и систем плода уже произошла, и профилактика часто оказывается неэффективной!!!

*Любую болезнь легче предупредить, чем лечить !*



# Большие акушерские синдромы

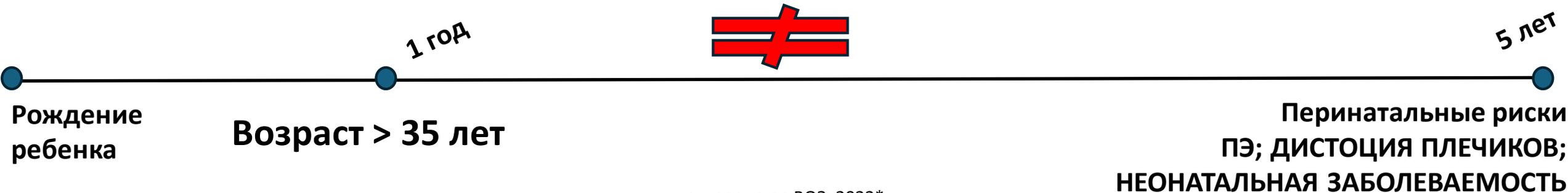


# Интергенетический интервал

Промежуток времени между **рождением ребёнка** и наступлением **следующей беременности** должен составлять **не менее 2 лет**



1. При наличии преэклампсии или преждевременных родах в анамнезе
2. После Кесарева сечения
3. Перед применением ВРТ в возрасте **до 35 лет**



***NB!***

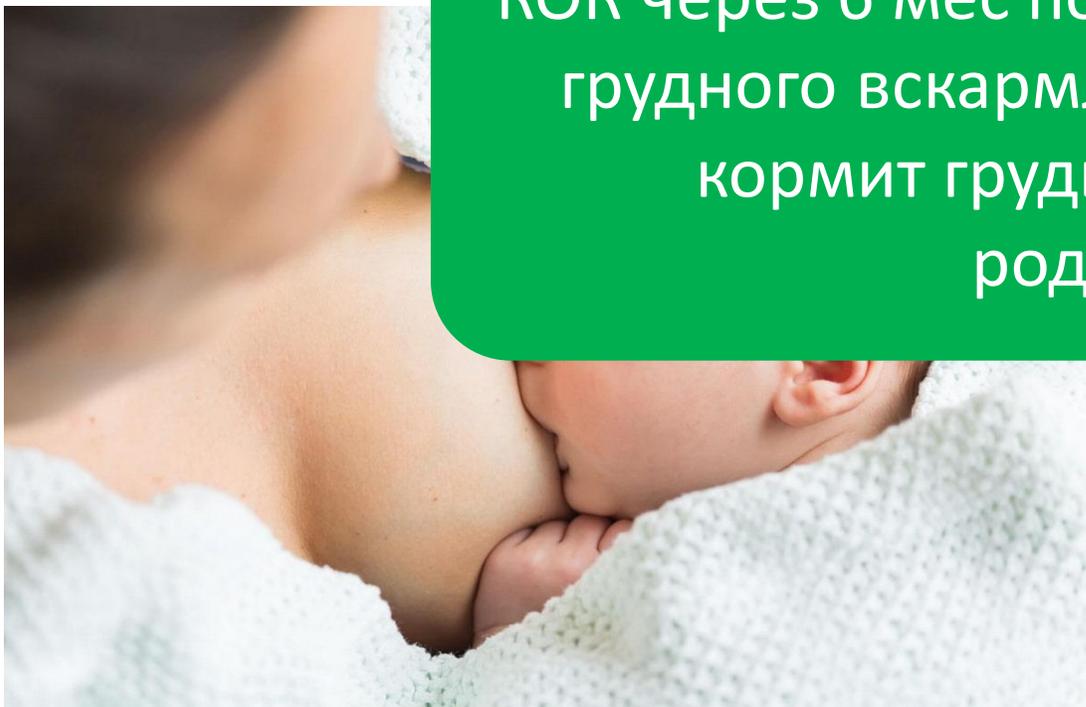
После самопроизвольного или искусственного аборта **нецелесообразно откладывать** зачатие на **6 мес** и более.  
(при ИИ менее 7 мес вероятность тревожных и депрессивных состояний возрастает)

Риск повторного мертворождения **не зависит от** продолжительности **ИИ.**

***NB!***

# Послеродовая контрацепция

Лактационная аменорея метод предупреждения беременности **в первые 6 мес** после родов на фоне **эксклюзивного** грудного вскармливания



Барьерная контрацепция

Прогестиновые оральные контрацептивы (сразу после родов)

КОК через 6 мес после родов без прекращения грудного вскармливания/если женщина не кормит грудью через 42 дня после родоразрешения

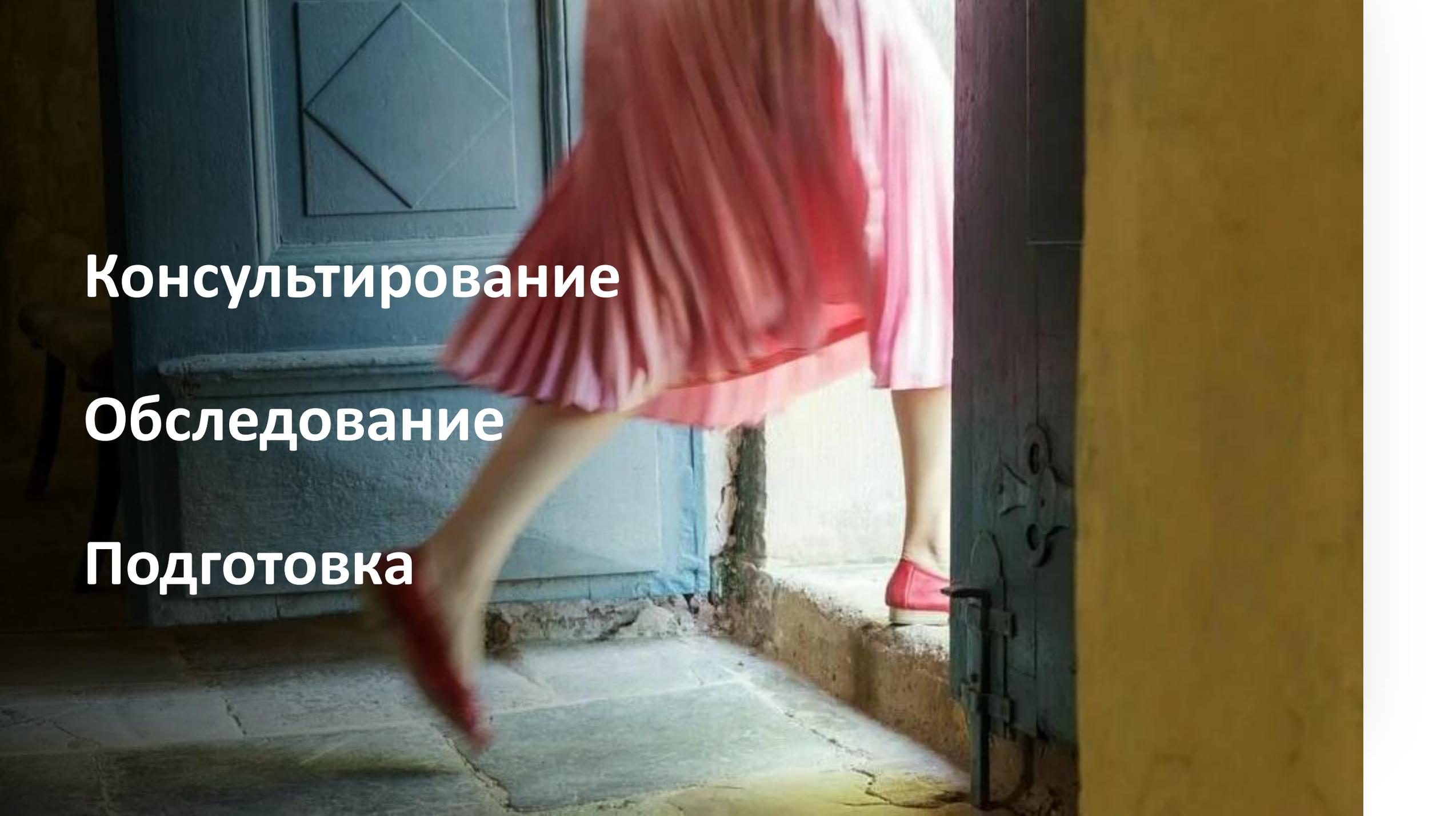


ЛНГ-ВМС (через 4 нед. После естественных родов и 6 нед. После КС)

ВМС с медью (первые 48 часов или 4 недели после родов)

A close-up photograph of a pregnant woman's hands. Her fingers are positioned to form a heart shape over her bare midsection. Inside the heart-shaped opening, a small, curled-up baby is visible, appearing to be inside the womb. The woman is wearing a light blue or grey maternity top. The background is a plain, light color.

Прегравидарная  
подготовка условно  
здоровых пар

A woman in a pink dress and red shoes is walking through a doorway. The doorway is framed by a dark blue door on the left and a yellow wall on the right. The woman is captured in motion, with her dress and shoes blurred. The floor is made of stone tiles. The text is overlaid on the left side of the image.

**Консультирование**

**Обследование**

**Подготовка**

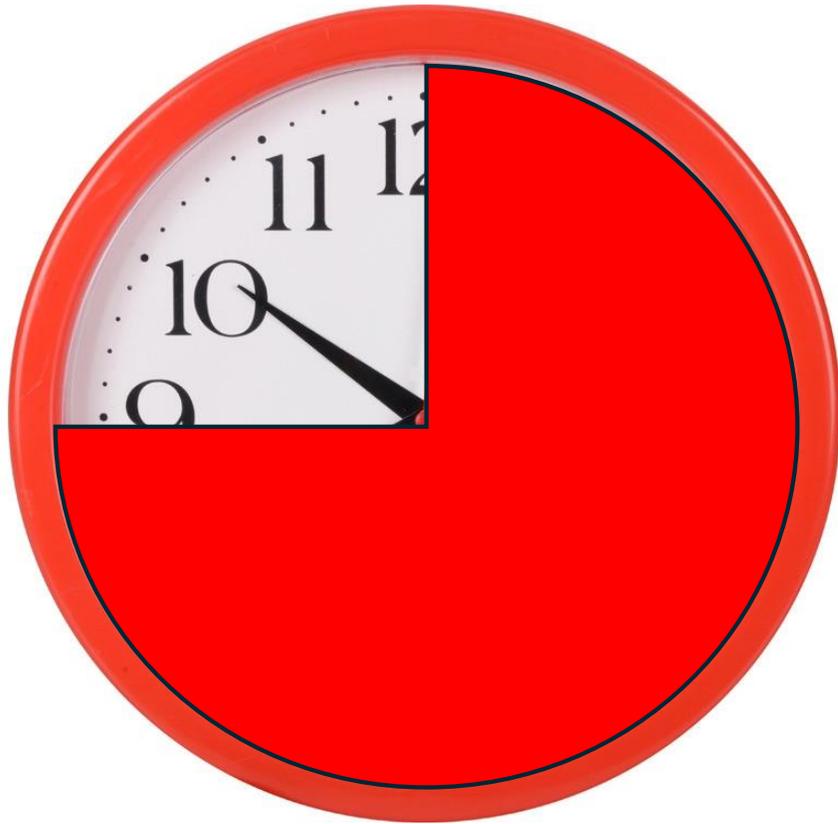
# Консультирование

Активно выяснять намерения женщины репродуктивного возраста в отношении деторождения.

Проводить консультирование регулярно и независимо от того, использует пациентка противозачаточные средства или нет.

Мотивировать пару на осознанную подготовку к будущей беременности, отказ от вредных привычек и модификацию образа жизни.

Выдача персональных рекомендаций (листочков/памяток)



Затрата большего времени на консультирование, обследование и подготовку.



Экономия времени в будущем на диагностику, лечение.

# Обследование.

## 1) Сбор анамнеза



- Перенесенные острые и хронические заболевания (включая воспалительные заболевания органов малого таза и ИППП), операции, травмы, эпизоды тромбоза.
- Наличие наследственных заболеваний у родственников 1-й и 2-й степени родства (родители, дети, родные братья и сёстры, дяди и тётки, племянники), а также заболеваний с наследственной предрасположенностью (инсульт, инфаркт миокарда, тромбозы, АГ, онкологические заболевания, эндокринопатии) у родственников 1-й степени родства (родители, дети, родные братья и сёстры).
- Наличие вредных производственных факторов.
- Бытовые условия.
- Особенности пищевого поведения.
- Наличие вредных привычек.
- Приём медикаментов, аллергические реакции.
- Менархе, длительность менструального цикла, регулярность и болезненность менструаций, обильность кровопотери, наличие олигоменореи в подростковом возрасте (фактор риска невынашивания).
- Коитархе, сексуальная активность, количество половых партнёров за последние 6 мес, применяемые методы контрацепции (вид, длительность).
- Число и исход предыдущих беременностей, факты рождения детей с ВПР, мертворождения, эктопической беременности, использования ВРТ, осложнений после абортов и во время предыдущих беременностей (ПЭ, ГСД, ПР, ЗРП, отслойки плаценты и т.д.).
- Отсутствие беременности при регулярной половой жизни без использования методов контрацепции в течение 1 года, невынашивание беременности (уточнить число случаев).
- Наличие в анамнезе трансфузий крови и её компонентов, профилактики резус-изоиммунизации путём введения иммуноглобулина человека антирезус Rho(D), рождения детей с признаками гемолитической болезни новорождённых, родов, медицинских и самопроизвольных абортов, внематочных беременностей у женщин с резус-отрицательной принадлежностью крови при резус-положительном партнёре.

# Физикальный осмотр

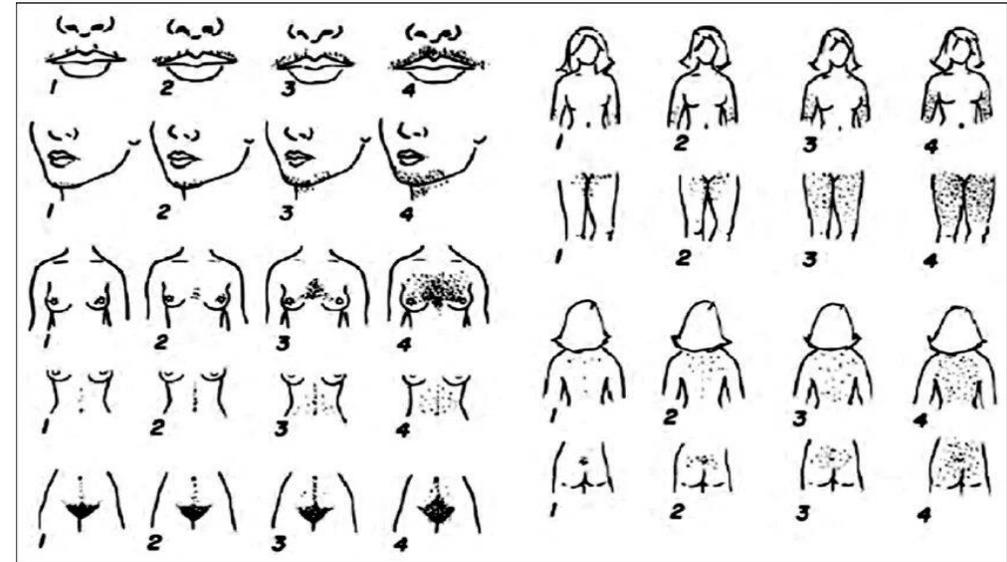


**Оценить наличие** себореи, гирсутизма, акне, стрий, гиперпигментации кожных складок, недоразвития молочных желёз, выделений из сосков.



## Расчет ИМТ

Соотношение окружности талии к объёму бёдер (норма для женщин: до 0,83)



**Измерить АД** на первичном приёме.

Норма АД: САД < 130 мм рт.ст, ДАД < 85 мм рт.ст.

**При АД 130–139/85–89 мм рт.ст. Повторить измерение через 15 мин**

Если АД остаётся повышенным, пациентку **направить на консультацию к кардиологу** и рекомендовать динамическое наблюдение с **ведением дневника измерений АД.**

# Гинекологическое обследование.

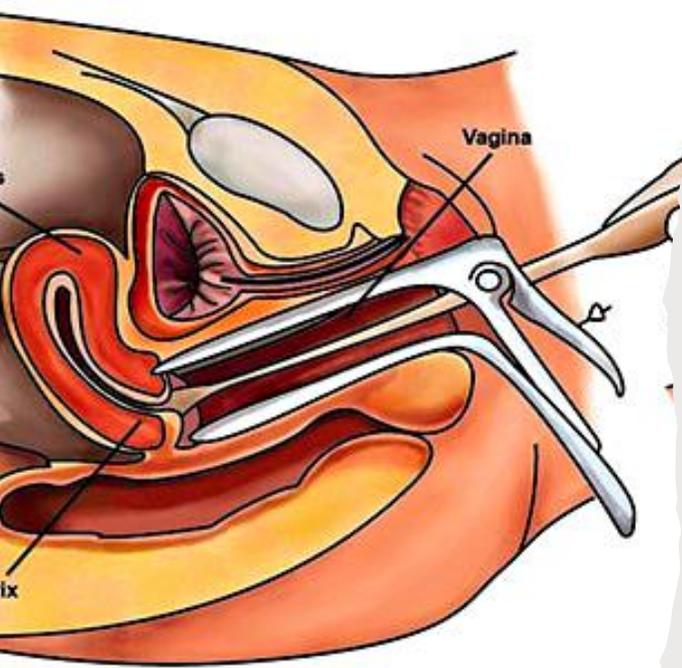
**Рутинная оценка pH** вагинального отделяемого

**Микроскопия мазка**, окрашенного по Граму.

**ПЦР-тест** для определения (ИППП) *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium*.

**Цитологическое исследование** мазков с области экзоцервикса и из цервикального канала.

**ВПЧ-тест** (в возрасте 30 лет и старше).



A photograph of a laboratory with various glassware and a microscope, overlaid with a blue tint. The text "Лабораторные исследования" is centered in white. The background shows a laboratory bench with various pieces of glassware, including test tubes, flasks, and a funnel. A microscope is visible on the right side. The overall scene is dimly lit, with a strong blue color cast.

# Лабораторные исследования

## Основные

## Дополнительные

Исследование	Референсное значение		Исследование	Причина
Определение группы крови (Rh) фактора.	Не применимо			
			Определение группы крови (Rh) фактора партнера	При выявлении Rh(-) крови женщины
<b>Клинический анализ крови:</b> RBC (Эритроциты) Hb (гемоглобин)  MCH (содержание гемоглобина в эритроците) !! MCV (средний объем эритроцита) !! RDW (распределение эритроцитов по объему) Тромбоциты Лейкоциты	3,5– 5,1×10 <sup>12</sup> /л 120–155г/л для небеременных 27–34 пг  79–100 фл 11,6–14,8%  150–400×10 <sup>9</sup> /л 4–11×10 <sup>9</sup> /л			
Определение сывороточных АТ к бледной трепонеме, антигенов и антител ВИЧ-1 и -2, выявление HBsAg, анти-HCV	отрицательно			
Определение ТТГ	< 3,0 МЕ/мл			

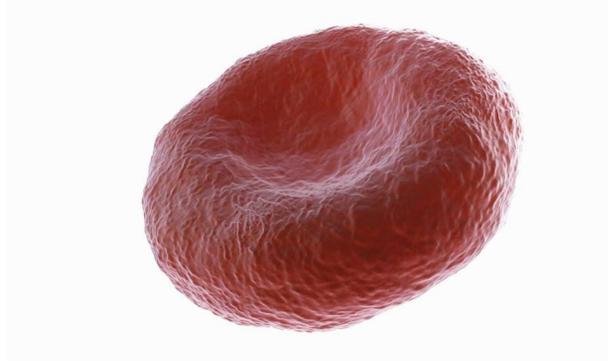
# Морфологические варианты анемии

Микроцитарная



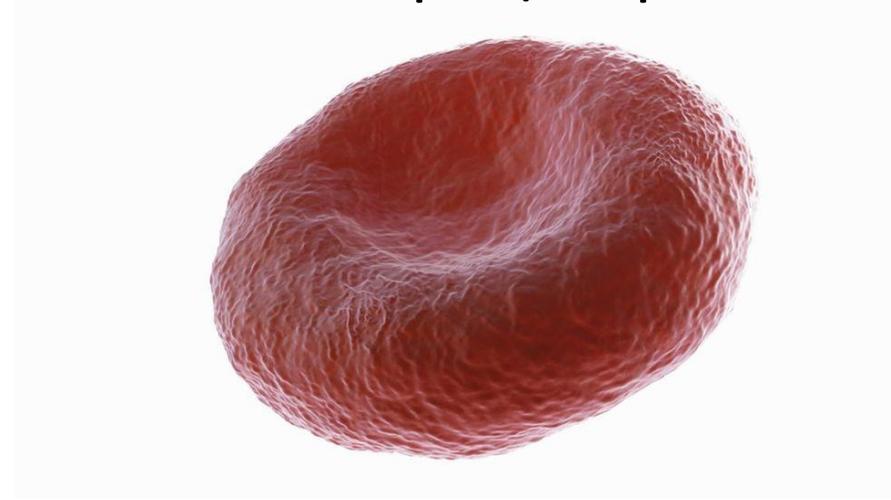
**MCV < 79 фл**

Нормоцитарная



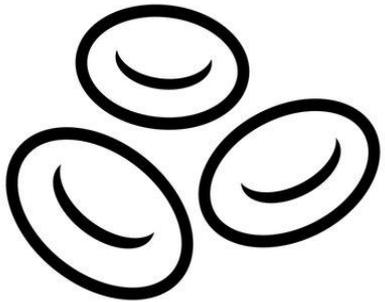
**MCV > 100 фл**

Макроцитарная



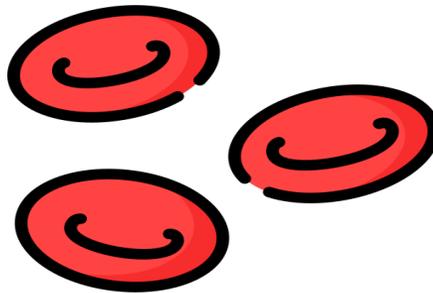
**MCV 79-100 фл**

Гипохромная



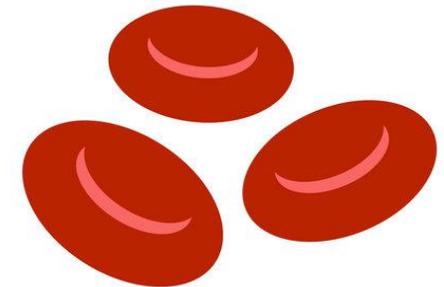
**MCH 27-34 пг**

Нормохромная



**MCH 27-34 пг**

Гиперхромная



**MCH > 34 пг**

АНЕМИЯ

Морфология эритроцитов

Макроцитарная

Нормоцитарная  
нормохромная

Гипохромная анемия

Ретикулоциты

Ретикулоциты

Содержание железа низкое

да

нет

Повышены

Норма

1  
Железод-  
фицитная  
анемия

Талассемия

Кровопотеря

Мегалобласты в  
КМ

Хронические  
заболевания

Гемолиз  
эритроцитов

Присутствуют

Отсутствуют

Гемоглобинопатия

После лечения  
В<sub>12</sub>-  
фолиеводефи-  
цитной анемии

Дефицит:  
1. Витамина В<sub>12</sub>  
2. Фолатов

Расстройство  
синтеза ДНК:  
1. Наследуемое  
2. Лекарственно-  
индуцированное

Гипотиреозидизм

Гипоплазия КМ

Пиридоксиндефицитная  
анемия

## Основные

## Дополнительные

Исследование	Референсное значение		Исследование	Причина
определение антител класса G и класса M к вирусу краснухи (Rubella virus).				
	до 10 мкмоль/л		Определение	Пациентки группы риска
 <p>T- toxoplasmosis    O- other    rubella    cytomegalovirus    H- herpes</p>				
	нг/мл		25(OH)D (норма	преэклампсию, ГСД или невынашивание беременности в анамнезе
Рутинное исследование всего TORCH-комплекса.				Низкая специфичность. Высокая частота ложноположительных результатов

# Дополнительное обследование

**УЗИ органов малого таза** (комплексное 5-6 день цикла).

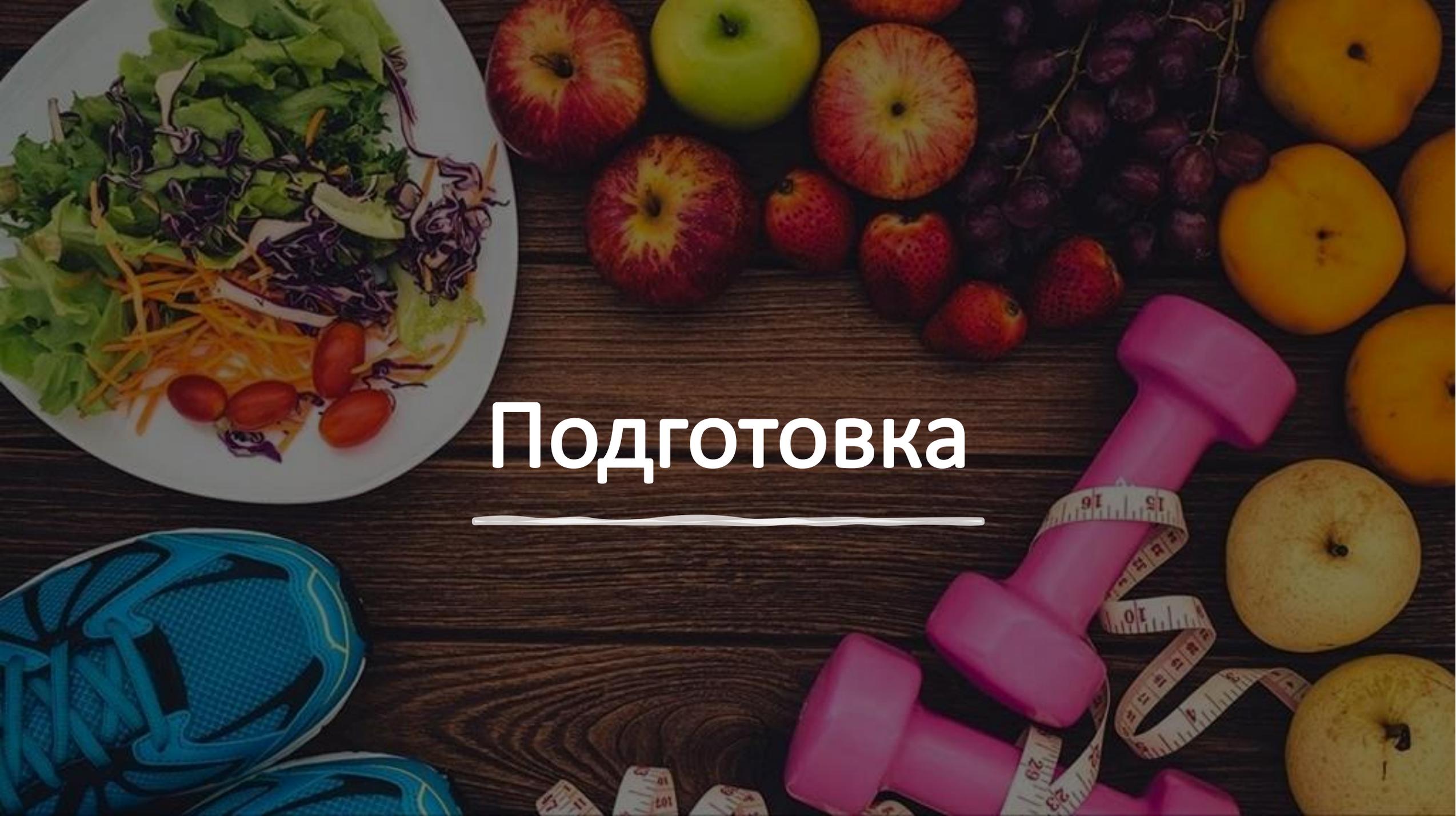
**УЗИ молочных желёз** (5-11-й день цикла) .  
После 40 лет **маммография**.

Консультации **терапевта**.

Консультации **стоматолога**.

Консультация уролога при необходимости — с анализом спермограммы:

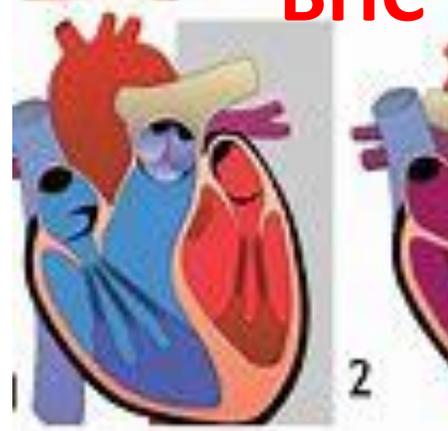
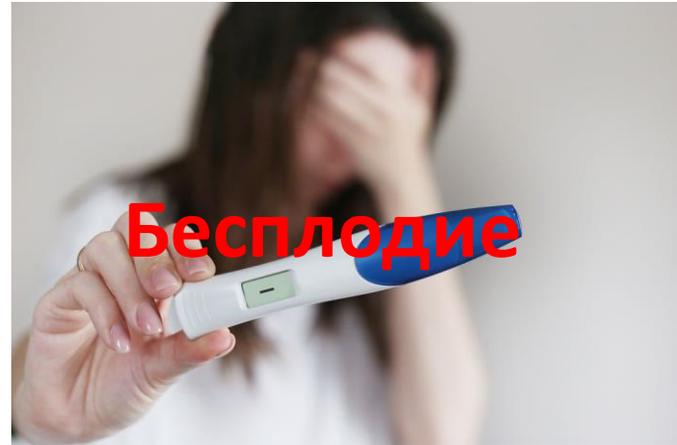
1. В возрасте **более 40 лет**;
2. При заболеваниях репродуктивной системы, **ИППП** (в настоящее время или в анамнезе);
3. При наличии **вредных условий труда** (в настоящее время или в анамнезе);
4. При обследовании пары с **бесплодием**.



# Подготовка

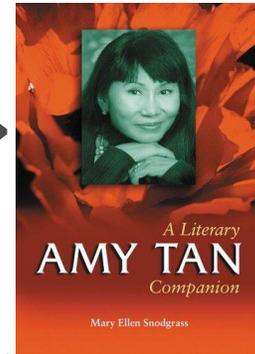
---

# Модификация образа жизни



Подозрение на  
хронический  
алкоголизм/нарк

- **«Мать — это всегда начало. Она — то, с чего всё начинается.»  
— Эми Тан**

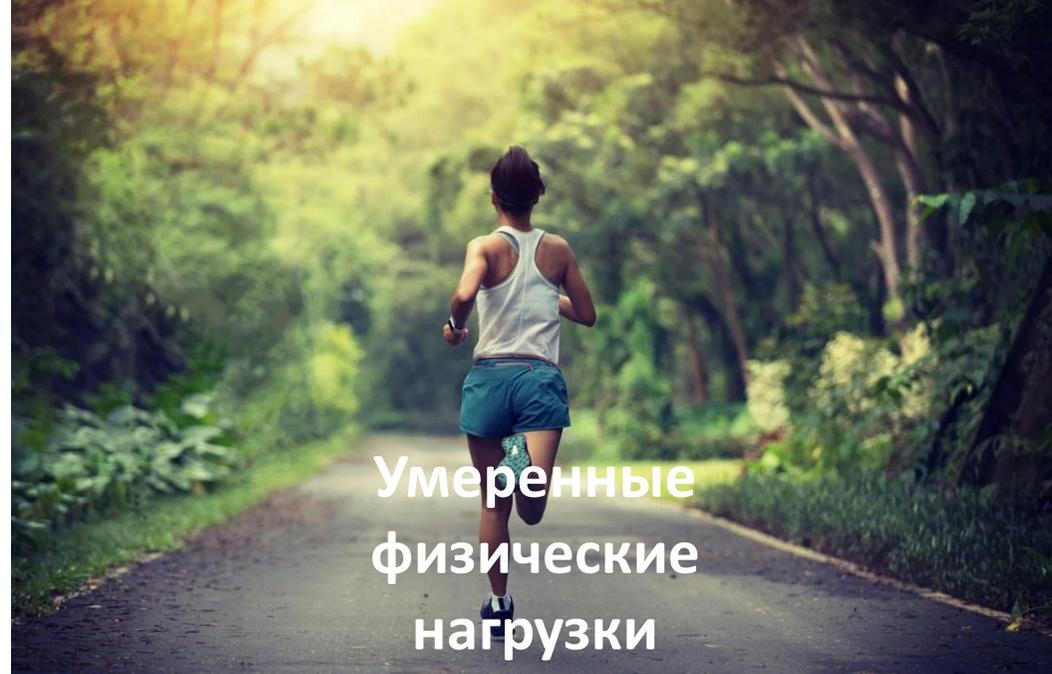
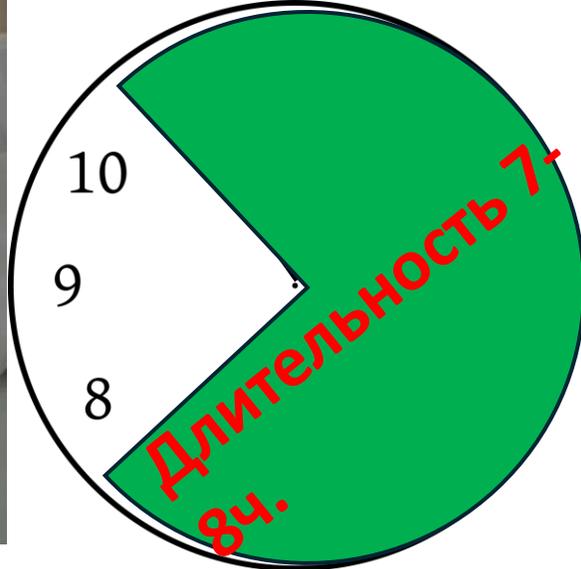
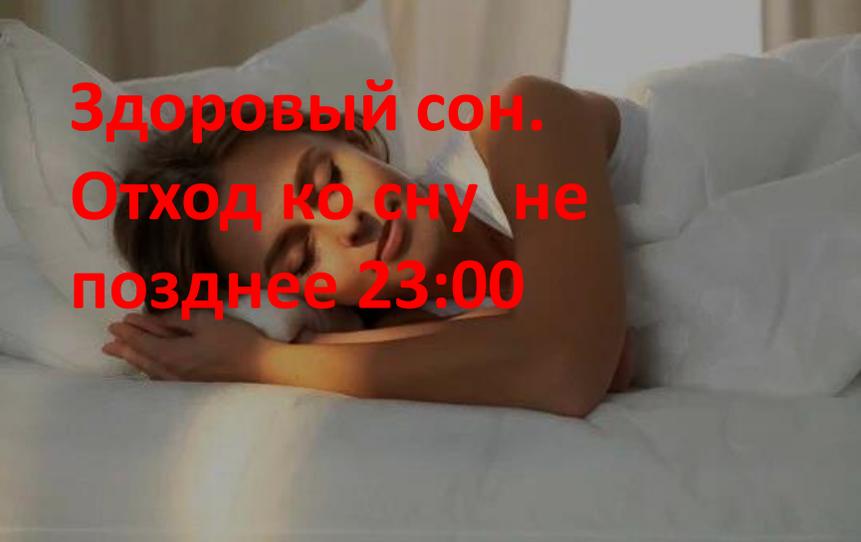


Консультация нарколога

Трудности в  
самостоятельном отказе  
от вредных привычек

Консультация психолога

**Здоровый сон.  
Отход ко сну не  
позднее 23:00**



**Умеренные  
физические  
нагрузки**

**Сбалансированный рацион питания.**



**Белки не менее 120 г в сутки.  
2 крупных плода фруктов в день.  
Увеличить потребление рыбы и  
морепродуктов (более 350 г  
в неделю).**

**Частота половых актов 3-4 в нед.**



# Вакцинация

Согласно национальному календарю прививок.

- **Против дифтерии и столбняка** — каждые **10 лет** от момента последней ревакцинации;
- **Против вирусного гепатита В** — не привитых ранее;
- **Против краснухи** — до 25 лет включительно, (не болевших, не привитых, привитых однократно или не имеющих сведений о прививке)\*;
- **Против кори** — до 35 лет включительно (\*),  
В возрасте 36 лет и старше — если они относятся к группе риска,(\*);
- **Против ветряной оспы** — женщин, ранее не привитых и не болевших, не позднее чем **за 3 мес до** планируемой беременности;

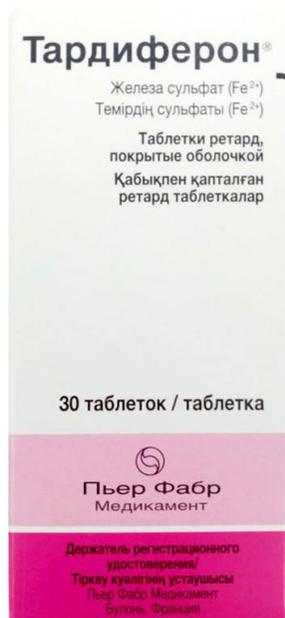


# Вакцинация

- 
- A syringe is shown drawing liquid from a vial. The syringe is positioned vertically, with its needle inserted into the vial's stopper. The vial is partially filled with a clear liquid. The background is a solid light blue color.
- **Против COVID19** — в первую очередь женщин, относящихся к **приоритету 1-го уровня**: (работников медицинских, образовательных организаций, учреждений социального обслуживания и многофункциональных центров; лиц, проживающих в организациях социального обслуживания; пациенток с хроническими заболеваниями)\*; граждан, проживающих в городах с численностью населения 1 млн и более; планирующих беременность;
  - **Против гриппа** — в предэпидемический период в первую очередь женщин, относящихся к категории высокого риска заболевания и осложнений: (\*)\*

# Дотация витаминов и микроэлементов

Препараты **фолиевой кислоты** женщине минимум **за 3 месяца** до зачатия и I триместра беременности + мужчине. **400-5000мкг/сут**



Препараты **железа 30–60 мг** в день в течение **3 мес до зачатия**. Если в течении года **не было оценки обмена железа** и женщина **не принимала препараты**

Препараты **йода** за **3 мес** до зачатия: **в регионах, эндемичных** по дефициту йода.  
(женщинам — **150 мкг/сут**, мужчинам — **100 мкг/сут**).



# Дотация витаминов и микроэлементов

**Витамин D** в профилактической дозе **600-2000МЕ**

Условно здоровым женщинам (ИМТ менее 30 кг/м<sup>2</sup>, отсутствии в анамнезе ПЭ, ГСД и невынашивание беременности) При концентрации 25(OH)D в сыворотке крови 20–30 нг/мл курсовая доза колекальциферола составляет **150 000–225 000 МЕ**, а менее 20 нг/мл — **336 000–450 000 МЕ**



Препараты **ПНЖК 11г/сут**. Верхний допустимый уровень **20г/сут**

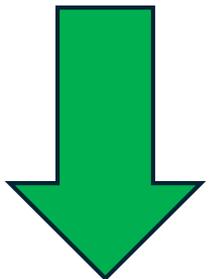
# Дотация фолатов.

Оценить степень риска фолатзависимых аномалий развития плода, **для определения адекватной дозы.**

**3 основные группы** риска фолатзависимых аномалий развития.

- I. Группа низкого риска 
  - II. Группа умеренного риска 
  - III. Группа высокого риска 
- 

I. Группа низкого риска. Отсутствуют указания на фолатзависимые состояния в личном и семейном анамнезе, у женщины и партнера.

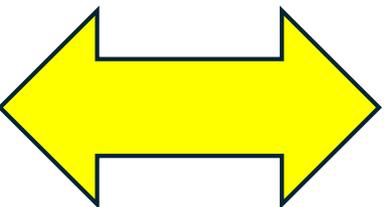


**400мкг/сут Фолиевой кислоты**

# Дотация фолатов.

II. Группа умеренного риска. (характерно 1 или > указанных признаков)

- 1. Наличие аномалий развития** (ВПС, дефектов орофациальной области, мочевых путей, конечностей, врождённой гидроцефалии) в личном или семейном анамнезе.
- 2. ДНТ у родственников** 1-й или 2-й степени родства.
- 3. СД** 1-го или 2-го типа до зачатия.
- 4. Приём препаратов**, нарушающих всасывание или обмен фолатов (карбамазепин, вальпроевая кислота, фенитоин, примидон, фенобарбитал, метформин, метотрексат, сульфасалазин, триамтерен, триметоприм, холестирамин).
5. Избыточная масса тела или ожирение (**ИМТ 30,0–34,9 кг/м<sup>2</sup>** ).
6. Синдром **мальабсорбции** (при болезни Крона, некомпенсированной целиакии, тяжёлых заболеваниях печени, алкоголизме, после шунтирования желудка и диализа).
7. Мутации гена **МТГФР**. (метилентетрагидрофолатредуктаза)

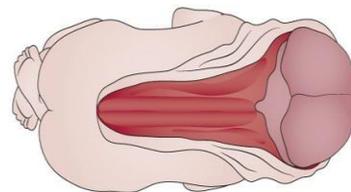


**До 1000мкг/сут Фолиевой кислоты**

# Дотация фолатов.

III. Группа высокого риска. (характерно 1 или > указанных признаков)

1. ДНТ в личном анамнезе.
2. ДНТ в личном анамнезе партнёра.
3. Выявление ДНТ плода при предыдущих беременностях.
4. Ожирение (ИМТ 35 кг/м<sup>2</sup> и более)



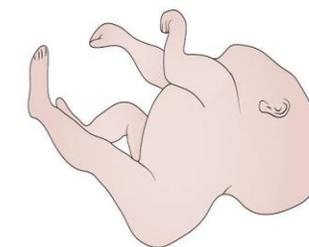
**Craniorachischisis**  
Completely open brain and spinal cord



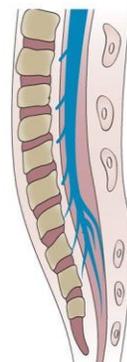
**Anencephaly**  
Open brain and lack of skull vault



**Encephalocele**  
Herniation of the meninges (and brain)



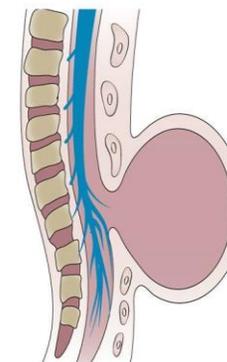
**Iniencephaly**  
Occipital skull and spine defects with extreme retroflexion of the head



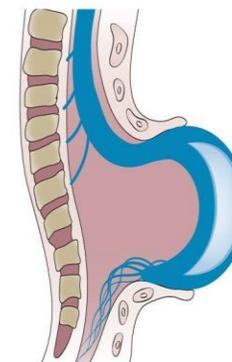
**Spina bifida occulta**  
Closed asymptomatic NTD in which some of the vertebrae are not completely closed



**Closed spinal dysraphism**  
Deficiency of at least two vertebral arches, here covered with a lipoma

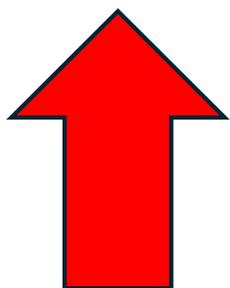


**Meningocele**  
Protrusion of the meninges (filled with CSF) through a defect in the skull or spine

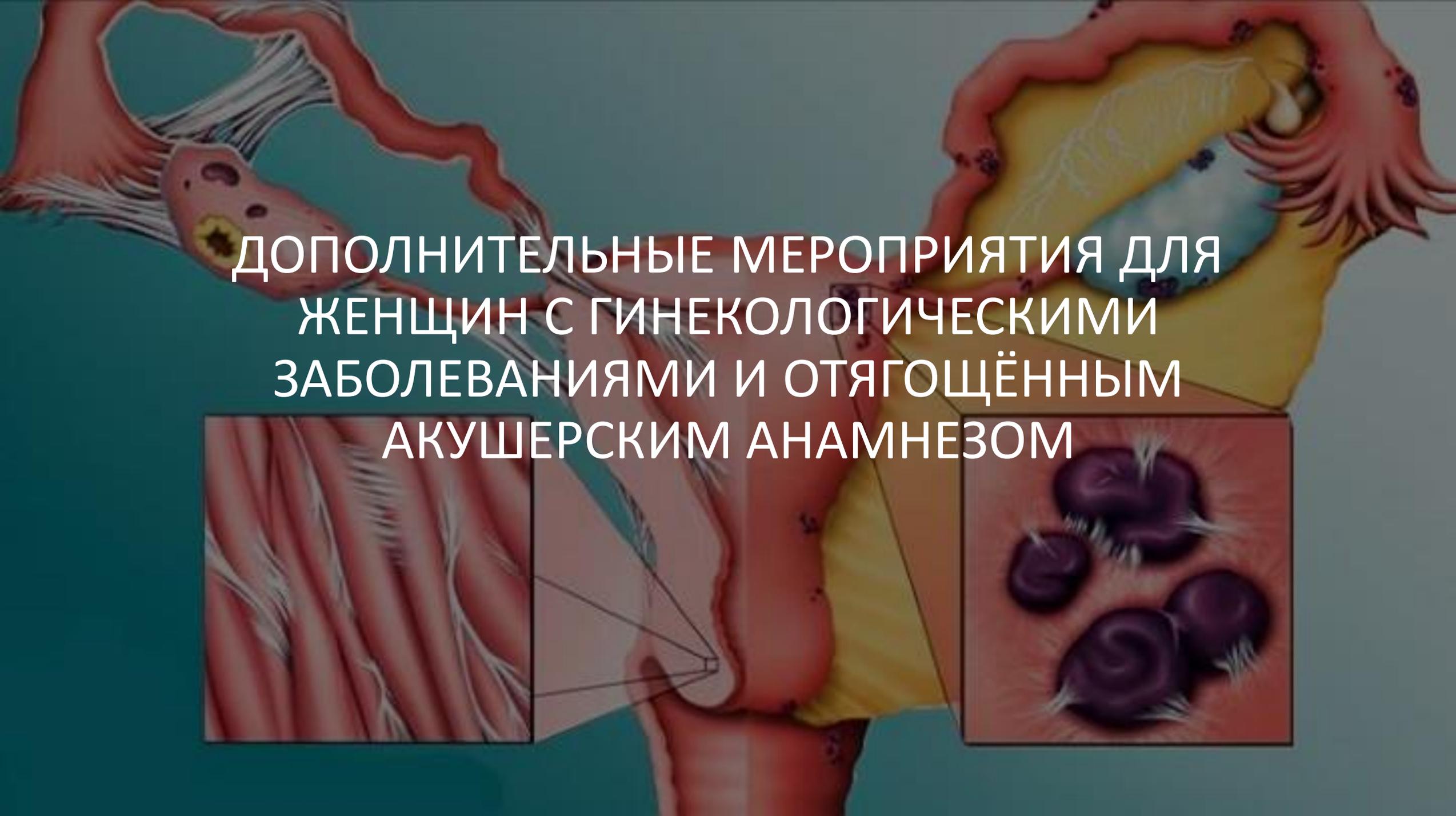


**Myelomeningocele**  
Open spinal cord (with a meningeal cyst)

Nature Reviews | [Disease Primers](#)



**4000-5000мкг/сут Фолиевой кислоты**



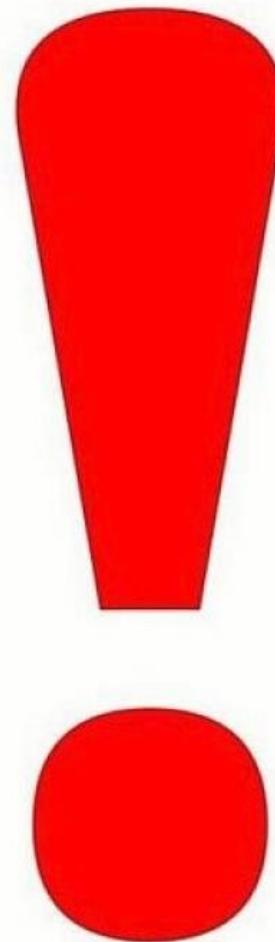
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДЛЯ  
ЖЕНЩИН С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ  
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ОТЯГОЩЁННЫМ  
АКУШЕРСКИМ АНАМНЕЗОМ

## Воспалительные заболевания и дисбиозы.

---

Дисбиозы и вагиниты **не препятствуют зачатию**, однако беременность, возникшая на их фоне, **часто протекает с осложнениями**. Существует повышенный риск:

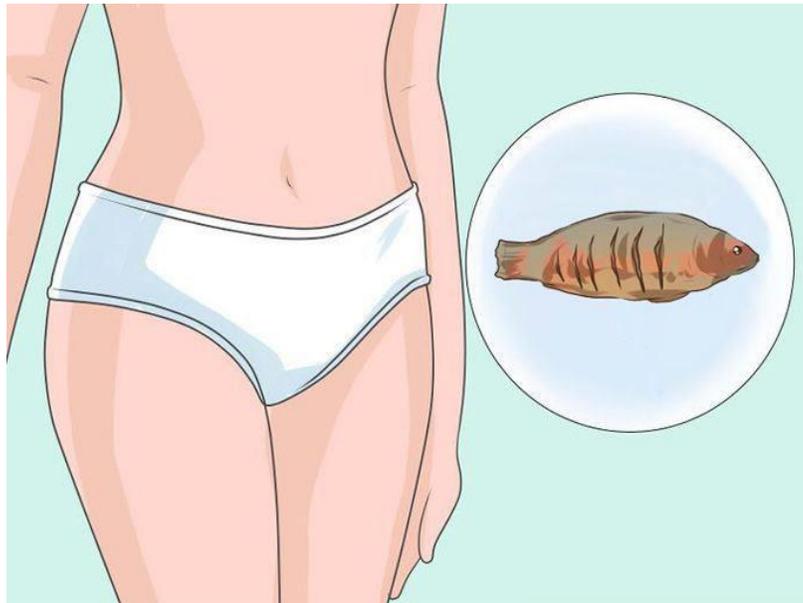
- заражения *N. gonorrhoeae*, *S. trachomatis*, *T. vaginalis* и вирусами (ВПГ, ВПЧ и ВИЧ);
- ВЗОМТ, хориоамнионита;
- акушерских осложнений (ПРПО, ПР)



# Бактериальный вагиноз

Необходимо лечить **всех** пациенток **с симптомами БВ** и **лабораторно подтверждённым диагнозом**.

**При изменениях микробиоценоза** влагалища **без клинических проявлений** терапию назначают только **при наличии в анамнезе ПР** либо поздних выкидышей.



# Двухэтапная терапия БВ!

Первый этап — эрадикация с Вторым этапом — восстановление

Секнидазол 2гр внутрь 1раз  
Метронидазол 500мг 2р/день 7  
дней (лучше при лактации)  
Тинидазол 2гр внутрь 1 р/сут на 2  
дня  
Клиндамицин свечи 100мг  
вагинально 1 раз перед сном, на 3  
дня  
ДЕКВАЛИНИЯ ХЛОРИД  
вагинальные таблетки 10мг 1р на  
ночь на 6 дней

**ОБЗОР НОВИНОК**  
ПО АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ

ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
ГЭОТАР-Медиа

ОТ АПОЛИХИНОЙ И.А.

Руководство для врачей  
Заболевания кожи и инфекции, передаваемые половым путем, в акушерско-гинекологической практике

ЭСТЕТИЧЕСКАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ

Под редакцией профессора И.А. Аполихиной, академик РАН Г.П. Сулик

Под редакцией профессора И.И. Потеева, профессора И.А. Аполихиной



# Бактериальный вагиноз

Лечение партнёра мужского пола **в отсутствие** у него **симптомов НЕ рекомендовано**.

Пациенток с БВ следует обследовать на ИППП.

**Контроль** провести через **1 месяц** после окончания лечения. В отсутствие рецидивов наблюдение не рекомендовано

Гиинекологическое обследование.

**Рутинная оценка pH** вагинального отделяемого

**Микроскопия мазка**, окрашенного по Граму.

**ПЦР-тест** для определения (ИППП) Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Mycoplasma genitalium.

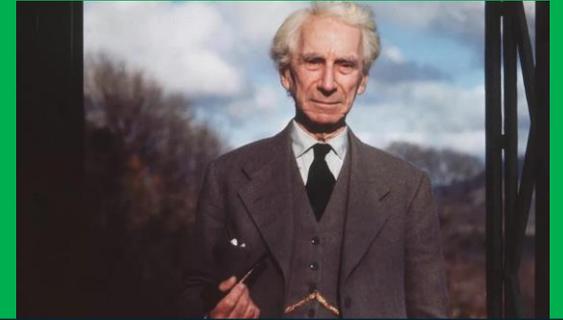
**Цитологическое исследование** мазков с области экзоцервикса и из цервикального канала.

**ВПЧ-тест** (в возрасте 30 лет и старше).

# Кандидозный вульвовагинит

*Диагностика достигла таких успехов, что здоровых людей практически не осталось.*

Бертран Рассел (1872–1970) — английский математик



## Неосложненный КВВ

Клотримазол вагинальная таблетка

100мг 1р/перед сном на 7 дней

Миконазол вагинальные свечи 100мг

1р/вечером на 7 дней.

Флуконазол 150мг

однократно/Итраконазол 200мг per os

1р/день на 3 дня

## Осложненный КВВ

Флуконазол 150мг 1раз в 72 часа. На курс 3 дозы.

Далее флуконазол 150мг 1р/неделю на 6 месяцев.

**ИЛИ**

Нистатин 100000ЕД вагинальные свечи на 14 дней.

Фотодинамическая терапия.

# Аэробный вагинит

- Всем женщинам с **симптомами** **подтверждённого диагноза** **лечить** **антибиотическими** **препаратами**.
- Препаратами первой линии действия.
- **Предпочтительно** назначать **препараты широкого спектра действия**.
- При **рецидиве** АВ назначать **препараты широкого спектра действия**.
- **НЕ проводить** лечение при **отсутствии** у них симптомов воспаления.
- **НЕ ЛЕЧИТЬ МЕТРОНИДАЗОЛОМ** при **отсутствии** чувствительности возбудителя к метронидазолу.

Полимиксин В,  
линкозамиды -  
克林дамицин  
(克林дамицин крем 2%  
интравагинально 7 дней.)

Нифурател,  
тинидазол, орнидазол,  
секнидазол.

Аминогликозиды  
(неомицин)

Местные антисептики:  
хлоргексидина биглюконат,  
повидон-йод, ДЕКВАЛИНИЯ  
ХЛОРИД.

лабораторно подтверждённого диагноза. Если антибиотическими препаратами широкого спектра действия не лечатся, препараты широкого спектра действия не применяли. Если у них симптомов воспаления отсутствуют, не лечат. Если у них симптомов воспаления отсутствуют, не лечат.

# Трихомонадная инфекция

- Препараты группы нитроимидазолов — единственное средство для лечения урогенитальной трихомонадной инфекции.
- Все половые партнёры пациентки должны быть обследованы на ИППП и пролечены независимо от результатов анализа на наличие *T. vaginalis*. Комментарий.
- Лабораторный контроль - через 14 дней после окончания лечения; с использованием методов амплификации ДНК — не ранее чем через 1 мес.
- При отрицательных результатах и исчезновении признаков воспаления даль-нейшее наблюдение не рекомендовано.

трихомонада

Метронидазол в виде геля **не достигает терапевтических концентраций** в уретре и перивагинальных железах, его местное использование в качестве самостоятельного лечения **НЕ РЕКОМЕНДОВАНО**

Метронидазол 2,0г однократно  
Метронидазол 500мг 2р/сут на 7 дней

Тинидазол 2,0г однократно (не применяется у беременных)\*

Тинидазол 500мг 2р/сут на 5 дней

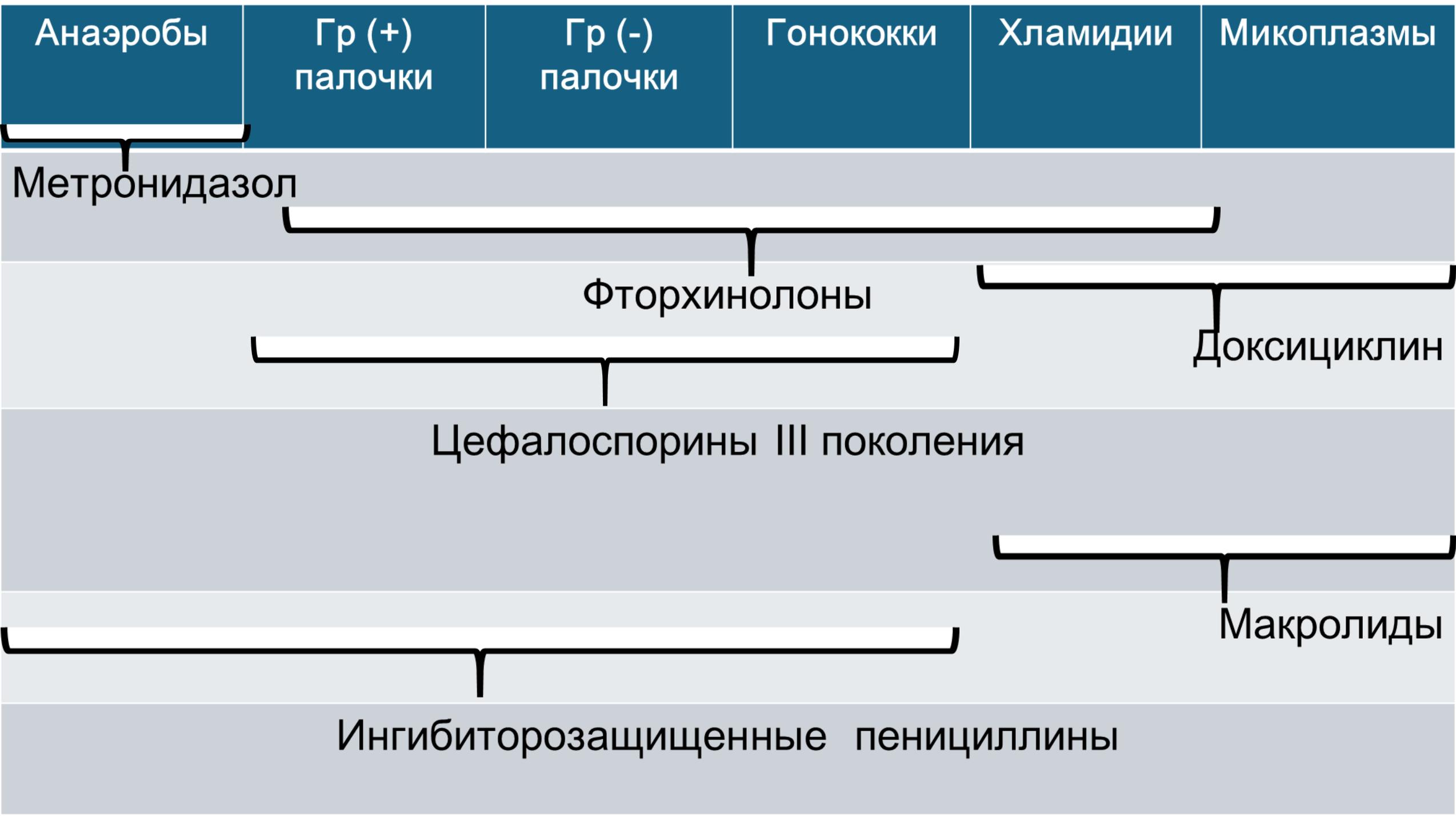
Орнидазол 1,5мг однократно  
Орнидазол 500мг 2р/сут на 5 дней

# ВЗОМТ

- **Все пациентки с ВЗОМТ** должны быть **обследованы** на **ИППП**, и **ВИЧ**
- Рекомендованы **антибиотики широкого спектра** действия.
- Все половые партнёры (в течение последних 6 мес) женщин с ИППП должны получить специфическую терапию одновременно с женщиной
- **Гидросальпинкс**, как одно-, так и двусторонний, — самостоятельное **показание к удалению изменённых маточных труб** перед применением ВРТ.

Заменить Антибактериальный препарат при неэффективности в течение **48-72ч.** и/или развитии побочных реакций.

**Продолжительность** терапии ВЗОМТ составляет **10-14дн.** При неэффективности консервативной терапии тактика определяется решением ВК.



Анаэробы

Гр (+)  
палочки

Гр (-)  
палочки

Гонококки

Хламидии

Микоплазмы

Метронидазол

Фторхинолоны

Цефалоспорины III поколения

Ингибиторозащищенные пенициллины

Доксциклин

Макролиды

СХЕМА Клин. Рек	2024г.	МНН	Режим дозирования
Схема 1		Цефтриаксон Доксициклин Метронидазол	1 г в/м, в/в однократно ПЛЮС 100мг перорально 2 раза в день в течении 14 дней ПЛЮС 500мг перорально два раза в день в течение 14 дней
Схема 2		Цефтриаксон Доксициклин Метронидазол	500мг в/м однократно ПЛЮС 100мг перорально каждые 12 часов ПЛЮС 500мг каждые 12 часов в течение 14 дней
Схема 3		Офлоксацин Метронидазол Цефтриаксон	Перорально 400мг каждые 12 часов ПЛЮС Перорально 500мг каждые 12 часов в течение 14 дней С или <del>в/м</del> 1г в/м, в/в однократно
Схема 4		Левофлоксацин Метронидазол Цефтриаксон	Перорально 500мг каждые 24 часа ПЛЮС Перорально 500мг каждые 12 часов в течение 14 дней С или <del>в/м</del> 1г в/м, в/в однократно

# Содержание

- Заболевания шейки матки и папилломавирусная инфекция
- Проллиферативные заболевания
- СПЯ
- Эндокринные заболевания
- Воспалительные заболевания почек и мочевых путей
- Заболевания сердца и артериальная гипертензия
- Заболевания ЖКТ
- Хронические вирусные инфекции

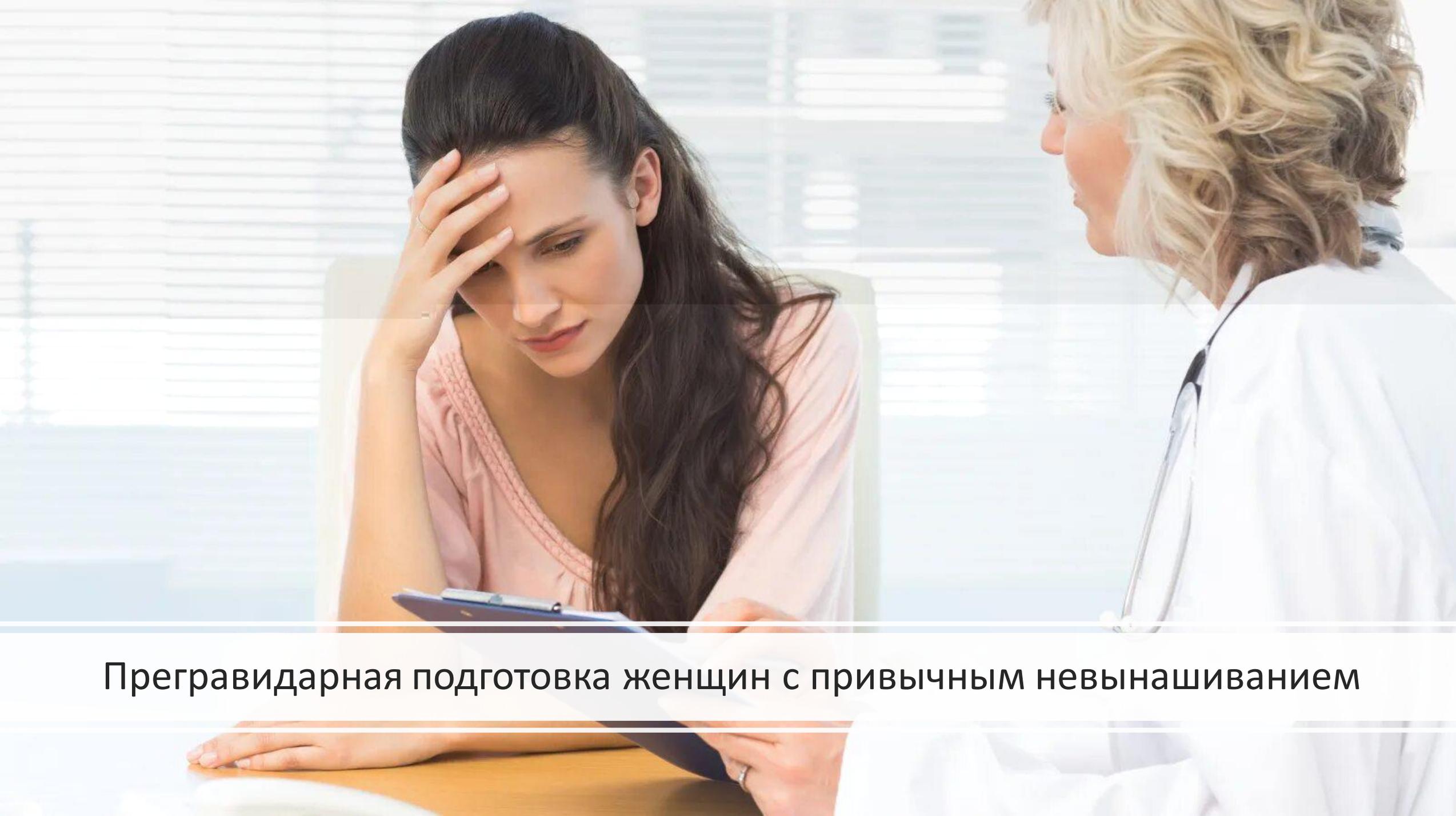


**ПРЕГНАВИДАРНАЯ  
ПОДГОТОВКА**  
КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
ВЕРСИЯ 3.1

Для специалистов в области  
репродуктивной медицины

Москва  
2024

StatusPraesens  
*profmedica*



Прегравидарная подготовка женщин с привычным невынашиванием

# 1.

Сбор анамнеза и оценка факторов риска:

– старший

репродуктивный возраст;

– Курение;

– Хроническая

алкогольная

интоксикация;

– Употребление

наркотических средств;

– Низкий социально-

экономический статус;

– Дефицит массы тела

или ожирение.

# 2.

Схема обследования

– Трансвагинальное УЗИ.

– Исключение эндокринных

нарушений.

– Диагностика инфекционных

заболеваний, исключение

клинических потерь

гистеросальпингография и

гистероскопия.

– Кариотипирование пары.

– Генетическое исследование

остатков плодного яйца; под

визуальным контролем

(гистероскопия и

эмбриофетоскопия).

– Скрининг АФС.

# 3.

- Рутинная дотация гестагенов на этапе ПП.

Приём препаратов продолжать минимум на протяжении I триместра

беременности.

**Мониторинг гестагенами**

**до 22 недель**

- При внутриматочной перегородке -

гистероскопическая метропластика.

- При двурогой/однорогой/седловидной матке и полном

удвоении хирургическая

коррекция не показана

**Привычный выкидыш, наличие у женщины 2-х и более клинических потерь беременности**

# АФС

Медицинскую помощь оказывают совместно: ревматолог, гематолог и акушер-гинеколог.

При обнаружении антифосфолипидных АТ пациентке с ПНБ на прегравидарном этапе назначать профилактические дозы АСК. (75-150мг/сут)

После подтверждения беременности **дополнительно** используют профилактические дозы нефракционированного или НМГ **после консультации с гематологом.**

Глюкокортикоиды не улучшают исходы беременности при АФС и повышают вероятность АГ и ГСД!

# ВДКН

Назначать глюкокортикоиды **только по строгим показаниям.** Наличие в анамнезе ПНБ — одно из них. **(Выбор препарата и дозы осуществляет эндокринолог).**

После подбора дозы глюкокортикоидов женщина **принимает их постоянно.**

Если на этом фоне наступит беременность, **дозу не меняют.**

Пациентку наблюдают совместно акушер-гинеколог и эндокринолог;

Решение о возможной отмене ГКС во второй половине гестации принимают коллегиально.

Если до беременности пациентке не требовалась заместительная терапия глюкокортикоидами, назначать её в I триместре **НЕ рекомендовано.**

# Мужской фактор ПНБ

При **отказе** или **недоступности** обследования у **уролога**, акушер-гинеколог может самостоятельно собрать анамнез у партнёра:

- 1) Возраст и состояние здоровья
- 2) Группу крови и резус-фактор,
- 3) Наличие опасных условий труда,
- 4) Вредных привычек.

Рекомендовать **одновременное** обследование пары на ИППП, а также **спермограмму!!**

**Одновременное лечение обоих партнёров**



A (II)	R+
A (II)	R-
AB(IV)	R+
AB(IV)	R-

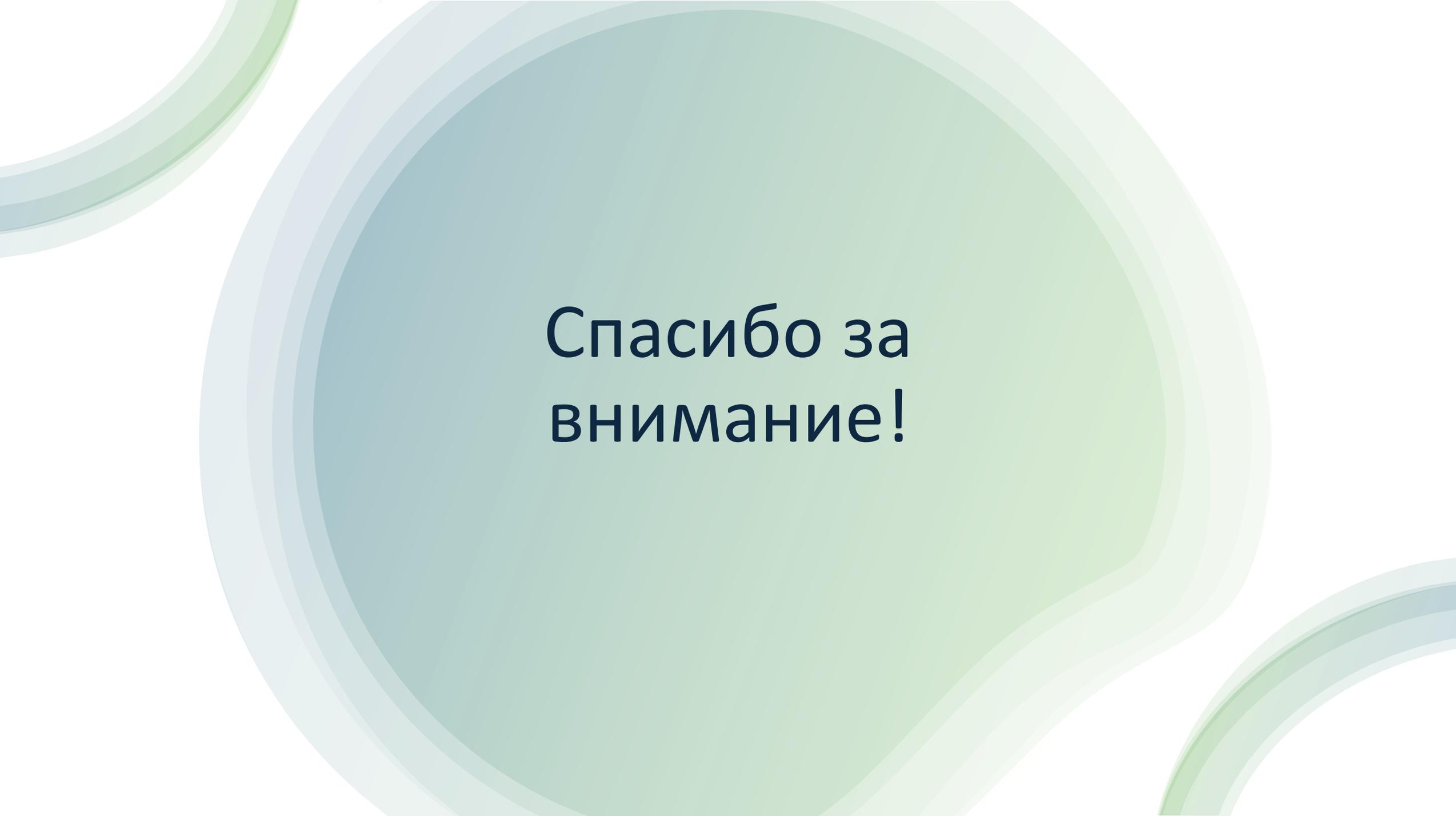
B(III)	R+
B(III)	R-
O (I)	R+
O (I)	R-



*«Независимо от того, была ли ваша беременность тщательно спланированной, медицински подготовленной или произошла случайно, одно можно сказать точно — ваша жизнь никогда не будет прежней.»*

**Кэтрин Джонс**





Спасибо за  
внимание!