

DOI: 10.33454/1728-1261-1-2023-24-30

УДК: 618.2-07-082

Нормальная беременность. Листая клинические рекомендации

Г. В. Чижова, Н. Ю. Витько, Н. В. Канаева

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края, Хабаровск, Россия

Normal pregnancy. Leafing through the clinical guidelines

G. V. Chizhova, N. Yu. Vitko, N. V. Kanaeva

Postgraduate Institute for Public Health Workers of the Ministry of Health of the Khabarovsk Krai, Khabarovsk, Russia

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Г. В. Чижова – ORCID: 0000-0003-1070-4944; e-mail: galchi60@gmail.comН. Ю. Витько – ORCID: 0000-0001-7648-867X; e-mail: vitkozavr@mail.ruН. В. Канаева – ORCID: 0000-0001-6560-2350; e-mail: dmitriy.dyu.96@gmail.com

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

G. V. Chizhova – ORCID: 0000-0003-1070-4944; e-mail: galchi60@gmail.comN. Yu. Vitko – ORCID: 0000-0001-7648-867X; e-mail: vitkozavr@mail.ruN. V. Kanaeva – ORCID: 0000-0001-6560-2350; e-mail: dmitriy.dyu.96@gmail.com

Резюме

Статья посвящена течению и ведению беременности в соответствии с клиническими рекомендациями и направлена на профилактику развития осложнений во время беременности, в родах и в послеродовом периоде.

Ключевые слова: беременность физиологическая, плацента и ее функции, физикальное и гинекологическое обследование, лекарственная терапия при беременности, профилактика осложнений

Abstract

The article is devoted to the course and management of pregnancy in accordance with clinical guidelines and is aimed at preventing the development of complications during pregnancy, childbirth and the postpartum period.

Keywords: physiological pregnancy, placenta and its functions, physical and gynecological examination, drug therapy during pregnancy, prevention of complications

Нормальная беременность – одноплодная беременность плодом без генетической патологии или пороков развития, длящаяся 37–41 неделю, протекающая без акушерских и перинатальных осложнений. Нормальная беременность может наступить самопроизвольно или после вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Нормальная беременность диагностируется при визуализации одного жизнеспособного эмбриона/плода (определяется сердцебиение эмбриона/плода) без пороков развития в полости матки при ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов малого таза и плода.

Ведение физиологической беременности – комплекс лечебно-диагностических мероприятий, направленных на благополучное вынашивание и рождение здорового малыша, сохранение здоровья каждой женщины и буду-

щих поколений. Точная доля женщин с нормальным течением беременности не известна.

Жалобы, характерные для нормальной беременности

Течение нормальной беременности может сопровождаться жалобами, которые, как правило, не влияют на исход беременности, но внимание к ним и возможная коррекция – прямая задача врача-акушера-гинеколога, так как эти жалобы могут быть ранними маркерами осложнений беременности. Наиболее частыми из них являются: тошнота, рвота, запоры, геморрой, варикозная болезнь, периодические боли внизу живота.

Тошнота и рвота наблюдаются в каждой третьей беременности. В 90 % случаев они являются физиологическим признаком беременности и бывают не чаще 2–3 раз в сутки, чаще натощак, не нарушая общего состояния

женщины. В большинстве случаев тошнота и рвота купируются самостоятельно к 16–20 неделям беременности.

Боль внизу живота может быть нормальным явлением при натяжении связочного аппарата матки во время ее роста (ноющие боли или внезапная колющая боль внизу живота), при тренировочных схватках Брекстона-Хитса после 20-й недели (тянущие боли внизу живота, сопровождающиеся тонусом матки, длящиеся до минуты, не имеющие регулярного характера).

Запоры – наиболее распространенная патология кишечника при беременности, возникают в 30–40 % наблюдений, связаны с нарушением пассажа по толстой кишке и характеризуются частотой стула менее трех раз в неделю.

Геморроем страдают 8–10 % женщин во время каждой беременности. Это обусловлено давлением на стенки кишки со стороны матки, застоем в системе воротной вены, повышением внутрибрюшного давления, врожденной или приобретенной слабостью соединительной ткани, изменением в иннервации прямой кишки [1, 2].

Варикозная болезнь развивается у 20–40 % беременных женщин. Ее причинами являются повышение венозного давления в нижних конечностях, расслабляющее влияние на сосудистую стенку вен прогестерона, релаксина и других биологически активных веществ [1, 2].

Сбор анамнеза является важнейшим условием оценки беременности и стратификации факторов риска. В индивидуальной карте ведения беременной отмечают возраст, наличие профессиональных вредностей, вредных привычек (курение, алкоголь, наркотические препараты), семейный анамнез (указание на наличие у родственников первой линии сахарного диабета, тромбоземболических осложнений, гипертонической болезни, психических заболеваний), перенесенные и имеющиеся соматические заболевания (детские инфекции, заболевания сердечно-сосудистой системы, почек, эндокринные заболевания, аллергические заболевания, ТЭО), наличие травм, оперативных вмешательств и переливаний крови, аллергические реакции, принимаемые лекарственные препараты.

Гинекологический анамнез включает в себя характер менструаций (возраст менархе, длительность и регулярность менструального цикла, продолжительность менструального кровотечения, болезненность), перенесенные и имеющиеся гинекологические заболевания, оперативные вмешательства на органах малого таза.

При сборе акушерского анамнеза оценивают число беременностей и родов, абортов, наличие осложнений, весоростовые показатели и состояние здоровья рожденных детей, способ достижения беременности – самопроизвольная беременность или в результате ВРТ.

Также оценивается возраст и состояние здоровья мужа/партнера, его группа крови и резус-фактор, наличие у него профессиональных вредностей и вредных привычек.

Физикальное обследование при первой явке включает в себя определение срока беременности и родов по дате последней менструации и данным УЗИ органов малого таза и плода. При наступлении беременности в результате ВРТ расчет срока родов должен быть сделан по дате переноса эмбрионов (дата переноса плюс 266 дней (38 недель) минус число дней, равное сроку культивирования эмбриона).

УЗИ является наиболее точным методом определения срока беременности и родов (до 14 недель). Измеряют показатель копчико-теменного размера (КТР) плода в первом триместре беременности, а показатель окружности головки плода определяют на более поздних сроках (при КТР > 84 мм). При отсутствии УЗИ в первом триместре и отсутствии информации о дате последней менструации срок беременности и родов может быть установлен по данным других УЗИ. При расхождении срока по дате последней менструации и УЗИ в 11–14 недель более чем на 5 дней срок беременности и родов следует устанавливать по данным УЗИ.

Общее физикальное обследование включает измерение роста, веса, АД (при каждой явке), пальпацию молочных желез однократно при постановке на учет.

Гинекологический осмотр проводится при первом визите и включает: визуальный осмотр наружных половых органов, осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах, бимануальное влагалищное исследование с определением размеров, консистенции, подвижности и болезненности матки, придатков матки. Повторные гинекологические осмотры беременной не показаны.

Измеряют окружность живота (ОЖ), высоту дна матки (ВДМ). Ведение гравидограммы обязательно при каждом визите беременной после 20 недель. После 34–36 недель беременности определяют положение и предлежание плода при каждом визите беременной.

При каждом визите после 20 недель определяется частота сердечных сокращений (ЧСС) плода при помощи акушерского стетоскопа

или после 12 недель беременности при помощи фетального доплера. При отсутствии или нарушении ЧСС плода (тахикардия, брадикардия, аритмия) необходимо направить беременную на УЗИ. Опрос беременной по поводу характера шевелений плода проводится при каждом визите после начала ощущения шевелений (16–20 недель).

Лабораторное обследование при первой явке и в третьем триместре включает определение: антител классов М, G к вирусу иммунодефицита человека-1/2 (ВИЧ), антигена р24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24), антител гепатитов В и С (HBsAg и С), антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*). Антитела к вирусу краснухи (*Rubella virus*) определяют в крови однократно при первом визите в первом или втором триместре беременности [3, 4].

В 35–37 недель беременности определяют антиген стрептококка группы В (*S. agalactiae*) в отделяемом цервикального канала. Обследование на другие бактериально-вирусные инфекции не проводится [3].

Микроскопическое исследование влагалищных мазков при первом визите и в третьем триместре беременности проводится для исключения гонококков (*Neisseria gonorrhoeae*), трихомонад (*Trichomonas vaginalis*), дрожжевых грибов.

Цитологическое исследование мазков с поверхности шейки матки и цервикального канала при первом визите во время беременности следует рекомендовать женщинам, у которых с момента последнего исследования прошло более трех лет при отрицательном анализе на вирус папилломы человека (ВПЧ) и нормальных данных предыдущих цитологических исследований. Вместе с тем, с учетом онкологической настороженности, целесообразно данное обследование проводить всем беременным независимо от ситуации [3].

Определение основных групп по системе АВ0 и антигена D системы резус проводится однократно при первом визите. Резус-отрицательную беременную направляют на определение антирезусных антител при первой явке, затем при отсутствии антител в 18–20 и в 28 недель беременности. При выявлении антирезусных антител женщина должна быть направлена на консультацию в медицинскую организацию третьей группы для дальнейшего наблюдения. У резус-отрицательных женщин следует определить резус-фактор мужа/партнера. При резус-отрицательной принадлежности крови мужа/партнера определение антирезусных антител не проводится. При неизвестной или резус-положительной

принадлежности крови мужа/партнера беременной можно предложить неинвазивное определение резус-фактора плода по циркулирующим в крови матери внеклеточным фрагментам плодовой ДНК. При определении резус-отрицательной принадлежности крови у плода определение антирезусных антител в крови матери не проводится.

Общий (клинический) анализ крови проводится в каждом триместре беременности. Раннее обследование и выявление анемии способствует своевременной терапии и снижению риска негативных перинатальных исходов. Нормальный уровень гемоглобина в первом триместре составляет ≥ 110 г/л, в третьем триместре – ≥ 105 г/л. Для подтверждения латентного дефицита железа может быть рекомендовано определение сывороточного ферритина как наиболее точного показателя определения уровня железа. Необходимо отметить, что может иметь место умеренный лейкоцитоз в сроке до 14 недель, что связано с компенсаторной реакцией на снижение лимфоцитов и изменения в иммунологическом статусе и при отсутствии инфекционного агента является нормой.

Биохимический развернутый анализ крови при первом визите и в третьем триместре беременности включает определение: общего белка, мочевины, креатинина, общего билирубина, прямого билирубина, аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), глюкозы. Данные показатели не изменяются во время беременности и должны быть в пределах нормы.

Дополнительно целесообразно определить уровень холестерина и его фракций, что может быть маркером нарушения липидного обмена за счет его усиления во время беременности.

Нарушения углеводного обмена проводят при первом визите и в 24–26 недель беременности в венозной крови натощак. Нормальное значение глюкозы составляет $< 5,1$ ммоль/л, уровня HbA1c – $< 6,5$ %. При значениях глюкозы $\geq 5,1$ ммоль/л или HbA1c $\geq 6,5$ % женщину направляют на консультацию к эндокринологу. Пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ) с 75 г глюкозы проводят в 24–28 недель беременности у женщин, у которых не было выявлено нарушение углеводного обмена. В группе высокого риска гестационного сахарного диабета (ГСД) (с ИМТ ≥ 30 кг/м, указанием в анамнезе на роды плодом с массой тела $\geq 4,5$ кг или ГСД, отягощенным по сахарному диабету семейным анамнезом) проводят ПГТТ с 75 г глюкозы при первом визите в случае, если не было выявлено нарушение углеводного обмена [2, 3].

Исследование гемостаза включает: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), фибриноген, протромбиновое (тромбопластиновое) время (ПВ), количество тромбоцитов. В отдельных случаях рекомендован развернутый гемостаз.

Определение уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови проводят при первом визите с целью раннего выявления и терапии гипотиреоза однократно. Референсное значение уровня ТТГ у беременной составляет < 3,0 МЕ/мл. При ТТГ ≥ 3,0 МЕ/мл женщине показана консультация врача-эндокринолога.

Общий анализ мочи оценивают при первом визите, во втором и в третьем триместрах беременности. Микробиологическое (культуральное) исследование средней порции мочи на бактериальные патогены проводят однократно на выявление бессимптомной бактериурии также при первом визите. Бессимптомная бактериурия – это наличие колоний бактерий ≥ 10⁵ в 1 мл средней порции мочи при отсутствии клинических симптомов. Раннее выявление бактериурии и проведение терапии снижают риск развития пиелонефрита, преждевременных родов (ПР) и задержки роста плода (ЗРП). После 22 недель во время каждого визита беременной определяют белок в моче с помощью специальных индикаторных полосок.

Инструментальные диагностические исследования. УЗИ плода в 11–13 недель проводят для определения срока, скрининга первого триместра и диагностики многоплодной беременности. УЗИ в первом триместре также может быть назначено при раннем первом визите и сроке задержки менструации ≥ 7 дней для исключения внематочной беременности. Во время проведения УЗИ первого триместра измеряют пульсационный индекс в маточных артериях для предикции ранней преэклампсии.

Скрининг первого триместра включает: УЗИ толщины воротникового пространства (ТВП), исследование уровня хорионического гонадотропина в крови (ХГ), исследование уровня белка А, связанного с беременностью, в крови (РАРР-А) с последующим программным расчетом индивидуального риска рождения ребенка с хромосомной патологией. Биохимический скрининг 2-го триместра может быть назначен при отсутствии результатов скрининга 1-го триместра. Для исключения анеуплоидии плода может быть предложен неинвазивный пренатальный скрининг (НИПС) после 10 недель беременности.

УЗИ скрининг второго триместра проводят в 18–20 недель для оценки роста плода,

диагностики ранних форм ЗРП, исключения врожденных аномалий развития, оценки экстраэмбриональных структур (локализации, толщины, структуры плаценты, количества околоплодных вод), УЗ-цервикометрии.

Беременную группы высокого риска акушерских и перинатальных осложнений (ПЭ, ПР, ЗРП, предлежание плаценты), а также в случае несоответствия ВДМ сроку беременности согласно гравидограмме направляют на УЗИ плода при сроке 30–34 недели для диагностики поздно манифестирующих пороков развития плода, крупного или маловесного плода [3, 4].

Беременную группы высокого риска позднего выкидыша и ПР направляют на проведение УЗ-цервикометрию с 15–16 до 24 недель беременности с кратностью 1 раз в 1–2 недели. При высоком риске акушерских и перинатальных осложнений (ПЭ, ПР, ЗРП) необходимо проведение ультразвуковой доплерографии маточно-плацентарного кровотока во время второго УЗИ (при сроке беременности 18–20 недель) и в третьем триместре беременности (при сроке беременности 30–34 недели).

Кардиотокография (КТГ) плода проводится с 33 недель беременности с кратностью 1 раз в 2 недели всем беременным.

Кратность посещения врача-акушера-гинеколога во время нормальной беременности составляет от 4 до 7 раз. Оптимальным временем первого визита к врачу является первый триместр беременности (до 10 недель). Вместе с тем данная кратность может быть увеличена при необходимости [3, 5].

Консультации специалистов (терапевта, стоматолога) проводятся при первом визите и в третьем триместре беременности; офтальмолога – при первом визите.

При выявлении у женщины и/или ее мужа/партнера факторов риска рождения ребенка с хромосомной или генной патологией беременную направляют на медико-генетическое консультирование, в ходе которого врач-генетик рекомендует или не рекомендует пациентке проведение инвазивной пренатальной диагностики (биопсия ворсин хориона, амниоцентез) с исследованием полученного материала методами цитогенетического или молекулярного кариотипирования.

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

Таким образом, основа нормального течения беременности – качественная имплантация за счет нормального гормонально-иммунного статуса, наличия здорового рецепторного эндометрия, сосудистой стенки, нормального тромботического и коагуляционного потенциала и здоровой микробиоты.

Процесс развития цитотрофобласта начинается во второй половине первого триместра и заканчивается к 18–20-й неделе беременности. При нормальном течении беременности цитотрофобласт врастает в стенки спиральных сосудов, доходя до миометрия, таким образом формируя крупные сосуды плаценты, обеспечивая кислородом и питательными веществами плаценту и плод.

На сегодняшний день установлено, что для нормального течения беременности ключевыми моментами являются: иммунная толерантность матери к чужеродным антигенам плода, адекватная инвазия вневорсинчатого трофобласта с последующей гестационной перестройкой спиральных артерий и ангиогенезом, обеспечивающим достаточный кровоток в хориальном и плацентарном бассейне. Отклонения на каждом из этих этапов приводят к различным осложнениям, входящим в группу «больших акушерских синдромов», требующих профилактики и недопущения развития.

Рекомендации по исключению факторов риска для профилактики осложнений беременности

Беременной должно быть рекомендовано правильное питание, которое характеризуется потреблением пищи с 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. Рекомендуется отказ от вегетарианства и потребления рыбы, богатой метилртутью, снижение потребления пищи, богатой витамином А (печень и продукты из нее), и кофеина. Количество кофеина более 300 мг/сут увеличивает риск прерывания беременности и рождения маловесных детей.

Немедикаментозные методы коррекции жалоб, возникающих во время нормальной беременности

При наличии жалоб на тошноту и рвоту необходимо: дробное питание, малыми порциями, исключение из рациона жирных, жареных блюд, шоколада, острых блюд, газированных напитков, кофе, крепкого чая. Можно использовать гингеролсодержащий комплекс.

Для уменьшения или снятия изжоги нужно избегать горизонтального положения на спине сразу после приема пищи, соблюдать диету, носить свободную одежду, не давящую на область желудка.

Увеличение двигательной активности и модификация рациона питания путем добавления к пище пищевых волокон облегчают проявление запоров и геморроя.

При варикозном расширении вен нижних конечностей рекомендуют ношение компрессионного трикотажа, способствующего сдавлению подкожных вен, уменьшению застойных явлений, увеличению скорости кровотока по глубоким венам нижних конечностей. Также могут быть назначены сеансы лечебной физкультуры и контрастный душ в сочетании с правильным режимом труда и отдыха. При выраженном расширении вен нижних конечностей рекомендуют консультацию сосудистого хирурга.



Рис. 1. Формирование маточно-плацентарного кровотока



Рис. 2. Большие акушерские синдромы

Медикаментозные методы коррекции жалоб, возникающих во время нормальной беременности

Беременной с жалобами на изжогу при отсутствии эффекта от соблюдения диеты и образа жизни назначают препараты с антацидным действием, обволакивающие и вяжущие препараты растительного происхождения. При отсутствии эффекта профилактических мероприятий от запоров и геморроя назначают антигеморроидальные средства в виде ректальных свечей или кремов, разрешенных к применению во время беременности, а также пероральный прием лекарственных препаратов, содержащих биофлавоноиды (гесперидин + диосмин).

При выявлении бессимптомной бактериурии необходимо назначить пероральный курс антибактериальной терапии.

Назначение витаминов и пищевых добавок

Пероральный прием фолиевой кислоты на протяжении первых 12 недель беременности в дозе 400 мкг в день снижает риск рождения ребенка с дефектом нервной трубки (анэнцефалией или расщеплением позвоночника). Назначение перорального приема препаратов йода (калия йодида) в дозе 200 мкг в день рекомендуется на протяжении всей беременности.

При высоком риске ПЭ при низком потреблении кальция (менее 600 мг/день) назначают пероральный прием препаратов кальция на протяжении всей беременности в дозе 1 г/день. В группе высокого риска гиповитаминоза витамина D назначают пероральный прием витамина D на протяжении всей беременности в дозе 10 мкг (400 МЕ) в день. Его назначение доказанно снижает риск ПЭ, ЗРП и ГСД.

Рутинное назначение поливитаминов в группе низкого риска авитаминоза не рекомендовано.

Препараты железа назначаются беременным с анемией и/или железодефицитом в зависимости от уровня гемоглобина и/или ферритина.

Прием витамина А в дозе > 700 мкг может оказывать тератогенный эффект. Прием витаминов Е и С не может быть рекомендован, так как не снижает риск акушерских и перинатальных осложнений.

Медикаментозная профилактика осложнений в группах риска

При беременности, наступившей в результате ВРТ, рекомендовано назначение гестагенов с момента трансвагинальной пункции яичников или в первые трое суток после

нее. Назначение гестагенов при беременности, наступившей в результате ВРТ, производится по заключению врача-акушера-гинеколога центра ВРТ.

В группе высокого риска самопроизвольного выкидыша назначают прием гестагенов с первого визита до 20 недель беременности. К данной группе относятся пациентки с указанием на привычный выкидыш в анамнезе. Женщинам группы высокого риска ПР назначают прием препаратов прогестерона с 22 до 34 недель беременности.

Резус-отрицательной беременной с отрицательным уровнем антирезусных антител, не выявленным в 28 недель, рекомендовано назначить введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D) в 28–30 недель беременности в дозе, согласно инструкции к препарату, внутримышечно. При резус-отрицательной принадлежности крови мужа/партнера введение антирезусного иммуноглобулина Rho(D) в 28–30 недель не проводится. В случае неинвазивного определения резус-отрицательной принадлежности крови у плода по циркулирующим в крови матери внеклеточным фрагментам плодовой ДНК введение антирезусного иммуноглобулина Rho(D) в 28–30 недель не проводится. Резус-отрицательной беременной с отрицательным уровнем антирезусных антител при проведении амниоцентеза или биопсии ворсин хориона назначают введение антирезусного иммуноглобулина Rho(D) в дозе, согласно инструкции к препарату, внутримышечно.

Вакцинация во время беременности

Вакцинацию против гриппа беременным в текущий эпидемический сезон проводят инактивированными вакцинами на всех сроках беременности. Беременной противопоказано назначение живых вакцин. В обязательном порядке подписывается добровольное информированное согласие на проведение вакцинации. Трехвалентные инактивированные вакцины рекомендуются женщинам, у которых беременность совпадает с сезоном гриппа. Данные основаны на значительном уменьшении распространенности, тяжести течения и последствий гриппа у беременных женщин с потенциальной пользой для рожденных ими младенцев.

Направление в стационар. При сроке беременности 36–38 недель определяются дата и место родоразрешения, о котором информируют беременную. Показаниями для госпитализации в родильный дом являются: начало регулярной родовой деятельности, излитие околоплодных вод, появление патологических симптомов (кровянистые выделения из половых путей, повышение АД, боли вни-

зу живота и др.). Плановое поступление в родильный дом должно быть в 40–41 неделю беременности [3, 5].

Выводы

Таким образом, беременность, будучи физиологическим состоянием для женщины, может иметь определенные риски, реализация или нереализация которых зависит как от са-

мой женщины, так и от качества ведения на амбулаторном этапе. Поэтому знание и неуклонное исполнение требований, рекомендованных при ведении нормальной беременности, врачами, средним медицинским персоналом и самой пациенткой являются основой для реализации успешной беременности и рождения здорового ребенка.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Венозные осложнения во время беременности и в послеродовом периоде. Акушерская тромбоземболия: клин. рекомендации / Рос. о-во акушеров-гинекологов, Ассоц. анестезиологов-реаниматологов, Ассоц. акушер. анестезиологов-реаниматологов. М., 2021. 85 с.

Venous complications during pregnancy and the postpartum period. Obstetric thromboembolism: wedge: clinical guidelines. Russian Society of Obstetricians and Gynecologists, Association of anesthesiologists-resuscitators, Association of obstetricians and anesthesiologists and resuscitators. M., 2021. (In Russ.).

2. Гестационный сахарный диабет. Диагностика, лечение, акушерская тактика, послеродовое наблюдение: клин. рекомендации / Рос. ассоц. эндокринологов, Рос. о-во акушеров-гинекологов. М., 2020. 53 с.

Gestational diabetes. Diagnosis, treatment, obstetric tactics, postpartum care: clinical guidelines. Russian Association of endocrinologists, Russian Society of obstetricians-gynecologists. M., 2020. (In Russ.).

3. Нормальная беременность: клин. рекомендации / М-во Рос. Федерации, Рос. о-во акушеров-гинекологов. М., 2020. 80 с. // Рубрикатор клинических рекомендаций / М-во здравоохранения Рос. Федерации. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/288_1 (дата обращения: 22.02.2023).

Normal pregnancy: clinical guidelines. Ministry of Health of Russian Federation, Russian Society of obstetricians-gynecologists. M., 2020. Rubricator of clinical guidelines. Ministry of Health of Russian Federation. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/288_1 (Accessed February 22, 2023). (In Russ.).

4. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»: утв. приказом М-ва здравоохранения Рос. Федерации от 20 окт. 2020 г. № 1130-н. М., 2020. 746 с. // Официальный интернет-портал правовой информации. URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202011130037?index=740> (дата обращения: 20.02.2023).

The procedure for providing medical care in obstetrics and gynecology: approved by the Order of the Ministry of Health of Russian Federation of October 20, 2020 No. 1130-n. M., 2020. Official Internet portal of legal information. URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202011130037?index=740> (Accessed February 20, 2023). (In Russ.).

5. О ведении Регистра беременных женщин, дистанционном наблюдении беременных женщин и новорожденных детей на территории Хабаровского края: распоряжение м-ва здравоохранения Хабар. края от 24 мая 2021 г. № 700-р : [с прил.]. Хабаровск, 2021. 15 с. // Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов / Информ. компания «Кодекс». URL: <https://docs.cntd.ru/document/465382279> (дата обращения: 22.02.2023).

On maintaining the Register of pregnant women, remote monitoring of pregnant women and newborn children in the Khabarovsk Krai: Order of the Ministry of Health of the Khabarovsk Krai dated May 24, 2021. No. 700-p: [with appendix]. Khabarovsk, 2021. Electronic fund of legal and normative-technical documents / Codex Information company. URL: <https://docs.cntd.ru/document/465382279> (Accessed February 22, 2023).