**БПОУ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ «МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**специальность 31.02.01 Лечебное дело**

**ПМ .04 Профилактическая деятельность**

**МДК 04.01 Профилактика заболеваний и санитарно- гигиеническое образование населения**

**Раздел № 5 Организация и проведение профилактики акушерской и гинекологической патологии**

**Учебно-методический комплект преподавателя**

**Комаровой Г.Я. по теме №5.1 «Профилактика акушерской патологии»**

**Лекция 3**

**Проведение диспансерного наблюдения беременных. Ведение медицинской документации, отражающей диспансерное наблюдение. Своевременное выявление осложнений течения беременности и послеродового периода.**

***Цель занятия:*** Освоить понятие "диспансеризация", изучить классификацию осложнений беременности. Необходимо знать принципы профилактики аномалии родовой деятельности в женской консультации и родильном стационаре.

***Наглядные пособия:*** Рисунки, слайды

**Основные вопросы темы**

1. Основные задачи фельдшера фельдшерского здравпункта
2. Ведение медицинской документации.
3. Функции женской консультации
4. Аномалии родовой деятельности
5. Профилактика ЭГП

**Содержание занятия**

**Сл 2**

Женская консультация — ключевое звено амбулаторно-поликлинической службы в акушерстве и гинекологии.

Деятельность женской консультации регламентирована Приказом Минздравсоцразвития РФ № 223 от 30 марта 2006 г. «О мерах по совершен-

ствованию акушерско-гинекологической помощи населению Российской

Федерации».

**Сл 3 Основные задачи фельдшера фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта при проведении диспансеризации.**

*1)* **составление списков граждан**, подлежащих диспансеризации в текущем календарном году, и плана проведения диспансеризации на текущий календарный год с учетом возрастной категории граждан;

*2)* **активное привлечение населения** к прохождению диспансеризации, информирование о ее целях и задачах,

*3)* **инструктаж граждан**, прибывших на диспансеризацию, о порядке ее прохождения, объеме и последовательности проведения обследования;

*4)* **выполнение доврачебных медицинских исследований первого этапа** диспансеризации:

**Сл 4**

**–** (опрос-анкетирование), направленное на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

- антропометрия;

- расчет индекса массы тела;

- измерение артериального давления;

- определение уровня общего холестерина и уровня глюкозы в крови экспресс-методом;

- измерение внутриглазного давления бесконтактным методом;

- осмотр фельдшером, включая взятие мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование)1.

**Сл 5**

В целях оказания квалифицированной первичной медико-санитарной акушерско-гинекологической помощи женщинам, услуг по охране репродуктивного здоровья, профилактике абортов, а также по профилактике, диагностике и лечению гинекологических заболеваний женская консультация осуществляет следующие функции:

❑ диспансерное наблюдение беременных, в т.ч. выделение женщин

«групп риска» в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода;

❑ выявление, установление медицинских показаний и направление беременных женщин, родильниц, женщин с гинекологическими заболеваниями на стационарное лечение в учреждения здравоохранения

субъектов Российской Федерации и учреждения государственной системы здравоохранения для получения специализированных (дорогостоящих) видов медицинской помощи;

**сл 6** -

 физическая и психопрофилактическая подготовка беременных к родам, в том числе подготовка семьи к рождению ребёнка;

❑ патронаж беременных и родильниц;

❑ консультирование и оказание услуг по вопросам охраны репродуктивного здоровья, применения современных методов профилактики абортов согласно установленным стандартам и подготовки к беременности и родам;

❑ организация и проведение профилактических осмотров женского на-

селения с целью раннего выявления гинекологических и онкологических заболеваний;

❑ обследование и лечение беременных и гинекологических больных с

использованием современных медицинских технологий, в том числе в условиях дневного стационара и на дому (стационар на дому);

❑ диспансеризация гинекологических больных в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, включая реабилитацию;

**Сл 7**

Приказ Минздравсоцразвития РФ № 224 от 30.03.2006 г. «Положение об организации проведения диспансеризации беременных и родильниц».

1. Диспансерное наблюдение беременных и родильниц проводится врачами акушерами-гинекологами женских консультаций и акушерско-гинекологических кабинетов лечебно-профилактических учреждений и включает:

**Сл 8**

* осмотр и проведение необходимого объёма клинико-лабораторных и

инструментальных исследований;

* оценку состояния здоровья, осуществление динамического наблюдения;
* своевременное выявление осложнений беременности и послеродового периода;
* выявление беременных и родильниц, нуждающихся в госпитализации в дневные стационары, отделения патологии беременности
* родовспомогательных учреждений и другие подразделения лечебнопрофилактических учреждений по профилю акушерской и экстрагенитальной патологии;
* своевременное выявление пороков развития плода с использованием биохимического скрининга сывороточных маркёров крови матери

в первом или втором триместрах беременности и трёхкратного ультразвукового обследования в сроки, установленные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 декабря 2000 г.№ 457 «О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врождённых заболеваний у детей»;

**Сл 9**

❑ патронаж беременных и родильниц;

❑ проведение физической и психопрофилактической подготовки беременных к родам, формирование мотивации у беременной и семьи к рождению и воспитанию здорового ребёнка;

❑ осуществление санитарно-гигиенического образования беременных по вопросам грудного вскармливания, профилактике абортов и заболеваний репродуктивной системы;

❑ проведение комплекса необходимых лечебно-профилактических реабилитационных и социальных мероприятий для сохранения и восстановления здоровья беременных и родильниц;

❑ обеспечение взаимодействия женской консультации (акушерско-гинекологических кабинетов) с другими лечебно-профилактическими учреждениями (амбулаторно-поликлиническими учреждениями,

кожно-венерологическими, наркологическими, противотуберкулёзными диспансерами, центрами по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями и т.д.) при проведении обследования и лечения беременных и родильниц.

**Сл 10**

1. При физиологическом течении беременности осмотры проводят врач акушер-гинеколог (не менее десяти раз), врач терапевт (не менее двух раз), врач окулист, врач отоларинголог, врач стоматолог (при первичном обращении).

3. В труднодоступных и отдалённых районах, в сельской местности при отсутствии врача акушера-гинеколога проведение диспансерного наблюдения, патронажа беременных и родильниц может осуществляться врачом общей практики (семейным врачом) в соответствии с требованиями, установленными приказом Минздравсоцразвития РФ от 17 января 2005 г. № 84 «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)».

**Сл 11**

4. Снятие с диспансерного учёта родильниц при физиологическом течении послеродового периода осуществляется врачом общей практики.

При наличии акушерской или экстрагенитальной патологии (или остаточных явлений после неё) решение вопроса о снятии с диспансерного учёта родильниц осуществляется врачом акушером-гинекологом или соответствующим врачом-специалистом.

Врачи женских консультаций и акушерско-гинекологических кабинетов должны работать в тесном контакте с акушерскими стационарами.\_\_

Важнейшее значение имеет грамотное ведение медицинской документации.

**Сл 12**

 **Медицинская карта стационарного больного** (форма № 003/у) заполняется на каждого поступившего в стационар, где является основным медицинским документом.

**Медицинская карта прерывания беременности** (форма № 003–1/у) заводится на всех женщин, поступивших в стационар для искусственного пре

рывания беременности или по поводу самопроизвольного аборта, в учреждениях, имеющих условия для выполнения аборта.

Следует помнить:

■ строка «название операции» заполняется после производства операции;

■ строки «диагноз клинический», «диагноз при выписке», «осложнения»

заполняются при выписке больной из стационара;

■ при прерывании беременности по медицинским показаниям на женщину заполняется медицинская карта стационарного больного (форма№003/у).

на беременных и родильниц заполняют индивидуальную карту беременной и родильницы (ф. № 111/у). На фельдшерско-акушерских пунктах и здравпунктах в случае необходимости вместо медицинской карты амбулаторного больного разрешается вести журнал регистрации амбулаторных больных (ф. № 074/у).

**сл 13**

**Индивидуальная карта беременной и родильницы** (форма № 111/у) заполняется на каждую обратившуюся в женскую консультацию беременную, желающую сохранить беременность. В карту заносятся данные анамнеза (особо подробно о течении и исходах предыдущих беременностей), результаты общего и специального акушерского обследования, заключения терапевта и других специалистов о состоянии здоровья беременной.

Последняя страница предназначается для записи сведений о течении и исходе родов (на основании талона № 2 обменной карты ф. № 113/у), а также о течении послеродового периода после выписки родильницы из стационара.

**Сл 14**

**Контрольная карта диспансерного наблюдения** (форма № 030/у) заполняется всеми амбулаторно-поликлиническими учреждениями , за исключением противотуберкулёзных, онкологических, психоневрологических и наркологических учреждений. Карты заполняются на всех больных, взятых под диспансерное наблюдение.

На больных, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу двух заболеваний и более, этиологически не связанных между собой, заполняются разные контрольные карты.

**Сл 15**

**Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы, сведения женской консультации о беременной** (форма № 113/у) состоит из трёх отрывных талонов. Она предназначена для осуществления преемственности в наблюдении за женщиной и её ребёнком женской консультации, акушерского стационара и детской поликлиники. Обменная карта выдаётся женской консультацией на руки каждой беременной при сроке беременности 22 нед.

При поступлении в стационар (на роды или в отделение патологии беременности) женщина обязана предъявить обменную карту.

Первый талон хранится в истории родов.

Второй талон «Сведения родильного дома, родильного отделения больницы о родильнице» заполняется в акушерском стационаре перед выпиской родильницы и выдаётся ей для передачи в женскую консультацию.

Третий талон «Сведения родильного дома, родильного отделения больницы о новорождённом» заполняется в детском отделении акушерского

стационара перед выпиской ребёнка и выдаётся матери для предоставления

в детскую поликлинику. Однако это не освобождает акушерский стационар

от необходимости сообщения в детскую поликлинику о выписке новорождённого (в день его выписки).

**Сл 16**

В обществе распространено мнение, что многие беременные больны, здоровых детей практически не рождается, а нормальных родов очень мало. Следует отметить, что подобную точку зрения поддерживают и некоторые акушеры-гинекологи, объясняя возможные осложнения беременности и родов нездоровьем беременных.

Новые научно обоснованные технологии по профилактике осложнений беременности позволяют добиться неплохих результатов.

Одной из главных задач здравоохранения является разработка и совершенствование методов контроля, диагностики и профилактики нарушений и пороков развития, реализации права ребенка родиться здоровым.

Пренатальная диагностика необходима для каждой беременной. Ультразвуковое исследование проводится трижды - в раннем сроке беременности (6-8 недель) во второй половине (19-22 недели), незадолго до родов (32-34 недели). Если имеются показания, ультразвуковое исследование повторяется.

**Сл 17**

Задержка развития плода, фето-плацентарная недостаточность могут быть связаны с осложнениями беременности - гестозом, пиелонефритом, внутриутробной инфекцией, анемией, несбалансированным питанием и др. Следовательно, необходима система предупреждения ВПР плода, а также медикаментозная профилактика и терапия возможной задержки развития плода.

Наряду с предупреждением ВПР получила распространение профилактика осложнений беременности - задержки развития плода, анемии, гестозов и др.

**Сл 18**

Согласно рекомендациям ВОЗ все женщины на протяжении 2 и 3 триместра беременности и в первые 6 месяцев лактации должны принимать препараты железа.

 При железодефицитной анемии наблюдается сухость кожных покровов с желтизной, ломкие ногти и волосы, «синева» склер, наблюдается гипопротеинемия, гипоальбуминемия, может возникать отечность тканей. Подобные осложнения возникают у будущих мам, страдающих анемией, они очень неблагоприятно могут сказаться и на плоде, и на самой женщине. Увеличивается вероятность преждевременных родов.

Акушерские кровотечения возникают у таких женщин примерно в 1,5 раза чаще. Очень часто возникают послеродовые гнойные заболевания, связанные со снижением иммунитета.

Фолаты — обязательное назначение. Для профилактики ДНТ, других пороков развития и осложнённого течения беременности всем без исключения женщинам, готовящимся к зачатию, необходимо в течение 3 мес преконцепционного периода и как минимум на протяжении I триместра гестации принимать фолаты (оптимально в составе фолатсодержащих комплексов) в дозировке 400–800 мкг/сутA . В группах высокого риска ДНТ доза должна быть увеличена до 4000 мкг/сут (под контролем содержания гомоцистеина в крови)A . Неназначение фолиевой кислоты, предписанной порядками оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями, разработанными и утверждёнными в соответствии с частью 2 ст. 76 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», причисляют к дефектам оказания медицинской помощи. Назначение фолиевой кислоты мужчине в программах ПП может быть уместно в случае нарушений сперматогенеза, однако это требует дальнейшего изучения (Прегравидарная подготовка). Дефицит фолатов вызывает нарушение эмбриогенеза и формирование ВПР81, в том числе незаращение нервной трубки («дефекты нервной трубки», ДНТ)

Дополнительный приём фолатов в периконцепционный период позволяет добиться следующих профилактических эффектов:

• сокращения на 70–92% частоты пороков из группы ДНТ;

• снижения риска врождённых пороков сердца на 26–40% (повышение дозировки до 800 мкг в составе мультивитаминного комплекса увеличивает показатель до 58%);

 • достоверного уменьшения риска преждевременных родов, преэклампсии и преждевременной отслойки плаценты

**Сл 19** **Профилактика акушерских кровотечений.**

**I этап профилактических** мероприятий проводят врачи женских консультаций и дородовых отделений стационаров.

Группа "риска" по возможным кровотечениям включают беременных с:

1) гипоплазией половых органов, инфантилизмом, пороками развития полового аппарата;

2) наличием воспалительных процессов гениталий;

3) абортами и осложненным течением родов в прошлом;

4) невынашиванием и перенашиванием беременности;

5) перерастяжением матки за счет многоводия, многоплодия, наличия крупного плода;

6) юных и возрастных первородящих;

7) сопутствующими заболеваниями, особенно сердечно-сосудистыми и печени;

8) артериальной гипотонией, гипертонической болезнью;

9) резус-отрицательной принадлежностью крови;

10) анемией беременных, сахарным диабетом;

11) прэеклампсия.

**Сл 20 II этап профилактики** заключается в своевременном правильном родоразрешении. Особое внимание необходимо обращать на коррекцию родовой деятельности, терапию позднего гестоза (преэклампсии), проведение эффективного обезболивания родового акта. Все оперативные вмешательства должны осуществляться при адекватном анестезиологическом пособии, при явлении патологической кровопотери проводить четкие действия по остановке кровотечения и своевременному восполнению ОЦК. Профилактика синдрома ДВС состоит в предупреждении акушерской патологии, ведущей к нарушению состояния свертывающей системы крови и фибринолиза.

**Сл 22 Профилактика акушерских кровотечений**

Немаловажное значение в профилактике кровотечений имеет профилактика аборта путем использования современных контрацептивных средств, сохранение первой беременности, своевременное выявление и лечение экстрагенитальной патологии. Раннее взятие беременных женщин на учет, качественное их обследование, своевременное выявление контингента беременных женщин с "повышенным риском" (отягощенный акушерский анамнез, многорожавшие, пожилой возраст первородящей, многоплодная беременность, узкий таз и др.) и дородовая госпитализация их в стационары. У рожениц с "повышенным риском" по кровотечению с профилактической целью в конце второго и в начале третьего периода родов необходимо ввести внутривенно медленно 1,0 мл раствора метилэргометрина 0,02% с 20 мл раствора глюкозы 40%. Если в родах применяется капельно внутривенно окситоцин, следует продолжать его введение и по окончании родов в течение 10-15 мин.

**Сл 23 Аномалии** родовой деятельности - серьезная акушерская патология, приводящая к осложнениям для матери и плода.

**Причины нарушений сократительной активности матки.**

•Чрезмерное нервно-психическое напряжение, переутомление.

•Несостоятельность механизмов регуляции родовой деятельности вследствие острых и хронических инфекций, нарушений жирового обмена.

•Аномалии развития и опухоли матки.

•Патологические изменения шейки матки (рубцовые деформации).

•Наличие механических препятствий для продвижения плода.

•Все случаи перерастяжения матки.

•Переношенная беременность.

•Нерациональное введение сокращающих средств.

Причины аномалий родовых сил имеют единые корни, но при слабости в большей степени страдают процессы, обеспечивающие энергетические возможности миометрия, а при дискоординации и чрезмерно бурной родовой деятельности нарушается система регуляции

**Сл 24**

**Профилактика** аномалий родовой деятельности должна начинаться задолго до родов. Важное значение имеет осуществление мероприятий по гигиене детского и школьного возраста, рациональному режиму питания, физкультуре, обеспечивающих гармоничное развитие женского организма, реабилитация при наличии каких-либо заболеваний до репродукции.

Со второй половины беременности для предупреждения чрезмерного растяжения брюшного пресса и отвисания живота женщина должна носить бандаж.

**Сл 25**

Группу риска по аномалиям родовой деятельности составляют первородящие, особенно старше 27 лет, многорожавшие женщины, имеющие в анамнезе хронические воспалительные заболевания гениталий, с патологией шейки матки, первичными и вторичными расстройствами менструальной функции с экстрагенитальными заболеваниями, в том числе анемией.

**Сл 26**

Во время родов нередко возникают разрывы мягких тканей родового канала (вульвы, влагалища, промежности и шейки матки). При патологических родах иногда возникают гематомы, повреждения сочленений таза, травмы костей таза, мочевого пузыря и прямой кишки, мочеполовые и кишечно-влагалищные свищи. Во время родов может произойти выворот матки и разрыв матки (опасные осложнения). Родовой травматизм наблюдается при патологическом течении родов, несвоевременном и неправильном оказании акушерской помощи. Различают родовые травмы *самопроизвольные и насильственные*, возникшие в результате акушерских вмешательств.

**Сл 28**

Выделяют

 *механические* (связанные с перерастяжением тканей),

 *морфологические* (обусловленные гистохимическими изменениями в тканях)

 *смешанные* (механо-гистопатические) причины родового травматизма.

Приблизительно **20%** родов осложняются травмами мягких тканей родового канала. Травмируются ткани вульвы, влагалища, промежности, шейки матки. Чаще разрывы мягких тканей возникают у первородящих.

***Сл 29 Профилактика***

 ·Правильное ведение родов.

 ·Бережное выполнение акушерских операций.

 ·Своевременное рассечение промежности при угрозе её разрыва.

Для профилактики инфекционных осложнений проводят антибактериальную терапию с учётом чувствительности к антибактериальным препаратам.

***Прогноз***

При своевременном и адекватном хирургическом восстановлении повреждённых тканей родовых путей и при соответствующем ведении послеродового периода прогноз благоприятный.

***Сл 30 Профилактика*** разрывов матки

Для обеспечения профилактики разрывов матки необходима хорошая организация работы всех звеньев акушерско-гинекологической службы.

 Широкая санитарно-просветительная работа.

 Тщательное обследование каждой беременной.

 *Выделение беременных группы риска:*

**Слайд 31** –

-перенёсших воспалительные заболевания или имевших оперативные вмешательства на матке: кесарево сечение и особенно миомэктомия лапароскопическим доступом при выраженном интерстициальном компоненте и расположении узла на задней стенке матки;

-имеющих большое число родов и абортов в анамнезе;

-с узким тазом;

-с крупным плодом при настоящей беременности;

-в состоянии переношенной беременности;

-с неправильным положением плода.

 ·Тщательное наблюдение за течением родов.

 ·Своевременная диагностика угрожающего разрыва матки.

**Сл 32**

Под особым наблюдением женской консультации должны находиться беременные с рубцом на матке. Важна также объективная оценка состояния рубца на матке до наступления беременности, что помогает провести отбор женщин для самопроизвольных родов.

*Методы диагностики состояния рубца на матке вне беременности:*

 ·гистерография с применением контрастных веществ (проводят на 18–19-й день менструального цикла);

 ·гистероскопия (проводят через 8–12 мес после операции на 4–5 день менструального цикла);

 ·ультразвуковое исследование, в том числе биконтрастная эхоскопия.

**Сл 33 Иммунологический конфликт при беременности развивается при несовместимости крови матери и плода по АВО-системе**

или по резус-фактору и крайне редко по другим факторам крови (система Кели, Даффи, Лютеран, Льюис).

Резус-фактор является протеином и содержится в основном в эритроцитах, в меньшей степени - в лейкоцитах и тромбоцитах. Существуют основные разновидности резус-факгора, качественно отличающиеся друг от друга: антиген Д, содержащийся в крови в 85% людей, антиген С, содержащийся в крови у 70%, антиген Е, имеющийся у 30% людей.

Развитие конфликта возможно, когда у резус-отрицательной матери развивается резус-положительный плод.

**Сл 34 Ведение беременности**

У всех беременных с неизвестной резус принадлежностью необходимо определить ее при первом обращении к врачу женской консультации вне зависимости от того, предстоят ли роды или планируется прерывание беременности.

Беременные с резус-отрицательной кровью должны систематически обследоваться на наличие антител и их титра. У несенсибилизированных первобеременных женщин антитела определяют 1 раз в 2 месяца; у беременных с явлениями резус-сенсибилизации кровь на антитела исследуется 1 раз в месяц до 30 нед., с 32 по 35 нед. - 2 раза в месяц, а затем еженедельно.

**Сл 35 НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ.**

**ПЕРЕНОШЕННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ.**

***Невынашивание беременности*** - это самопроизвольное прерывание беременности в сроки от зачатия до 37 нед, считая с 1-го дня последней менструации

**Факторы, связанные с ранней потерей беременности:**

 Поздний возраст матери (в возрасте от 20 до 30 лет риск самопроизвольного выкидыша составляет 9-17%, в 35 лет - 20%, в 40 лет - 40%, в 45 лет - 80%).

 Употребление алкоголя (умеренное).

 Использование кофеина (дозозависимый эффект: 4-5 чашек кофе, или более 100 мг кофеина).

 Курение (более 10 сигарет в день).

 Употребление кокаина.

 Хронические заболевания матери: антифосфолипидный синдром, тромбофилии, синдром поликистозных яичников, заболевания щитовидной железы, некорригированный сахарный диабет, возможно, целиакия (энтеропатия, связанная с повреждением ворсинок тонкой кишки).

 Инфекции у матери: листериоз, сифилис, хламидии, токсоплазмоз; микоплазмы или уреаплазмы влагалища (противоречивые данные).

 Препараты: итраконазол (противогрибковое средство), метотрексат (цитостатик), нестероидные противовоспалительные препараты (нарушают процессы имплантации за счет угнетения синтеза простагландинов), ретиноиды (оказывают тератогенный эффект), пароксетин и венлафаксин (антидепрессанты с сильным противотревожным действием).

 Ожирение.

 Предыдущая потеря беременности на раннем сроке (риск последующей потери беременности у женщин с одним самопроизвольным выкидышем в анамнезе риск составляет 18-20%, после двух выкидышей он достигает 30%, после трех выкидышей - 43%. Для сравнения: риск выкидыша у женщин, предыдущая беременность у которых закончилась успешно, составляет 5%).

 Аномалии и органические заболевания половых органов: врожденные аномалии матки, миома матки, операции на шейке матки, внутриматочные синехии.

 Токсины и профессиональные вредности: ионизирующее излучение, пестициды, вдыхание анестезиологических газов.

**Другие факторы.**

Лихорадка (гипертермия) (повышение температуры тела более 37,7° С приводит к увеличению частоты ранних самопроизвольных выкидышей).

Непосредственная травма плодного яйца (риск при травме, включая инвазивные методики пренатальной диагностики (хорионбиопсия, амниоцентез, кордоцентез), составляет 1-5%).

Дефицит фолиевой кислоты (повышается риск самопроизвольного выкидыша с 6 до 12 нед беременности, что обусловлено большей частотой формирования аномального кариотипа плода)

**Сл 36 ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ.**

**1. Первичная профилактика (вне беременности):**

***Рекомендуется:***

• ограничение повторных внутриматочных манипуляций

(выскабливание полости матки);

• информирование общественности о повышенном риске рождения детей, зачатых с помощью вспомогательных репродуктивных технологий.

• ограничение количества переносимых эмбрионов при ВРТ (вспомог репрод технолог) в зависимости от возраста пациентки и прогноза.

***Сл 37******Не рекомендуется:***

• рутинное применение поливитаминов до зачатия и на протяжении первых двух месяцев беременности;

• назначение белково-энергетических пищевых добавок в период беременности;

• дополнительный прием кальция во время беременности;

• дополнительный прием антиоксидантов - витаминов С и Е;

• постельный режим (Bed-rest);

• гидратация (усиленный питьевой режим, инфузионная терапия), используемая в целях нормализации фетоплацентарного кровотока для предотвращения преждевременных родов.

**Сл 38 2. Вторичная профилактика (в период беременности):**

***Рекомендуется:***

*•* внедрение антиникотиновых программ среди беременных;

• назначение вагинального прогестерона в капсулах беременным с короткой шейкой матки (10-25 мм) или с преждевременными родами в анамнезе.

**3. Отдельные методы профилактики в группе беременных высокого риска преждевременных родов:**

***Швы на шейку матки.*** Считается неэффективным наложение швов при короткой шейке матки всем беременным, кроме женщин из группы высокого риска преждевременных родов.

При длине шейки матки 15 мм и менее при дополнительном интравагинальном введении прогестерона частота преждевременных родов уменьшается.

Согласно данным Кохрейновского обзора, наложение швов на шейку матки снижает частоту преждевременных родов у женщин высокого риска без статистически значимого снижения частоты перинатальной смертности или неонатальной заболеваемости. Авторами подчеркивается, что решение о наложении швов должно быть персонализировано в зависимости от клинической ситуации, профессиональной подготовки врача и выбора пациентки.

***Производные прогестерона.*** По данным мировой литературы эффективно назначение прогестерона в группе высокого риска у «асимптомных» женщин (прежде всего среди женщин, в анамнезе которых имеются преждевременные роды), снижает риск повторных преждевременных родов на 35 % .

**Сл 39 Антибактериальная профилактика.**

***Рекомендуются:***

• *скрининг и лечение бессимптомной бактериурии,* определяемой как наличие бактерий в посеве в количестве более 105 КОЕ/мл (колониеобразующие единицы). Выбор препарата зависит от результатов посева

**Сл 40** **Замершая беременность**

***Замершая беременность*** (или ***неразвивающаяся беременность***) - 1 из видов невынашивания плода. О ***невынашивании беременности*** можно говорить в ситуациях, когда начало беременности соответствовало всем медицинским нормам, а затем произошла полная остановка в развитии плода и его гибель.

Кроме того замирание беременности может произойти в случае удачного зачатия, когда яйцеклетка оплодотворена и успела прикрепиться к матке, при полном отсутствии развитии эмбриона. Это называется «пустое плодное яйцо» - все внезародышевые органы сформированы, а эмбрион отсутствует в яйце.

Достаточно часто неразвивающаяся беременность диагностируется на ранних сроках беременности.

Признаки неразвивающейся беременности могут быть стертыми. Чаще возникают скудные кровяные выделения из половых путей с тянущими болями в нижних отделах живота или без них. В этом случае необходимо проведение УЗИ. При размерах плодного яйца 20 мм точно должен визуализироваться эмбрион с сердцебиением. Если срок меньше и средний внутренний диаметр плодного яйца менее 20 мм, а также отсутствуют боли, то доктор назначает контрольное УЗИ через 7-10 дней (по результатам исследования окончательно устанавливается или опровергается диагноз неразвивающейся или замершей беременности).

**Сл 41 Причины невынашивания беременности**

Причины неразвивающейся беременности на ранних сроках достаточно схожи с общей ситуацией, когда женщина не может выносить ребенка.

Существует множество причин, по которым беременная женщина может потерять ребенка:

* наличие инфекционных заболеваний (бактериальные, грибковые и вирусные заболевания приводят к воспалению эндометрия, а это мешает плоду закрепиться в матке и развиваться);
* [половые инфекции](https://www.mediccity.ru/directions/607) ([герпес](https://www.mediccity.ru/directions/298), [трихомониаз](https://www.mediccity.ru/directions/296), [микоплазмоз](https://www.mediccity.ru/directions/297), токсоплазмоз, [хламидиоз](https://www.mediccity.ru/directions/294));
* [эндокринные заболевания](https://www.mediccity.ru/directions/23), которые могут привести к гормональному дисбалансу и, как следствие, к выкидышу;
* психическое, физическое и эмоциональное истощение;
* недостаток женских гормонов, например, прогестерона, что может привести к прерыванию беременности;
* хромосомные и другие аномалии плода;

**сл 42**

* врожденная и приобретенная патология матки (например, в результате абортов и выкидышей в прошлом);
* резус-конфликт (отрицательный резус-фактор у мамы и положительный у папы могут привести к конфликту антител, в результате которого организм матери воспринимает плод как инородное тело и пытается вытолкнуть его из организма);
* наличие вредных привычек у беременной (курение, употребление алкоголя, наркотиков, что приводит к интоксикации организма;
* неблагоприятная экологическая обстановка, радиация.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Диагностика осложнений при беременности | Диагностика осложнений при беременности | Диагностика осложнений при беременности |

**Сл 43 Асфиксия новорожденных**

Термином «асфиксия новорождённых» обозначают клинический синдром, проявляющийся в первые минуты жизни затруднением или полным отсутствием дыхания у ребенка, имеющего признаки сердечной деятельности. Помимо нарушения дыхания у большинства детей, родившихся в состоянии асфиксии, отмечают угнетение безусловной нервно-рефлекторной деятельности и, в части случаев, острую сердечно-сосудистую недостаточность

***Какие могут быть последствия перенесенной тяжелой асфиксии новорожденным ребенком?***

а) некротизирующий энтероколит;

б) внутрижелудочковые кровоизлияния;

в) термолабильность;

г) гипербилирубинемия;

**сл 44 Факторы, способствующие развитию асфиксии**

 Различают антенатальные и интранатальные факторы.

 Антенатальные оказывают воздействие на развивающийся плод внутриутробно и являются следствием образа жизни беременной женщины. К антенатальным факторам можно отнести: - заболевания матери (сахарный диабет, гипертония, болезни и пороки сердца и сосудов, почек, легких, анемия);
- проблемы предыдущих беременностей (выкидыши, мертворождения);

 - осложнения в течении настоящей беременности (угроза выкидыша и кровотечение, многоводие, маловодие, недонашивание или перенашивание, многоплодная беременность);

- прием матерью некоторых лекарственных препаратов;

- социальные факторы (прием наркотических веществ, отсутствие медицинского наблюдения в период беременности, беременные в возрасте младше 16 и старше 35 лет).

**Сл 45**

Интранатальные факторы действуют на ребенка в процессе родов. К интранатальным факторам относят различные осложнения, возникающие непосредственно в момент рождения (стремительные или затяжные роды, предлежание или преждевременная отслойка плаценты, аномалии родовой деятельности). Все они приводят к гипоксии плода — снижению поступления кислорода к тканям и к кислородному голоданию, значительно повышающему риск рождения ребенка с асфиксией.
**сл 46 Причины асфиксии**

Среди многочисленных причин выделяют пять основных механизмов, которые приводят к асфиксии. Недостаточное очищение от токсинов материнской части плаценты в результате низкого или высокого давления у матери, чрезмерно активных схваток или по другим причинам. Снижение концентрации кислорода в крови и органах матери, причиной которой могут быть тяжелые анемии, недостаточность дыхательной или сердечно-сосудистой системы. Различные патологии со стороны плаценты, в результате чего газообмен через нее нарушается. В их числе кальцинаты, предлежание или преждевременная отслойка плаценты, воспаление плаценты и кровоизлияния в нее. Прерывание или нарушение поступления крови к плоду через пуповину. Это встречается, когда пуповина туго обматывает шею малыша, при сдавлении пуповины во время прохождения ребенка через родовые пути, при выпадении пуповины. Недостаточные дыхательные усилия новорождённого при угнетающем воздействии лекарств на нервную систему (следствие лечения мамы различными лекарствами), в результате тяжелых пороков развития, при недоношенности, из-за незрелости органов дыхания, по причине нарушения поступления воздуха в дыхательные пути (закупорка или сдавление извне), как следствие родовых травм и тяжелых внутриутробных инфекций. Особую группу риска по развитию асфиксии составляют недоношенные детки, у которых масса тела при рождении экстремально низкая, переношенные и дети, у которых есть задержка внутриутробного развития. У таких детей риск развития асфиксии самый высокий.
**сл 47** **Гестоз**

***Гестоз*** развивается во вторую половину беременности (после 20 недель) и представляет большую опасность не только для самой беременности, но и для здоровья женщины и ее ребенка. Обычно гестоз проявляется возникновением отеков (водянка беременной).

Следующая стадия гестоза - ***преэклампсия*** - сопровождается повышением артериального давления и появлением белка в моче. Это говорит об изменениях в биохимическом составе крови, ухудшении кровообращения в капиллярах и мелких сосудах (и в плаценте тоже). При прогрессировании гестоза может возникнуть эклампсия с критическим снижением мозгового кровообращения, ишемией мозга и цитотоксическим отеком мозга. Появляются судороги, возможна кома.

**Сл 48 Преэклампсия/эклампсия**

***Хроническая артериальная гипертензия (ХАГ)*** - регистрируется либо до беременности, либо **до 20 недель беременности**. Она может быть первичной или вторичной этиологии.

***Гестационная артериальная гипертензия (ГАГ)*** - артериальная гипертензия, установленная **после 20 недель** беременности, без значительной протеинурии.

***Преэклампсия*** - артериальная гипертензия, установленная **после 20 недель** беременности, со значительной протеинурией.

***Преэклампсия (ПЭ)*** - мультисистемное патологическое состояние, возникающее во второй половине беременности (**после 20-й недели**), характеризующееся артериальной гипертензией в сочетании с протеинурией (>0,3 г/л в суточной моче), нередко, отеками, и проявлениями полиорганной/полисистемной дисфункции/недостаточности.

***Тяжелая преэклампсия*** - преэклампсия с тяжелой артериальной гипертензией и/или клиническими и/или биохимическими и/или гематологическими проявлениями

**Судороги могут возникнуть во время беременности, родов и в послеродовом периоде**.

**Сл 49 Профилактика преэклампсии**

***Рекомендовать ежедневный прием 75-162 мг аспирина всем пациенткам с высоким риском преэклампсии:***

 Гипертензивные расстройства во время предыдущей беременности.

 Хронические заболевания почек.

 Аутоиммунные заболевания (системная красная волчанка или

 антифосфолипидный синдром).

 Диабет 1 или 2 типа.

 Хроническая гипертензия.

***Сл 50***

 ***Рекомендовать ежедневный прием 75-162 мг аспирина пациенткам, имеющим более 1 умеренного фактора риска преэклампсии]:***

 Первая беременность.

 Возраст 40 лет и старше.

 Интервал между беременностями более 10 лет.

 ИМТ более 35 кг/м2.

 Семейный анамнез преэклампсии.

 Многоплодная беременность.

Во время беременности мать и плод составляют неразделимую функциональную систему. Здоровье матери является обязательным условием

нормального функционирования и развития обеих частей этой системы.

Соответственно, очень важно лечить мать тогда, когда это необходимо, максимально защищая ещё не родившегося ребенка.

**Сл 51**

Лекарства могут оказывать вредное влияние на плод на любом сроке беременности. Это необходимо помнить, назначая лекарственную терапию женщинам детородного возраста. Однако вред может также причинить и необоснованный страх перед использованием во время беременности необходимых лекарственных средств. К этому относятся нелечёные заболевания, плохое выполнение женщиной назначений, недостаточная терапия или неудачи в лечении.

Все это может подвергать риску здоровье матери и влиять на плод. Важно представлять себе «базовый риск» в контексте распространенности лекарственно-индуцированных отрицательных исходов беременности. Большие врождённые пороки развиваются у 2–4% новорождённых. До 15% всех диагностированных беременностей завершаются потерей плода. Причины этих печальных исходов беременностей понятны только в малом проценте случаев.

Во время первого триместра лекарства могут вызывать врождённые уродства (тератогенез ), риск которых наиболее высок с третьей по одиннадцатую недели беременности. Во II и III триместрах лекарственные средства могут влиять на рост и функциональное развитие плода или оказывать токсическое влияние на ткани плода.

Лекарства, назначаемые незадолго до родов или при родах, могут оказывать побочные эффекты на родовой процесс или на состояние новорождённого после родов. Для небольшого числа лекарств убедительно установлены тератогенные свойства у человека, но ни одно лекарственное средство, вне всякого сомнения, не может считаться абсолютно безопасным на ранних сроках беременности. Если известно о риске формирования определённых пороков, показано скрининговое обследование во время беременности.

Если возможно, нужно проконсультировать женщину до плановой беременности, сообщить о риске, связанном с применением лекарственных средств, средств традиционной медицины, злоупотреблением курением и алкоголем**. Перед плановой беременностью необходимо назначать препараты фолиевой кислоты, так как прием фолиевой кислоты до беременности и на ранних её сроках снижает риск дефекта нервной трубки.**

Во время беременности лекарственные средства следует назначать, если ожидаемая польза для матери больше, чем риск для плода. Если возможно,следует избегать приема любых лекарств в I триместре. **Предпочтение следует отдавать препаратам, которые широко используются во время беременности и показали себя безопасными**, а не новым или не опробованным средcтвам. Следует назначать минимальную эффективную дозу. Хорошо изученные однокомпонентные препараты обычно предпочтительнее многокомпонентных.

**Сл 52 Многоплодная беременность**.

В последнее десятилетие частота многоплодной беременности повысилась до 3% в связи с гиперстимуляцией овуляции и проведением экстракорпорального оплодотворения с подсадкой двух, трех, четырех эмбрионов. Это стало причиной новой проблемы — ятрогенного многоплодия, т.е. многоплодия вследствие применения вспомогательных репродуктивных технологий. При большом числе плодов (тройня, четверня и т.д.) близнецы могут быть как монозиготными, так и дизиготными.

Женщины с многоплодной беременностью часто жалуются на утомляе-

мость, одышку, изжогу, расстройства мочеиспускания (особенно в конце беременности).

**Осложнения**

В I триместре многоплодной беременности наиболее частые осложнения — угроза прерывания беременности и рвота беременных. В 15−20% наблюдений происходит отмирание одного из плодных яиц; это может быть

обусловлено анэмбрионией (отсутствием эмбриона) или гибелью одного из зародышей.

**Сл 53**

Во II и III триместрах многоплодная беременность протекает с осложнениями у 70−85% женщин. Наиболее частыми осложнениями служат анемия, гестоз, многоводие, угроза прерывания беременности, преждевременное излитие околоплодных вод и преждевременные роды (50% случаев).

Кроме того, при наличии в матке двух или более плодов часто встречают задержку развития плода или плодов, их незрелость, врождённые аномалии

развития, преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты, неправильное положение плода

**сл 54 Показания к госпитализации**

■ Все показания для госпитализации при одноплодной беременности.

■ Осложнения в течение беременности (акушерская или экстрагенитальная патология).

■ 2 нед до родов при неосложнённом течении беременности двойней для

обследования и решения вопроса о сроках и методе родоразрешения.

■ 4 нед до родов при неосложнённом течении беременности тройней (с учётом частого недонашивания) для обследования и решения вопроса о сроках и методе родоразрешения.

**Сл 55 Женщин с заболеванием сердца**

Следует ставить на диспансерный учет у терапевта женской консультации. Независимо от состояния их госпитализируют 3 раза:

1) в 8-10 нед. беременности для уточнения диагноза и решения вопроса о возможности ее сохранения;

2) в 28-30 нед. - в период наибольшей гемодинамической нагрузки на сердце;

3) за 3 нед. до срока родов - для подготовки к ним.

Появление признаков недостаточности кровообращения или обострения ревматизма является показанием для госпитализации при любом сроке беременности. Основными задачами обследования беременной женщины являются установление акушерского диагноза, определение формы и стадии развития порока степени сердечной недостаточности, активности ревматического процесса, выявление хронических очагов инфекции (пиелонефрит, тонзиллит, отит и др.). Л.В.Ванина (1972) предложила прогнозировать течение беременности и родов в зависимости от степени риска.

**Сл 56**

 К 1 степени риска относятся беременные с пороками сердца без выраженных признаков сердечной недостаточности и обострения ревматизма.

Для 2 степени характерны начальные симптомы сердечной недостаточности и активная фаза ревматизма (1 стадия).

Для 3 степени - признаки преобладания правожелудочковой недостаточности, наличие 2 стадии активности ревматизма, недавно возникшая мерцательная аритмия, легочная гипертензия 2 стадии.

 4 степень риска - признаки левожелудочковой или тотальной недостаточности, наличие 3 степени активности ревматизма, кардио- или атриомегалия, длительно существующая мерцательная аритмия с тромбоэмболическими проявлениями, легочная гипертензия 3 стадии.

**Сл 57**

Основным направлением при ведении беременности должна быть профилактика проявления или нарастания недостаточности кровообращения, особенно такого грозного осложнения, как отек легких. Поэтому в периоды максимальных нагрузок на сердечнососудистую систему, при активизации ревматического процесса или хронических очагов инфекции необходимо назначать сердечные гликозиды, мочегонные препараты, благоприятно влияющие на функциональное состояние миокарда (кокарбоксилаза, АТФ, витамины B1 и B12, панангин и т.д.). При резистентности недостаточности кровообращения к проводимой терапии должна быть усилена противоревматическая терапия. Следует иметь в виду, что преднизолон имеет синергизм в действии с сердечными гликозидами и благоприятно влияет на обмен веществ миокарда.

**Сл 58 Противопоказания к сохранению беременности** и сроки ее прерывания. Решение вопроса о возможности сохранения беременности при данной патологии является самой серьезной и ответственной задачей.

**Абсолютные противопоказания**: • Непрерывно рецидивирующий ревмокардит.

 • Рецидивирующий ревмокардит, если после последнегообострения прошло не более 6 месяцев.

• Недостаточность кровообращения ПБ - III стадии. Наличие приступов сердечной астмы и отека легких в анамнезе.

• Выраженная недостаточность митрального, аортального или трехстворчатого клапана, сопровождающаяся нарушением кровообращения I - IIА стадии.

**Сл 59**

 • Значительное поражение миокарда с приступом пароксизмальной тахикардии, политопной экстрасистолией, тахиаритмической мерцательной аритмией или недостаточностью ровообращения. Относительные противопоказания:

 • Рецидивирующий ревмокардит (если после последнего обострения прошло не более 12 месяцев).

 • Вялотекущий ревмокардит.

 • Наличие в анамнезе нарушений кровообращения I – IIA стадии.

• Выраженные митрально-аортальные или митральнотрикуспидальные пороки.

 • Значительное поражение миокарада (глухость тонов, экстрасистолия, мерцательная аритмия и т.п.).

**Сл 60**

• Наличие сопутствующей патологии (хронические очаги инфекции, гипертония) и осложнения в период беременности (токсикозы, анемия и другие).

• Неблагополучное психоэмоциональное состояние (неблагоприятные семейные взаимоотношения, индифферентное отношение к беременности, пессимистическое отношение к болезни и т.д.).

 • Возраст беременной старше 38-40 лет. Прерывание беременности проводится в ранних сроках (в 1 триместре). В более поздние сроки оно представляет большую опасность, чем продолжение беременности. Только при нарастании явлений недостаточности кровообращения, несмотря на активное комплексное лечение, ставится вопрос о необходимости прерывания беременности независимо от ее срока.

**Сл 61** Родильницы с заболеваниями сердца нуждаются в столь же тщательном наблюдении и лечении, как беременные и роженицы. Наиболее опасны первые часы после родов, когда происходят резкие гемодинамические сдвиги. Независимо от способа родоразрешения после родов существуют два критических периода: с первых часов до 3-5-го дня, когда нарастают явления сердечной недостаточности (поэтому до 5-го дня необходимо соблюдение постельного режима даже у больных с компенсацией кровообращения), и к концу первой недели после родов, когда увеличивается возможность обострения ревматизма.

**Сл 62 Беременность и пиелонефрит**

 Гестационный пиелонефрит – неспецифический инфекционно воспалительный процесс, возникающий во время беременности, с первоначальным и преимущественным поражением интерстициальной ткани, чашечно-лоханочной системы и канальцев почек; в последующем в процесс вовлекаются клубочки и сосуды почек. Частота гестационного пиелонефрита составляет от 3 до 10%. Пиелонефрит развивается чаще во время первой беременности в связи с недостаточностью адаптационных механизмов, присущих организму женщины в это время (передняя брюшная стенка у нерожавших женщин более упругая, что создаёт большое сопротивление матке, в результате чего сдавливается мочеточник и возникает стойкое расширение верхних мочевых путей).

**Сл 63 Факторы риска развития гестационного пиелонефрита:**

• предшествующие инфекции мочевых путей;

• пороки развития почек и мочевых путей;

• мочекаменная болезнь;

• воспалительные заболевания женских половых органов, особенно кольпит;

• бактериальный вагиноз;

• носительство патогенной и условно-патогенной микрофлоры;

• низкий социально-экономический статус;

• сахарный диабет;

• нарушения уродинамики, обусловленные беременностью (дилатация и гипокинезия внутриполостной системы почек и мочеточников на фоне метаболических изменений).

**Сл 64 Акушерские осложнения пиелонефрита у беременных**:

 • · угроза прерывания беременности;

• · самопроизвольный аборт;

 • · преждевременные роды;

 • · преэклампсия; • · ПН;

 • · сепсис и септический шок;

Критический срок возникновения пиелонефрита - 32–34 нед беременности, когда матка достигает максимальных размеров, и 39-40 нед, когда головка плода прижата ко входу в малый таз.

 Одним из раиболее частых осложнений пиелонефрита является преэклампсия:

• · в 90% случаев появляются отёки:

• · повышается АД;

• · возникает протеинурия;

• · развиваются изменения сосудов глазного дна.

**Сл 65**

 **Профилактика и прогнозирование осложнений гестации**

Профилактика гестационного пиелонефрита направлена на раннее выявление бессимптомной бактериурии, нарушений уродинамики, начальных признаков заболевания. Антибактериальная терапия бессимптомной бактериурии у беременных значительно снижает риск развития пиелонефрита. Немедикаментозные методы профилактики обострений пиелонефрита включают адекватный питьевой режим (1,2–1,5 л/сут), позиционную терапию (коленнолоктевое положение), фитотерапию.

 Прерывание беременности показано при:

1. сочетании пиелонефрита с тяжёлыми формами преэклампсии;
2. Отсутствии эффекта от проводимого лечения;
3. ОПН;
4. гипоксии плода. Оперативное родоразрешение проводят по акушерским показаниям.

 Прерывание беременности можно провести путём родовозбуждения. КС опасно, так как инфекция в почках способствует развитию осложнений в послеоперационном периоде. Обострение во время родов происходит в результате окклюзии мочеточников, поэтому во время родов обязательно назначают спазмолитики.

**Сл 66**

 После родов терапию назначают на 2–3 нед, рекомендуют обязательное раннее вставание с постели, что способствует лучшему оттоку мочи. Лечение проводят теми же препаратами, а так же эритромицином (накапливается в моче в очень высокой концентрации), допустимо использовать сульфаниламиды пролонгированного действия. Критерии выздоровления - не менее двух нормальных анализов мочи. После выписки больную необходимо поставить на учёт к урологу, который будет наблюдать её в течение 3–5 лет.

Показания к госпитализации:

• Обострение пиелонефрита. • Присоединение преэклампсии. • ·Нарушения функций почек. • ·Угрожающий выкидыш или угрожающие преждевременные роды. • ·Начальные признаки гипотрофии плода. • Бессимптомные бактериурия или лейкоцитурия, не поддающиеся лечению.

 **Сл 67**

Плановые госпитализации.

• ·Первая госпитализация в I триместре беременности. В урологическом стационаре проводят тщательное исследование функционального состояния мочевыделительной системы и дают заключение о допустимости сохранения беременности и рекомендации по дальнейшему ведению.

• ·Вторая госпитализация необходима в конце II триместра или в начале III триместра (24–30 нед), когда нередко развивается острый пиелонефрит и присоединяются акушерские осложнения.



**Сл 68 Токсикозы**

***Токсикозы*** возникают в первой половине срока и проявляются диспепсическими расстройствами и нарушениями всех видов обмена.

Почти в 90% случаев ранние токсикозы первой половины беременности проявляются тошнотой и рвотой. Если беременность протекает нормально, то тошнота или рвота могут возникнуть не более 2-3 раз в течение утра, чаще на голодный желудок. Эти расстройства не требуют лечения и после 12-13 недель должны пройти сами по себе.

Токсикозом считается состояние, при котором тошнота и рвота возникают в любое время суток, независимо от приемов пищи, сопровождаются снижением аппетита, истощением, слабостью и потерей веса.

**Сл 69**

Третье место среди причин смертности беременных женщин занимает гестоз, перинатальная смертность при гестозах - 18-30%.

Поэтому всем беременным женщинам так важно наблюдаться у опытного [***акушера-гинеколога***](https://www.mediccity.ru/doctors/10), который сможет вовремя увидеть и предупредить подобные осложнения при беременности.

**Задания к лекции : Письменно ( в тетради) ответить на вопросы**

1. Перечислить необходимую документацию ФАПа для ведения наблюдения за беременной.
2. К чему приводит дефицит фолиевой кислоты?
3. Какие мероприятия относят к профилактике аномалий родовой деятельности?
4. Профилактика гестационного пиелонефрита
5. Первичная профилактика преждевременных родов