**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 4**

**Осуществление профилактических мер по предупреждению внутриутробного инфицирования плода**

**Цель занятия**: освоить понятия "Внутриутробное инфицирование плода", ознакомить студентов с возможными осложнениями плода и новорожденного, изучить возможные врожденные и наследственные заболевания у плода.

**Место занятия**: учебная комната.

**Наглядные пособия**: таблицы, рисунки и слайды.

**Основные вопросы темы**:

1.Дать понятие Внутриутробное инфицирование плода

## 2. Факторы риска, приводящие к патологиям

3. Определение риска возникновения врожденных и наследственных заболеваний у плода.

**Содержание занятия**.

**Сл 2** Проблема внутриутробной инфекции — одна из ведущих в акушерской практике. Она обусловлена высоким уровнем инфицирования беременных, рожениц и родильниц, опасностью нарушения развития плода и рождения больного ребёнка. В структуре причин ПС доля внутриутробной инфекции составляет более 30 %. Наличие у беременной очагов инфекции считают существенным фактором риска инфицирования плода и новорождённого.

Следует различать такие понятия, как внутриутробное инфицирование и внутриутробная инфекция.

**Сл 3** ·

Под внутриутробным инфицированием плода подразумевают проникновение микроорганизмов к плоду и его заражение. Внутриутробное инфицирование у новорождённого диагностируют при выделении возбудителя из организма плода, обнаружении АТ класса IgM и низкоавидных АТ класса IgG к возбудителям инфекции в пуповинной крови.

Различают два понятия: аффинность антител (или аффинитет) и авидность (или авидитет).

Аффинность — это степень специфического сродства активного центра к антигенной детерминанте. Авидностью антител или функциональной аффиностью называется прочность связи между антителом и антигеном. Величина авидности зависит от аффиности специфических антител (выше аффиность — выше авидность) и количества связывающих центров

 **сл 4**

 Внутриутробная инфекция характеризуется не только проникновением инфекции, её распространением, но и заболеванием плода. Внутриутробная инфекция сопровождается клиническими проявлениями инфекционного заболевания, регистрируемыми у плода и новорождённого.

Под *внутриутробным инфицированием* плода и новорожденного понимают патологическое состояние, формирующееся под влиянием многих неблагоприятных факторов, среди которых ведущее место занимает инфекционная патология матери и связанное с ней микробное внутриутробное инфицирование околоплодных вод, плаценты, пуповины, плода на фоне изменения иммунологической реактивности новорожденного.

**Сл 5**

 Первичная микробная колонизация новорожденного происходит в процессе родов. Инфицирование может происходить также иными путями: трансплацентарным, трансдецидуальным (из гнойных очагов между стенкой и децидуальной оболочкой), нисходящим (через маточные трубы из очага в брюшной полости. Характер и тяжесть инфекционного процесса у плода определяется стадией его внутриутробного развития в момент инфицирования.

**Сл 6**

В патогенезе внутриутробного поражения плода большую роль отводят гипоксии, воздействию продуктов метаболизма, гипертермии. С 4-го до начала 7-го месяца гестационного периода у плода появляется специфическая чувствительность к возбудителям инфекции. На внедрение возбудителя инфекции после 27-й недели гестационного периода плод отвечает специфической реакцией в виде лейкоцитарной инфильтрации, тканевых и гуморальных изменений. В результате чего возможно развитие внутриутробной инфекции и гибели плода, невынашивание беременности или задержка развития его.

**Сл 7**

У новорожденных реализация внутриутробного инфицирования в инфекционный процесс зависит от его стадии и характера,  состояния иммунитета, для которого в таких случаях свойственен низкий уровень как специфических, так и неспецифических факторов.

При инфицировании плода незадолго до рождения, проявления инфекционного процесса зависят от стадии болезни:

**Сл 8**

 Если на момент родов заболевание находится в начальной фазе, то инфекция манифестирует в первые 3 суток раннего неонатального периода.

 Если роды произошли в конечную стадию болезни, чаще развивается синдром дезадаптации в раннем неонатальном периоде и возможно формирование хронического процесса на  фоне развития вялотекущей латентной инфекции.

**Сл 9**

 **Особенности профилактики внутриутробной инфекции .**

Во время беременности и родов крайне нежелательно и опасно воздействие различных инфекционных воздействие различных инфекционных агентов на плод.

Острые инфекционные заболевания беременной (краснуха, грипп, ангина), и инфицированность рядом возбудителей (хламидии, микоплазмы, цитомегаловирусы, уреаплазма, токсоплазма) приводят к внутриутробному инфицированию и рождению нежизнеспособного ребенка или ребенка с дефектами развития.

**Сл 10**

Перенесенные острые вирусные инфекционные заболевания матери на ранних стадиях беременности ( период органогенеза плода- первые три месяца беременности) будут являться медицинским показанием для аборта. Наличие в организме беременной женщины очагов хронической инфекции (хронический тонзиллит, хронический пиелонефрит, хронические синуситы) так же приводят к гематогенному инфицированию плода через плаценту, развитию у плода иммунодефицитных состояний.

**Сл 11**

При внутриутробном инфицировании сифилисом на ранних стадиях гибель плода наступает на 3-4 месяце беременности, плод гибнет от поражения материнской части плаценты. Если ребенок родился живым, то уже при рождении у него обнаруживаются клинические признаки болезни «волчья пасть», сифилитическая пузырчатка, поражается печень, селезенка. В дальнейшем развивается слабоумие и ряд других проявлений врожденного сифилиса.

**Сл 12**

При поражении цитомегаловирусом и хламидиями наблюдается отставание плода в развитии, его гипотрофия. При рождении у ребенка увеличена печень и селезенка, имеется петихиальная сыпь, синдром поражения ЦНС, органов дыхания. Подобная инфекция в дальнейшем приведет к формированию воспалительных процессов в головном мозге и как следствие этого – отставание ребенка в умственном развитии.

 **Фетоскопия** – используется для диагностики различных аномалий развития плода и врожденных заболеваний. Проводиться при сроке 16-20 недель беременности. Ее проводят специальными эндоскопическими приборами. Во время данного исследования берут кровь из сосудов пуповины или плаценты, производят прицельную биопсию кожи плода.

**Динамическая сцинтиграфия** – проводиться для изучения маточно-плацентарного кровотока.

**Сл 13**

 **Задачи для профилактики ВУИ плода**

1. Выявление инфекционных агентов и простейших до беременности, адекватная антибактериальная терапия. Обследование и лечения партнера так же обязательно.

2. Санация хронических очагов инфекции, желательно до беременности.

3. Профилактика ЗППП во время беременности.

4. тщательный туалет наружных половых органов беременной.

5. Тщательный туалет наружных половых органов мужа.

 **Сл 14**

6. Свести к минимуму половые сношения во время беременности, и прекратить половую жизнь за 2 месяца до наступления родов.

7. Избегать контактов с инфекционными больными во время беременности, в случае появления признаков инфекционного заболевания на ранних стадиях беременности, немедленно обраться к лечащему врачу и пройти тщательное бактериологическое исследование.

**Сл 15**

Профилактика **внутриутробной** инфекции снижает частоту и тяжесть осложнений беременности, родов, а также неблагоприятных перинатальных исходов. К профилактическим мероприятиям у пациенток группы риска по развитию ВУИ относятся:

• подготовка к планируемой беременности;

• ограничение сексуальной активности во время беременности (при наличии инфекции у супругов);

• соблюдение личной гигиены;

• ограничение контакта с животными;

• **профилактика** ФПН;

• своевременное и адекватное лечение инфекционных заболеваний мочеполовой системы с соответствующим контролем эффективности проведенной терапии (II и III триместры беременности);

• повышение активности местного иммунитета.

Для современного клинициста важно учитывать, что ранняя диагностика позволяет своевременно решить вопросы о пролонгировании беременности и проведении необходимой комплексной терапии у беременных с внутриутробной инфекцией.

**Сл 16**

Лечение внутриутробного инфицирования проводить необходимо, но только во II— III триместрах и при:

 • наличии выявленных и доказанных признаков инфицирования плода на основании результатов комплексной диагностики;

• выраженном клиническом проявлении инфекции у матери;

• высоком и продолжающем повышаться титре специфических антител (IgM).

Антимикробное и иммунокорригирующее лечение в комплексе с патогенетически направленной терапией ФПН позволяет снизить частоту проявления клинических форм ВУИ и улучшить перинатальные исходы.

**Сл 17**

По данным Всемирной организации здравоохранения, около 2,5% новорожденных появляются на свет с различными пороками развития. При этом 1,5-2% из них обусловлены преимущественно неблагоприятными экзогенными факторами (так называемыми тератогенами), а остальные имеют преимущественно генетическую природу. Среди экзогенных причин пороков развития следует упомянуть биологические (инфекционные заболевания: краснуха, герпес, токсоплазмоз, хламидийная инфекция, цитомегаловирусная инфекция), физические (все виды ионизирующего излучения, радионуклиды), химические (все противоопухолевые препараты, гормональные препараты, наркотические вещества).

**Сл 18**

Генетические факторы пороков развития отражают так называемый общий генетический груз популяции, который проявляется более чем у 5% населения планеты. Примерно 1% генетического груза приходится на генные мутации, 0,5% — на хромосомные мутации, около 3-3,5% соответствует болезням с выраженным наследственным компонентом (диабет, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, некоторые опухоли и.т.д.). Если к этому добавить, что около 40-50% ранней младенческой (перинатальной) смертности и инвалидности с детства обусловлены наследственными факторами и примерно 30% коек в детских стационарах заняты детьми с наследственной патологией, становится понятной

 **Сл 19**

Безусловная необходимость правильной и рационально организованной ранней диагностики врожденных и наследственных болезней. Решающая роль в этом принадлежит институтам медико-генетической службы, и в первую очередь тем ее подразделениям, которые обеспечивают пренатальную диагностику, позволяющую не только установить диагноз еще до рождения, но и предотвратить появление на свет детей с тяжелыми, нерепарируемыми пороками развития, с социально значимыми смертельными генными и хромосомными болезнями.

**Сл 20**

Медико-генетическая помощь в России, так же как и в бывших странах союза, организована по территориальному принципу и включает как обязательное начальное звено медико-генетические консультации и кабинеты, межобластные (межрегиональные) медико-генетические центры и как высшее звено — федеральные медико-генетических центры. Непосредственно пренатальная диагностика сосредоточена почти исключительно в областных, межрегиональных и федеральных медико-генетических центрах.

Медико-генетическое консультирование и пренатальная диагностика позволяют снизить риск рождения ребенка с наследственным заболеванием. Различают два вида медико–генетического консультирования: проспективное (предварительное) и ретроспективное (текущее).

Проспективное медико-генетическое консультирование проводится до планирования зачатия или в ранние сроки беременности при наличии риска рождения больного ребенка (возраст будущей матери старше 35 лет, кровнородственный брак и др.) в семьях, где ранее не было больных детей.
 **Сл 21**

Ретроспективное медико-генетическое консультирование проводится в семьях, где уже родился больной ребенок, для установления степени риска наследственной патологии у последующих детей.следовательно снизить общий груз патологической наследственности.

В идеале каждая супружеская пара должна проконсультироваться у врача–генетика до планирования деторождения. Стимулом для принятия самостоятельного решения о необходимости медико–генетического консультирования должны стать чувство ответственности за здоровье будущего ребенка и знание собственной родословной.

**Сл 22**

Родословная предполагает наличие сведений о состоянии здоровья родственников по линии матери и отца не менее чем в трех поколениях. Анализ родословной позволяет ответить на вопрос, является ли данный признак наследственным, установить тип наследования и прогнозировать вероятность рождения ребенка с наследственной патологией.

**Сл 23**

Медико-генетическое консультирование обязательно:

– при рождении в семье ребенка с наследственным заболеванием или врожденным пороком развития;

– при наличии врожденной или наследственной патологии у одного из супругов или у ближайших родственников;

– при кровнородственных браках;

– при планировании первой беременности у женщины старше 35 лет;

– при повторных самопроизвольных выкидышах;

– при воздействии в ранние сроки беременности ионизирующих излучений (профессиональные вредности, рентгенологическое исследование).

**Сл 24**

Под генетическим риском понимают вероятность проявления у потомства наследственно обусловленной патологии. Риск выше 20 % считается высоким. При невозможности выявления наследственной болезни или врожденного порока развития в период беременности он является противопоказанием к деторождению. Однако достижения современной генетики позволяют планировать беременность при высоком риске некоторых тяжелых наследственных заболеваний (синдром Дауна, гемофилия и др.), которые могут быть выявлены современными методами дородовой диагностики. Беременность с согласия женщины можно прервать, предотвратив рождение больного ребенка. В любом случае семья должна знать о степени генетического риска до планирования зачатия, так как после обследования и беседы с врачом она принимает окончательное решение о деторождении.

**сл 25**

Выделяют три уровня профилактики наследственных болезней: первичную, вторичную и третичную профилактику.

 **Первичная профилактика** врожденных и наследственных болезней включает мероприятия, направленные на предупреждение зачатия больного ребенка. Она реализуется тремя путями:

• планирование деторождения;

• защита среды обитания человека от дополнительных антропогенных загрязнителей (мутагенов и тератогенов);

• витаминизация населения.

**Сл 26**

***Планирование деторождения***

Планирование деторождения включает три основные направления:

• учет оптимального репродуктивного возраста супругов: для женщины в интервале 19 – 35 лет, для мужчины – не старше 35 лет;

• отказ от деторождения при высоком риске неизлечимых наследственных заболеваний, которые не могут быть выявлены надежными методами дородовой диагностики;

• отказ от деторождения при кровнородственных браках и браках между двумя гетерозиготными носителями мутантного гена.

**сл 27** Согласно современной точке зрения, окончание деторождения до достижения супругами возраста 30 – 35 лет является одной из действенных мер профилактики наследственных болезней. Такая продолжительность детородного периода вполне достаточна для планирования рождения в семье не менее 3 –– 4 детей с оптимальным интервалом между родами 2 –– 4 года.

 **сл 28**

Основные рекомендации по планированию деторождения с низкой степенью риска для плода и ребенка:

• планирование зачатия осенью и зимой, когда снижена вероятность спонтанных мутаций и иммунного конфликта;

• планирование беременности в оптимальном детородном возрасте;

• соблюдение оптимального интервала между родами – 2 – 4 года;

• отказ обоих супругов от табакокурения, алкоголя, психоактивных веществ не менее чем за 6 месяцев до планируемого зачатия;

• планирование зачатия не ранее чем через два месяца после перенесенного острого инфекционного заболевания (грипп, ангина и др.);
**сл 29**

• планирование беременности при отсутствии у женщины обострений хронических болезней в течение 1 – 5 лет (в зависимости от заболевания);

• санация хронических очагов инфекции (кариес, хронический тонзиллит) в организме женщины до наступления беременности;

• вакцинация против краснухи до планирования зачатия (если женщина ранее не была привита или не болела краснухой);

• отказ от иммунизации живыми вирусными вакцинами в ранние сроки беременности (в том числе живой вакциной против гриппа);

• соблюдение принципов сбалансированного питания с достаточным содержанием незаменимых аминокислот, витаминов и минеральных веществ;

• отказ от необоснованного приема медикаментов и самолечения в период беременности;
**сл 30**

• ранний учет по беременности в женской консультации (до 12 недель, желательно на 4 – 6–й неделях);

• обследование в период беременности на носительство возбудителей инфекций, способных вызывать ВПР плода (краснуха, токсоплазмоз, ВИЧ, гепатит В и С, сифилис, простой герпес, цитомегаловирус и др.).

После введения вакцины против краснухи планирование беременности рекомендуется не ранее чем через 3 месяца. В течение этого периода необходима надежная контрацепция.

Защита среды обитания человека от мутагенов и тератогенов

 **сл 31**

 **Наследственные болезни**, обусловленные спонтанными мутациями, предсказать невозможно. Они являются случайными событиями, редкими для каждого гена. В современных экологических условиях развитие наследственной патологии связано преимущественно с индуцированными мутациями. Актуальность проблемы обусловлена тем, что их эффекты проявляются не в популяции, подвергшейся воздействию, а у потомства в нескольких поколениях. С точки зрения профилактики наследственных болезней индуцированный мутагенез должен быть исключен. Это предполагает разработку и жесткий контроль выполнения государственных мероприятий по охране окружающей среды, предотвращение загрязнения воздуха, воды, почвы, продуктов питания органическими и неорганическими химическими соединениями, являющимися мощными мутагенами, контроль уровня индуцированных ионизирующих излучений.

 **сл 32**

К защите среды обитания человека относится также исключение из нее факторов передачи инфекций, способных индуцировать ВПР при внутриутробном заражении плода. Так, для профилактики заражения токсоплазмозом беременным рекомендуется строго соблюдать гигиенические требования при приготовлении пищи (не пробовать сырой фарш, подвергать мясо термической обработке, соответствующей технологии, тщательно мыть овощи, фрукты и ягоды, загрязненные почвой). Необходимо исключить контакт с кошками –– биологическими хозяевами токсоплазмы. Элементарные меры личной и санитарной гигиены позволяют избежать инфицирования беременной вирусами, бактериями, простейшими и инвазии гельминтами.

***Сл 33***

***Витаминизация населения***

Выделяют 4 основные направления профилактики дефицита незаменимых аминокислот, витаминов и микроэлементов:

• увеличение потребления населением продуктов питания, богатых природными витаминами и минеральными элементами;

• обогащение витаминами и микроэлементами продуктов питания массового потребления (хлебо–булочные, макаронные и кондитерские изделия, молочные продукты, фруктовые и овощные соки);

• употребление специализированных продуктов питания для беременных, обогащенных витаминами и минеральными элементами;

• прием поливитаминных препаратов для беременных.

**Сл 34**

**Вторичная профилактика** врожденных и наследственных болезней включает мероприятия, направленные на предупреждение рождения больного ребенка. Она осуществляется с помощью методов дородовой диагностики. Ее основная цель –– в максимально ранние сроки выявить у плода наследственные болезни и пороки развития, не поддающиеся лечению, и прервать беременность (с согласия женщины).

***Сл 35 Методы дородовой диагностики***

Дородовая диагностика врожденных и наследственных болезней складывается из трех методов: ультразвукового исследования (УЗИ) плода, исследования крови беременной (биохимический скрининг) и группы инвазивных методов. Дородовая диагностика осуществляется в два этапа.

 Первый этап –– УЗИ плода и биохимическое исследование крови беременной. При отклонениях в результатах биохимического скрининга или наличии факторов риска (возраст матери старше 35 лет, родственный брак и др.) осуществляется второй этап –– амниоцентез, кордоцентез, биопсия кожи плода. Последние три метода являются инвазивными, так как они связаны с нарушением целостности тканей организма. Методы применяются для получения амниотической жидкости, клеток и крови плода. Этот материал используется для дальнейших цитогенетических исследований, позволяющих выявить геномные мутации и хромосомные аберрации, а также для ДНК–диагностики, направленной на выявление генных мутаций.
 Ультразвуковое исследование плода. Метод позволяет выявить до 80 % врожденных пороков развития плода.

 **Сл 36**

**Третичная профилактика** врожденных и наследственных болезней включает мероприятия, направленные на предупреждение прогрессирования болезни и развитие осложнений. Она касается преимущественно наследственных болезней обмена веществ. К моменту рождения ребенка у него имеется генная мутация, но отсутствуют клинические проявления болезни. На этой стадии важно выявить заболевание и начать раннее лечение, чтобы предупредить тяжелые повреждения головного мозга и развитие умственной отсталости. Лечение заключается, как правило, в исключении из рациона питания ребенка определенных продуктов.

**Сл 37**

Третичная профилактика осуществляется в два этапа:
а) выявление наследственной патологии до развития клинических симптомов (массовый скрининг новорожденных);

б) коррекция выявленных нарушений (например, назначение специальной диеты при фенилкетонурии).

Права семьи и ребенка, у которого при массовом скрининге выявлено наследственное заболевание, должны быть защищены. Это международное требование Всемирной Организации Здравоохранения. Родители должны быть полностью проинформированы о скрининговой программе. Медицинский персонал не имеет права разглашать диагноз наследственного заболевания, выявленного путем скрининга.

**Сл 38**

Дородовые патронажи – важнейшие профилактические мероприятия для беременных женщин.

Дородовый патронаж беременной позволяет получить истинное представление о жизни женщины: [вредные привычки,](https://yandex.ru/turbo/fb.ru/s/article/53821/vrednyie-privyichki?parent-reqid=1610017374135264-1651668291179651319900107-production-app-host-vla-web-yp-260&utm_source=turbo_turbo) психологическая обстановка в семье, материальный достаток. Помимо «шпионской» деятельности, медицинский работник выполняет и другие обязанности. Во время посещения фельдшер дает будущей маме много интересной и полезной информации, а также советов по поводу вынашивания ребенка, предстоящих родов, по уходу за младенцем.

За весь период беременности женщину ожидают три посещения из больницы. Это стандартное количество визитов , которое может быть увеличено в следующих случаях:

* проблемная беременность;
* подозрения на врожденную патологию у младенца;
* если будущая мама находится в группе риска;
* нерегулярное посещение женской консультации;
* после госпитализации беременной.

**Сл 39**

Как правило, осуществляются дородовые патронажи медсестрой детской поликлиники, фельдшером или акушеркой из женской консультации. Иногда они поочередно посещают будущую маму. Все визиты контролируются врачом медицинского учреждения, который иногда проводит патронаж вместе с медработником. Все наблюдения медсестры, а также рекомендации и назначения фиксируются в патронажном листе. С этими данными регулярно ознакомляется врач, который в случае необходимости предпринимает соответствующие меры.



**Сл 40**

**Первый патронаж: цели и сроки**

Первое посещение будущей мамы осуществляется акушеркой из женской консультации при постановке на учет по беременности. Обычно это 7-13 недель. Как уже было сказано, в первый дородовый патронаж выясняются образ жизни женщины, бытовые и санитарные условия в доме, психологическая атмосфера в семье. Неблагополучные условия проживания негативно сказываются на здоровье как матери, так и будущего малыша, поэтому данные, полученные акушеркой в первый визит, очень важны для дальнейшей работы с будущей мамой.



Целью визита также является продолжение обсуждения профилактических мер, с которыми беременная знакомится при постановке на учет. Обязательными к обсуждению являются следующие темы:

* охрана ребенка, профилактика преждевременных родов;
* правила здорового образа жизни;
* рациональное питание;
* личная гигиена (профилактика запоров, ношение бандажа и другие);
* необходимость в регулярном наблюдении у врача.

**Сл 41**

Медсестра из детской поликлиники обычно приходит к будущей маме чуть позже, в период с 20 до 28 неделю беременности. Цель дородового патронажа преследуется аналогичная – знакомство с женщиной и бытовыми условиями содержания будущего малыша.

**Алгоритм проведения первого патронажа**

При визите медицинский работник представляется, знакомится с беременной. В этот период важно создать доброжелательный настрой, что поможет поддерживать контакт в дальнейшем. После беседы заполняется патронажный лист, который содержит основную информацию о будущей матери:

1. Фамилия, имя и отчество женщины.
2. Адрес проживания.
3. Полный возраст.
4. Профессия, образование, специальность.
5. Место основной работы.
6. Ф.И.О. мужа.
7. Возраст супруга.
8. Данные о его специальности, образовании.
9. Место работы мужа.
10. Данные об остальных членах семьи, которые проживают вместе с беременной.
11. [Гигиена жилья,](https://yandex.ru/turbo/fb.ru/s/article/267137/gigiena-jilischa-opredelenie-osobennosti-i-pravila-soblyudeniya?parent-reqid=1610017374135264-1651668291179651319900107-production-app-host-vla-web-yp-260&utm_source=turbo_turbo) бытовые условия, материальный достаток.
12. Вредные привычки отца и матери.
13. Хронические заболевания в семье.
14. Подготовка к рождению ребенка (для педиатра).

Иногда фельдшер заполняет данные не со слов женщины. Например, если женщина утверждает, что выпивший супруг не имеет вредных привычек, то медработником все же фиксируются фактические данные.

**Сл 42**

**Второй патронаж**

Следующий визит осуществляется для контроля выполнения назначений, полученных в первое посещение. Участковая медсестра или фельдшер приходит на 32-34 неделе беременности, а акушерка ближе к родам, то есть на 37–38 неделе. Профилактическая беседа посвящена будущему малышу. Ниже представлен примерный план дородового патронажа:

1. Сбор данных о протекании беременности, перенесенных заболеваниях и общем состоянии здоровья.
2. Соответствие полученным в прошлый раз рекомендациям.
3. Психологический климат в семье.
4. Подготовка к рождению ребенка (покупка приданого).
5. Приготовление груди к лактации.
6. Беседа с родственниками о предстоящем событии, значимость поддержки беременной.

Иногда на этом этапе будущая мама получает приглашение в школу молодых родителей. Обычно занятия проводятся в женской консультации и помогают подготовить будущую родительницу и ее супруга к появлению дитя.

Первородящие женщины имеют возможность получить бесплатную консультацию о предстоящих родах и задать самые животрепещущие вопросы. Акушерки всегда идут на контакт и с удовольствием делятся знаниями с молодыми родительницами.

**Сл 43**

**Третий патронаж**

Еще один визит может нанести беременной участковый [педиатр. Это](https://yandex.ru/turbo/fb.ru/s/article/272915/pediatriya---eto-chto-takoe-professiya---detskiy-pediatr?parent-reqid=1610017374135264-1651668291179651319900107-production-app-host-vla-web-yp-260&utm_source=turbo_turbo) посещение необязательно и назначается в строго индивидуальном порядке. Как правило, врач приходит в том случае, если беременность осложнена и имеется риск рождения ребенка с патологиями развития или врожденными заболеваниями. Повышенное внимание уделяется и [неблагополучным семьям.](https://yandex.ru/turbo/fb.ru/s/article/284933/disfunktsionalnyie-semi-i-ih-vliyanie-na-detey?parent-reqid=1610017374135264-1651668291179651319900107-production-app-host-vla-web-yp-260&utm_source=turbo_turbo)

Необходимость третьего патронажа определяется при анализе информации, полученной после предыдущих двух визитов. По результатам посещения будущей родительницы врачом ставится вопрос о необходимости постановки семьи на учет. При этом после рождения младенец и его мать будут находиться под пристальным вниманием педиатра и других специалистов.

**Сл 44**

**Факторы риска**

Выше уже говорилось о том, что в патронаже существует такое понятие, как факторы риска. Женщины, которые попадают под эту категорию, нуждаются в повышенном внимании участковых специалистов:

* молодые мамы младше 18 лет;
* первородящие после 30 лет;
* одинокие матери;
* многодетные женщины.

Помимо этого, пристальное внимание со стороны акушера и педиатра может быть вызваны следующими причинами:

* риск выкидыша;
* попытки аборта;
* сильный токсикоз;
* повышенное давление, проблемы с сердцем;
* имеющиеся у матери заболевания;
* вредные привычки у родителей;
* неблагополучная среда для жизни будущего малыша.

По данным показателям выявляется вероятный риск для жизни и [здоровья ребенка,](https://yandex.ru/turbo/fb.ru/s/article/182667/samoe-vajnoe-v-jizni-roditeley---zdorove-rebenka?parent-reqid=1610017374135264-1651668291179651319900107-production-app-host-vla-web-yp-260&utm_source=turbo_turbo) а участковым педиатром принимаются меры для минимизирования неблагоприятных факторов. Комплекс профилактических мероприятий призван предупредить возможные проблемы.

**Тестовые задания к лекции выполнить в тетради:**

**Организация и проведение профилактики акушерской и гинекологической патологии**

**1. Целью профилактического посещения медицинскими работниками ФАПа является**

*а) дородовый патронаж беременных*

*б) оказание стационарной помощи*

*в) оказание специализированной помощи*

*г) оказание экстренной помощи*

**2.** **№ индивидуальной карты беременной и родильницы**

*а) ф 25у*

*б) ф 025-цз/у*

*в) ф 0зу*

*г) ф 111/у*

**3.** **Факторы риска развития асфиксии плода и новорожденного включают**

*а) сбалансированное питание матери*

*б) срочные роды*

*в) длительные гестозы беременных, преждевременная отслойка плаценты*

*г) физическая активность будущей мамы*

**4.** **Документация в женской консультации при взятии на учет беременной**

*а) индивидуальная карта беременной и родильницы*

*б) история родов*

*в) история беременности*

*г) обменная карта*

**5. Пациентку следует предупредить о том, что на ранних сроках беременности вызвать аномалии плода может**

*а) ветряная оспа*

*б) туберкулез*

*в) краснуха*

*г) пневмония*

**6.** **Оптимальный срок беременности для постановки женщины на учет в женской консультации**

*а) до 12 недель беременности*

*б) до 13 недель беременности*

*в) до 14 недель беременности*

*г) при любом сроке беременности*

**7.** **В первой половине беременности беременная должна посещать женскую консультацию**

*а) по желанию*

*б) 2 раза в месяц*

*в) 1 раз в неделю*

*г)1 раз в месяц*

*г) стоматологом, лор- специалистом, при наличии показаний - другими специалистами*

**8.** **Беременной из «группы высокого риска» необходимо**

*а) обследование в стационаре*

*б) прерывание беременности*

*в) дополнительное обследование генетиком*

 *г) дополнительное обследование терапевтом*

**9. Фактором риска развития позднего гестоза беременных является**

*а) возраст первородящей 25 лет*

*б) гипертоническая болезнь*

*в) вторая беременность*

*г) поперечное положение плода*

**10. Первое скрининговое ультразвуковое исследование при беременности проводится при сроке \_\_ недель**

*а) 11-14*

*б) 10-11*

*в) 7-8*

*г) 7-10*

**11. Активные формы обучения на занятии в «школе по подготовке в родам» могут включать**

 *а) видеоматериалы по уходу за новорожденным*

 *б) лекции по личной гигиене во беременности*

 *в) обучение технике дыхания в первом и втором периоде родов*

 *г) рекомендации по фитотерапии во время беременности*

**12. План работы «Школы молодых матерей» может вкючать заниятия по**

 *а) обучению приемам массажа и гимнастики*

 *б) лечению перинатальной патологии*

 *в) лечению врожденных пороков развития*

 *г) улучшению материального благосостояния семьи*