**Текст лекции по теме занятия №4 Методы исследования в акушерстве. Диагностика беременности. Диспансеризация беременных женщин.**

**Изучаемые вопросы:**

1. Методы исследования в акушерстве
2. Диагностика беременности:

методы диагностики ранних сроков беременности (признаки беременности)

методы диагностики поздних сроков беременности

1. Диспансеризация беременных женщин
2. Принципы лечения и ухода за женщиной в период беременности, выполнение лечебных вмешательств

 5.Обменная карта, её значение и заполнение.

**Методы исследования в акушерстве**

Ведение беременности невозможно без четкого представления о состоянии здоровья, без учета факторов риска развития акушерских и экстрагенитальных осложнений. Методы диагностики беременности основывается на простых приемах исследования (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, аускультация) с привлечением сложных (лабораторные, аппаратные методы). Собирая анамнез, следует обратить внимание на возраст женщины (репродуктивный) и наличие жалоб (отсутствие или изменение характера менструаций, появление жалоб на тошноту, рвоту, извращение вкуса, сонливость, нагрубание молочных желез. Объективные методы обследования состоят из общих и акушерских, на основании которых можно установить наличие беременности, ее срок, состояние плода.

Объективное исследование беременной включает:

• термометрию;

• антропометрию (измерение роста, определение массы тела);

• измерение АД для диагностики АГ;

• определение телосложения и пельвиометрию;

• осмотр кожных покровов;

• осмотр и пальпацию молочных желёз;

• осмотр и пальпацию живота;

• пальпацию лонного сочленения;

• исследование органов кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения,

нервной и эндокринной систем;

АКУШЕРСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Специальное акушерское обследование включает три основных раздела:

• наружное акушерское исследование;

• внутреннее акушерское исследование;

•дополнительные методы исследования.

Наружное акушерское исследование включает: осмотр, пельвиометрию, а

после 20-недельного срока и измерение наибольшей окружности живота, пальпацию живота и лонного сочленения, аускультацию сердечных тонов плода.

Внутреннее акушерское исследование включает: осмотр наружных половых

органов, исследование шейки матки при помощи зеркал, влагалищное исследование.

Наружное акушерское исследование

Акушерские измерения

Для косвенной оценки внутренних размеров малого таза проводят пельвиометрию.

Измерение индекса Соловьёва (1/10 окружности кисти в области лучезапястного сустава)

Сантиметровой лентой измеряют окружность живота на уровне пупка (в конце нормальной беременности она равна 90–100 см) и высоту стояния дна матки (ВДМ) — расстояние между верхним краем лонного сочленения и дном матки.

Пальпация

Пальпация живота позволяет определить состояние передней брюшной стенки и эластичность мышц. После увеличения размеров матки, когда становится возможной наружная ее пальпация (13–15 нед), можно определить тонус матки, величину плода, количество ОВ, предлежащую часть, а затем по мере прогрессирования беременности — членорасположение плода, его положение, позицию и вид.

При пальпации живота используют приёмы наружного акушерского исследования (приёмы Леопольда).

Аускультация

Выслушивание сердцебиения плода производят акушерским стетоскопом, начиная со второй половины беременности (реже с 18–20 нед). Сердцебиение плода имеет три основные аускультативные характеристики: частоту, ритмичность и ясность.

Частота ударов в норме 120–160 в минуту. Сердцебиение должно быть ритмичным и ясным. Помимо акушерского стетоскопа, для аускультации сердечных тонов плода можно применять фетальные мониторы, работающие на основании эффекта Доплера.

Внутреннее акушерское исследование

Осмотр наружных половых органов

Осмотр шейки матки при помощи зеркал

Акушерское влагалищное исследование в первом триместре беременности двуручное (влагалищно-брюшностеночное)

В акушерстве применяются дополнительные лабораторные и инструментальные методы, о которых будет сказано ниже.

**Диагностика беременности**

**Методы диагностики ранних сроков беременности (признаки беременности)**

Признаки беременности по диагностической значимости разделены на 3 группы: предположительные, вероятные и достоверные.

**Предположительные** признаки связаны с субъективными ощущениями женщины и изменениями в организме беременной, не касающимися внутренних половых органов:

1) слюнотечение, тошнота, рвота по утрам, изменение аппетита, отвращение к некоторым видам пищи, пристрастие к острым и кислым блюдам, извращение вкуса, могут появляться диспепсические расстройства, ощущение тяжести в эпигастральной области, запоры;

2) функциональные изменения нервной системы: раздражительность, плаксивость, замкнутость, обострение обоняния, слуха;

3) изменение обмена веществ: увеличение объема живота, связанное с отложением жира в подкожном слое, пигментация сосков и околососковых кружков, белой линии живота, появление пигментных пятен на лице;

4) появление рубцов беременности (striae gravidarum).

**К вероятным признакам** относятся объективные изменения в половой сфере женщины и в молочных железах. Эти признаки свидетельствуют о наступлении беременности, иногда могут встречаться при гинекологических заболеваниях. Вероятными признаками принято считать:

1) прекращение менструации;

2) изменения во влагалище, матке и молочных железах;

3) лабораторные реакции.

Задержка менструации является важным признаком, но его нельзя считать абсолютным. Значение данного симптома увеличивается, если он сочетается с нагрубанием молочных желез и появлением в них молозива, с возникновением цианоза влагалища, и влагалищной части шейки матки, с изменениями величины, формы и консистенции матки.

Изменение формы матки определяется при двуручном (бимануальном) исследовании. С наступлением беременности форма матки меняется. С 5—6-недельного срока матка приобретает шаровидную форму. Начиная с 7—8 нед. матка становится асимметричной, может выпячиваться один из ее углов, или появляться разница в толщине и размерах левой и правой половины тела матки, или возникать гребневидный выступ, продольно расположенный на передней стенке. к 10-й неделе матка вновь становится шаровидной, а к концу беременности приобретает овоидную форму.

Во время беременности матка становится мягкой, размягчение более выражено в области перешейка. Консистенция матки легко меняется в ответ на раздражение ее в процессе исследования: мягкая в начале пальпации, она быстро становится плотной.

Диагностируют эти признаки с помощью бимануального исследования (на ранних сроках): **признак Пискачека**, **Гентера**, **Снегирева,** **Горвица—Гегара,** **Гауса.**

 **К достоверным признакам** относятся все симптомы, исходящие от плода и определяемые методами акушерского обследования беременной. Чтобы установить диагноз беременности, необходимо обнаружить:

1) плод или его части;

2) сердечные тоны;

3) двигательную активность плода.

С 16-й недели при помощи внутреннего исследования через передний влагалищный свод удается пальпировать предлежащую часть плода.

Сердечные тоны плода во второй половине беременности можно выслушать с помощью акушерского стетоскопа.

К достоверным признакам беременности относят движения плода, определяемые рукой акушера или другими объективными методами. Шевеления плода, которые ощущает сама женщина, не являются достоверными.

Лабораторные диагностические методы дают возможность определять **вероятные признаки беременности**. К ним относятся кольпоцитологическое исследование и определение в сыворотке крови или в моче хориального гонадотропина (ХГ).

Существуют тест-системы для быстрого определения наличия или отсутствия беременности, которыми могут пользоваться сами женщины.

С помощью УЗИ выявляют достоверные признаки беременности (наличие эмбриона — плода, его шевеления и сердцебиение), осуществляют наблюдение за плодом до его рождения. Выявление вероятных признаков беременности производят путем: опроса; осмотра и пальпации молочных желез; осмотра наружных половых органов и входа во влагалище; исследования при помощи зеркал; влагалищного и двуручного влагалищно-абдоминального исследования женщины.

**Методы диагностики поздних сроков беременности**

Для диагностики поздних сроков беременности используются те же методы, что и при диагностике ранних сроков. Дополнительно учитываются достоверные признаки беременности и увеличение размеров матки.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ**

Может проводиться на основании анамнестических данных (задержка менструации, дата первого шевеления плода) и по данным объективного обследования (величина матки, размеры плода).

Определение срока беременности по дате последней менструации

по дате первого шевеления плода возможно во второй ее половине. шевеление плода первородящие женщины ощущают начиная с 20 нед., а повторнородящие женщины — с 18 нед. беременности.

Объективное определение срока беременности в I триместре возможно при бимануальном исследовании женщины: после 12 нед. все увеличивающаяся матка может прощупываться через брюшную стенку. С этого времени срок беременности принято определять по высоте стояния дна матки над верхним краем лобка и по отношению дна к другим ориентирам: пупок, мечевидный отросток.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКА РОДОВ**

Предполагаемый срок родов устанавливают:

1) по дате последней менструации

2) по дате первого шевеления плода

3) по сроку беременности, диагностированному при первой явке в женскую консультацию; ошибка будет минимальной, если женщина обратилась к врачу в первые 12 нед. беременности;

4) по данным ультразвукового исследования;

5) по дате ухода в дородовый отпуск, который начинается с 30-й недели беременности. К этой дате прибавляют 10 нед.

**Длительность дородового и послеродового отпуска**

В соответствии с законодательством работающим женщинам независимо от стажа работы предоставляют отпуск по беременности и родам продолжительностью 140 дней (70 календарных дней до родов и 70 — после родов), а при многоплодной беременности листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается единовременно с 28 нед беременности продолжительностью 194 календарных дня (84 календарных дня до родов и 110 календарных дней после родов).

При родах, наступивших в период с 28 до 30 нед беременности, и рождении живого ребёнка листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается женской консультацией на основании выписки из родильного дома (отделения), где произошли роды, на 156 календарных дней, а в случае рождения мёртвого ребенка или его смерти в течение первых 7 суток после родов (168 ч) — на 86 календарных дней. При временном выезде женщины с места постоянного жительства — родильным домом (отделением), где произошли роды.

При осложнённых родах листок нетрудоспособности дополнительно на 16 календарных дней может выдаваться родильным домом (отделением) или женской консультацией по месту жительства на основании документов из

лечебнопрофилактического учреждения, в котором произошли роды. При проведении процедуры ЭКО и переноса эмбриона в полость матки листок нетрудоспособности выдается с периода подсадки эмбриона до установления факта беременности и далее по показаниям. Листки нетрудоспособности регистрируются в «Книге регистрации листков нетрудоспособности».

При оформлении отпуска по беременности и родам женщинам разъясняется необходимость регулярного посещения консультации. Задача женской консультации — проявить максимальную объективность при определении срока дородового и выдаче послеродового отпусков.

**МЕТОДЫ ОПЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА**

**НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ**

Предпочтение отдается неинвазивным методикам.

Определение уровня **альфа-фетопротеина** проводится в рамках скрининго-вых программ для выявления беременных женщин группы повышенного риска врожденных и наследованных заболеваний плода и осложненного течения беременности. Исследование проводят в период с 15-й по 18-ю неделю беременности. Уровень альфа-фетопротеина увеличен и при многоплодной беременности. Понижение уровня этого белка может наблюдаться при болезни Дауна у плода.

**Ультразвуковая диагностика**

Ультразвуковые приборы могут быть оснащены специальными приставками, позволяющими проводить допплерометрическое исследование скорости кровотока в сердце и сосудах плода.

При ультразвуковом исследовании диагностика маточной беременности возможна уже с 2—3 нед., при этом в толще эндометрия визуализируется плодное яйцо.

**Кардиотокография** (КТГ) — непрерывная одновременная регистрация частоты сердечных сокращений плода и тонуса матки с графическим изображением сигналов на калибровочной ленте. КТГ может быть использована для наблюдения за состоянием плода как во время беременности, так и во время родового акта.

**ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ**

В зависимости от срока беременности и показаний для проведения диагностики с целью получения плодного материала используют хорионбиопсию, амниоцентез, кордоцентез, биопсию кожи плода, печени, тканей опухолевидных образований, аспирацию мочи плода из мочевого пузыря или лоханки почки. Все инвазивные процедуры проводятся с соблюдением правил асептики, в условиях операционной.

**Диспансеризация беременной женщины**

**АМБУЛАТОРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ, ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА**

**ПРИНЦИПЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ**

**Ранний охват беременных врачебным наблюдением**. Женщина должна быть взята на учёт при сроке беременности до 12 нед.

*При первом посещении* независимо от срока беременности ознакомиться с

амбулаторной картой (или выпиской из нее) женщины из поликлинической сети для выявления экстрагенитальной патологии, наследственного анамнеза, факторов риска возникновения и развития акушерских и перинатальных

осложнений. Это позволит своевременно решить вопросы о целесообразности дальнейшего сохранения беременности, рациональном трудоустройстве, установить степень перинатального риска и провести комплекс мероприятий по оздоровлению беременной.

 **При взятии беременной на учёт** заполняется «Индивидуальнаю карта беременной и родильницы» (форма № 111/у).

 *Своевременное обследование.* В результате обследования определяют возможность вынашивания беременности и степень перинатального риска, а также вырабатывают план ведения беременности в соответствии с группой риска. Важным является регулярность наблюдения беременных.

После первого осмотра явка через 7–10 дней с анализами, заключением терапевта и других специалистов;

в дальнейшем до 20 нед — 1 раз в месяц;

 с 20 до 28 нед — 2 раза в месяц;

 с 28 до 40 нед — 1 раз в неделю.

При неявке женщины к врачу в течение 2 дней после очередного срока необходимо направить к ней на дом участковую акушерку для патронажа.

**ОБСЛЕДОВАНИЕ БЕРЕМЕННЫХ**

*Физикальное обследование*

Основные задачи клинического обследования беременных — оценка

соматического здоровья и акушерского статуса, выявление факторов, способных негативно повлиять на течение беременности и родов и ухудшить здоровье плода\новорожденного. При клиническом обследовании используют данные общего и специального анамнеза, проводят общее соматическое и специальное акушерское обследование.

*ОПРОС*

выясняют следующие сведения:

• Фамилия, имя, отчество, серия и номер паспорта.

• Возраст. Для первородящих определяют возрастную группу:

юная первородящая — до 18 лет, возрастная (пожилая, старая)

первородящая — свыше 30 лет.

• Адрес (согласно прописке и тот, где женщина проживает фактически).

• Причина обращения к врачу акушеру-гинекологу.

• Условия труда и быта. Профессия.

• Условия жизни: количество человек, проживающих с беременной, материальная обеспеченность, жилищные условия,наличие животных в квартире.

• Перенесённые соматические и инфекционные заболевания: детские инфекции — ветряная оспа, краснуха, корь,коклюш, эпидемический паротит, скарлатина; заболевания сердечно-сосудистой системы, эндокринной системы, ЖКТ, мочеполовой, дыхательной системы; рахит, ревматизм, дифтерия,дизентерия, вирусный гепатит, тиф, туберкулёз, токсоплазмоз,

генитальный герпес, цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ), онкологические заболевания .

• Перенесённые переливания препаратов крови, аллергические реакции,

операции, травмы (сотрясения головного мозга, переломы).

• Эпидемиологический анамнез.

• Привычные интоксикации (курение табака, употребление алкоголя, наркотиков).

• Менструальная и половая функция.

• Репродуктивная функция: количество предыдущих беременностей, продолжительность, течение, многоплодные беременности, исходы (роды и аборты),интервалы между беременностями, осложнения в родах, осложнения после родов и абортов, масса новорождённого (новорождённых), развитие и здоровье имеющихся в семье детей. Осложнения предыдущих беременностей и родов, короткий интервал повышают риск осложнений. В случае наличия рубца на матке после КС, ушивания перфорационного отверстия необходимо уточнить срок перенесённой операции, вид КС, характер течения послеоперационного периода.

• Перенесённые заболевания половых органов: воспалительные процессы,

бесплодие, нарушение менструальной функции, операции на матке,маточных

трубах, яичниках; ИППП.

• Семейный анамнез:

✧ состояние здоровья членов семьи, проживающих вместе с беременной

(туберкулёз, алкоголизм, венерические заболевания, курение и др.);

✧ наследственность (многоплодные беременности, СД, онкологические и

психические заболевания, гипертоническая болезнь, наличие в семье детей

с врождёнными и наследственными заболеваниями и др.);

✧ возраст и состояние здоровья мужа, группа и резус-принадлежность его

крови, а также наличие профессиональных вредностей и вредных привычек.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**

Обследование беременной проводят акушер-гинеколог, стоматолог, отоларинголог, окулист, при необходимости — эндокринолог, уролог, хирург, кардиолог.

При наличии показаний проводят медико-генетическое консультирование.

Первичный осмотр беременной терапевтом и другими специалистами без ознакомления с выпиской из амбулаторной карты недопустим. Он возможен только в тех случаях, когда женщина не имеет амбулаторной карты по месту жительства.

Объективное исследование беременной включает:

• термометрию;

• антропометрию (измерение роста, определение массы тела);

• измерение АД для диагностики АГ;

• определение телосложения и пельвиометрию;

• осмотр кожных покровов;

• осмотр и пальпацию молочных желёз;

• осмотр и пальпацию живота;

• пальпацию лонного сочленения;

• исследование органов кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения,

нервной и эндокринной систем;

• рутинные исследования, проводимые врачами других специальностей.

Аналогичная закономерность относится и к измерению АД, так как в поздние сроки беременности дифференциальная диагностика гипертонической болезни и гестоза усложняется. Обязательно следует установить значение АД до беременности, так как диагностика АГ во время беременности основана на сравнении данных с исходными (до беременности или в ее начале). Так, повышение систолического АД на 30 мм рт. ст. и более по сравнению с исходными показателями и повышение диастолического АД на 15 мм рт. ст. указывают на АГ. Особенно важно это учитывать у женщин с гипотонией до беременности, когда абсолютные цифры АД при гестозе невысоки.

**АКУШЕРСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**

Специальное акушерское обследование включает:

• наружное акушерское исследование;

• внутреннее акушерское исследование;

•дополнительные методы исследования.

Наружное акушерское исследование включает: осмотр, пельвиометрию, а после 20-недельного срока и измерение наибольшей окружности живота, пальпацию живота и лонного сочленения, аускультацию сердечных тонов плода.

Внутреннее акушерское исследование включает: осмотр наружных половых

органов, исследование шейки матки при помощи зеркал, влагалищное исследование.

Для косвенной оценки внутренних размеров малого таза проводят пельвиометрию.

важно уже при первом осмотре определить conjugata vera (истинную конъюгату), то есть прямой размер входа в малый таз (в норме 11–12 см).

косвенные методы определения истинной конъюгаты:

• из значения conjugata externa вычитают 9 см и получают приблизительный

размер истинной конъюгаты;

• по вертикальному размеру ромба Михаэлиса (он соответствует значению

истинной конъюгаты);

В случае достижения мыса из величины диагональной конъюгаты вычитают индекс Соловьёва и получают размер истинной конъюгаты.

на основании сопоставления данных измерений индекса Соловьёва(1/10 окружности кисти в области лучезапястного сустава) и истинной конъюгаты предлагают вычитать из величины диагональной конъюгаты 1/10 окружности кисти.

Сантиметровой лентой измеряют окружность живота на уровне пупка (в конце нормальной беременности она равна 90–100 см) и высоту стояния дна матки (ВДМ) — расстояние между верхним краем лонного сочленения и дном матки.

В конце беременности ВДМ в среднем равна 36 см. Измерение живота позволяет акушеру определить срок беременности, приблизительную предполагаемую массу плода (перемножив значения двух указанных размеров), выявить нарушение жирового обмена, заподозрить многоводие, маловодие.

**Пальпация**

Пальпация живота позволяет определить состояние передней брюшной стенки и эластичность мышц. После увеличения размеров матки, когда становится возможной наружная ее пальпация (13–15 нед), можно определить тонус матки, величину плода, количество ОВ, предлежащую часть, а затем по мере прогрессирования беременности -членорасположение плода, его положение, позицию и вид.

При пальпации живота используют приёмы наружного акушерского исследования (приёмы Леопольда):

• 1-й приём наружного акушерского исследования — определение ВДМ и части плода, находящейся в дне.

• 2-й приём наружного акушерского исследования — определение позиции плода, о которой судят по месту расположения спинки и мелких частей плода (ручек и ножек).

• 3-й приём наружного акушерского исследования — определение характера предлежащей части и её отношения к малому тазу.

• 4-й приём наружного акушерского исследования — определение соотношения предлежащей части со входом в малый таз.

**Аускультация**

Выслушивание сердцебиения плода производят акушерским стетоскопом, начиная со второй половины беременности (реже с 18–20 нед). Сердцебиение плода имеет три основные аускультативные характеристики: частоту, ритмичность и ясность. Частота ударов в норме 120–160 в минуту. Сердцебиение должно быть ритмичным и ясным.

**Осмотр наружных половых органов**

При осмотре наружных половых органов отмечаются характер оволосения (по женскому или мужскому типу), развитие малых и больших половых губ, состояние промежности (высокая и корытообразная, низкая); наличие патологических процессов: воспаление, опухоли, кондиломы, свищи, рубцы в области промежности после разрывов. При осмотре области заднепроходного отверстия обращают внимание на наличие геморроидальных узлов.Раздвинув пальцами малые половые губы, осматривают вульву и вход во влагалище, состояние наружного отверстия мочеиспускательного канала, парауретральных ходов и выходных протоков больших желез преддверия влагалища.

**Осмотр шейки матки при помощи зеркал**

При исследовании используют ложкообразные или створчатые зеркала.

Определяют: окраску слизистой оболочки шейки матки и влагалища, характер секрета, величину и форму шейки матки и наружного маточного зева, наличие патологических процессов на шейке матки (рубцовая деформация, эктропион, эктопия,лейкоплакия, полип цервикального канала, кондиломы) и стенках влагалища.

**Акушерское влагалищное исследование** в первом триместре беременности

двуручное (влагалищно-брюшностеночное), а во II и III триместрах — одноручное (нет необходимости в пальпации через переднюю брюшную стенку).

В начале исследования определяют состояние промежности (её ригидность, наличие рубцов) и влагалища (ширину и длину, состояние его стенок, складчатость). Затем обследуют шейку матки: определяют её длину, форму, консистенцию,наличие на ней рубцов и разрывов, состояние наружного зева (закрыт, приоткрыт, пропускает кончик пальца, проходим для одного пальца и т.д.).

Накануне родов определяют **степень зрелости шейки матки**, которая является интегральным показателем готовности организма к родам.

**Лабораторные исследования**

При взятии беременной на учёт обязательно производят общий анализ крови и мочи, определение группы и резус-принадлежности крови, определение уровня глюкозы в крови.·

 В дальнейшем лабораторные исследования проводят в следующие сроки:

общий анализ крови — 1 раз в месяц, а с 30 нед беременности — 1 раз в 2 нед;

общий анализ мочи — при каждом посещении;

 исследование крови на АФП, ХГЧ — в 16–20 нед;

уровень глюкозы в крови — в 22–24 и 36–37 нед;

коагулограмма — в 36–37 нед;

 бактериологическое (желательно) и бактериоскопическое (обязательно) исследования выделений из влагалища —в 30 нед.

 **Скрининг инфекций .**

Инфекционный скрининг во время неосложнённой беременности предусматривает (Приказ Минздрава РФ № 50 от 10 февраля 2003 г.):

• микроскопическое исследование отделяемого из влагалища, уретры и цервикального канала — 2 раза (при первом посещении и на 30 нед беременности);

• анализ крови на сифилис — 3 раза ( при первом посещении; на 30 нед беременности и за 2–3 нед до родов);

• анализ крови на ВИЧ — 2 раза (при первом посещении и на 30 нед беременности);

• обследование на наличие возбудителей TORCH-комплекса и присутствие

HBSAg и анти-HCV (при первом посещении; тест на гепатиты В и С необходимо повторить в III триместре беременности).

При взятии беременной на учёт проводят обследование на сифилис (реакция Вассермана), гепатиты В и С, ВИЧинфекцию. необходимо микроскопическое, микробиологическое и цитологическое исследование

мазков и соскобов из влагалища и шейки матки для выявления ИППП (гонорея, трихомоноз, хламидиоз).

Повторно проводят обследование на сифилис и ВИЧ в 30 нед и за 2–3 нед до родов.

**Дополнительные методы исследования**

ЭКГ проводят всем беременным при первой явке и в 36–37 нед, при наличии особых показаний — по необходимости.

УЗИ за время беременности производят трижды: первое, для исключения патологии развития плодного яйца — на сроке до 12 нед; второе, с целью диагностики ВПР плода — на сроке 18–20 нед; третье — на сроке 32–34 нед.

Субъективная оценка шевеления плода. Беременным нужно предлагать неформальное наблюдение за шевелениями плода для самоконтроля.

**Группа беременных с риском возникновения перинатальной патологии.**

**факторы риска**. К ним отнесены только те факторы, которые приводили к более высокому уровню ПС по отношению к этому показателю во всей группе обследованных беременных. Все факторы риска авторы делят на две большие группы: пренатальные (А) и интранатальные (В).

Пренатальные факторы в свою очередь подразделяют на 5 подгрупп:

социальнобиологические;акушерскогинекологического анамнеза; экстрагенитальной патологии;осложнений настоящей беременности;оценки состояния внутриутробного плода.

Интранатальные факторы также были разделены на 3 подгруппы. Это факторы со стороны:матери;плаценты и пуповины;плода.

Среди пренатальных выделяют 52 фактора, среди интранатальных — 20. всего выделено 72 фактора риска.

**ПРЕНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ**

Скрининг — комплексная система, включающая проведение определённых тестов и предоставление пациенту адекватной информации о заболевании, на поиск которого направлен скрининговый тест.

У каждой беременной существует риск хромосомной патологии.Базовый (исходный) риск зависит от возраста женщины и срока беременности. Базовые методы пренатальной диагностики :

• Биохимический скрининг.

• Эхография.

• Инвазивная диагностика (биопсия хориона, амниоцентез, плацентоцентез и кордоцентез).

Факторы риска :

Социально – биологические

Осложнения беременности

Акушерско – гинекологические заболевания

Экстрагенитальные заболевания

**Принципы лечения и ухода за женщиной в период беременности, выполнение лечебных вмешательств**

Добавление в рацион искусственных витаминов при беременности требуется крайне редко.

Прием фолиевой кислоты необходимо рекомендовать всем женщинам - ее рутинное применение в дозе 400 мкг ежедневно 12 нед до зачатия и в первые 12 нед беременности достоверно снижает риск развития у плода дефектов невральной трубки (лат. - spina bifida, анэнцефалия).

 Прием препаратов железа с лечебной целью во всем мире у беременных считают оправданным при уровне гемоглобина ниже 100 г/л.

Ежедневная доза витамина А более 700 мкг может давать тератогенный эффект, поэтому рутинные добавки витамина А должны быть исключены.

Кроме того, беременная должна быть информирована о разумном ограничении потребления продуктов, содержащих повышенную концентрацию витамина А (печень и др.).

Согласно рекомендациям Британского общества акушеров-гинекологов, беременные должны получать 10 мкг/сут витамина D в виде пищевых добавок или поливитаминов.

Дополнительное назначение йода показано в регионах, где в окружающей среде содержится мало йода и где население не получает адекватного количества этого микроэлемента с привычными продуктами питания и напитками. Определяют этот риск органы санэпиднадзора. Ввиду необратимости врожденного гипотиреоза (кретинизма), беременных и кормящих женщин, проживающих на территории, характеризующейся дефицитом йода, относят к группам риска, требующим индивидуальной и групповой йодной профилактики, цель которой - достижение оптимального уровня потребления йода.

Травы, травяные настойки и настои также являются ЛС, поэтому их нельзя принимать без назначения врача.

Лекарственные средства

Желательно исключить применение любых ЛС во время беременности, кроме случаев, опасных для жизни и здоровья пациентки, когда польза превышает риск.

*Семейно-ориентированная подготовка. Психопрофилактическая подготовка*

*беременной к родам*.

Психопрофилактическую подготовку - 5 бесед с врачом, целью которых является создание так называемой положительной родовой доминанты в коре головного мозга, - следует начинать с первого посещения беременной консультации и завершать за 7-10 дней до предполагаемой даты родов. Целесообразно привлекать мужей беременных в так называемую «Школу отцов». Беременных обучают правилам личной гигиены и готовят к будущему материнству в «Школах материнства» .Беременным следует разъяснять важность посещения этих занятий.

*Образ жизни и распорядок дня*

Основным правилом, мотивирующим поведение беременной, должно стать предупреждение влияния управляемых факторов внещней среды, имеющих доказанное или потенциально негативное влияние на плод.

К критическим периодам развития относят:

• 8 нед беременности (органогенез);

• 15-20 нед беременности (усиленный рост головного мозга);

• 20-24 нед беременности (формирование основных функциональных систем организма плода).

О наличии беременности (и даже подозрении на нее!) следует информировать медицинских работников всех специальностей, которые оказывают лечебно-профилактическую помощь беременной.

Ежедневный отдых

Беременной следует изменить распорядок дня таким образом, чтобы иметь достаточно времени на отдых. Начиная со 11 триместра женщине необходим суточный сон продолжительностью не менее 9 ч, включая эпизод дневного сна.

Во все времена года.рекомендованы регулярные неутомительные пешие прогулки по 1-1,5 ч ежедневно и по возможности перед сном. Беременным показаны теплые воздушные ванны (22 °С) продолжительностью до 25 мин. Ввиду риска нарушения фосфорно-кальциевоrо обмена у беременных в осенне-зимнее время года и весной при естественном относительном гиповитаминозе, особенно в северных районах страны, полезно ультрафиолетовое облучение тела в сроки беременности 18-20 и 35-37 нед.

Под рациональным питанием подразумевают полноценный набор разнообразных пищевых продуктов соответственно сроку беременности и правильное распределение рациона в течение дня. Рацион составляют индивидуально с учетом роста и массы тела беременной, величины плода, характера течения беременности, трудовой деятельности. При избыточной массе тела женщины рацион следует составлять таким образом, чтобы предупредить нежелательную прибавку массы тела, т.е. уменьшить энерrети ческую ценность (калорийность) рациона за счет углеводов и жиров. Беременным с пониженной массой тела следует увеличить калорийность рациона с сохранением необходимых соотношений между основными ингредиентами. Лучше воздержаться от острого и жареного и ограничить потребление соли и сахара, желательно, чтобы в рационе преобладали отварные или тушеные блюда.

 Правила питания для беременных:

• питаться лучше часто (5-6 раз в день) и понемногу;

• принимать пищу, когда проголодались, а не по расписанию (лучше недоесть, чем переесть);

• жареное, копченое и консервированное из меню необходимо исключить - есть предпочтительно вареное, печеное, пареное;

• не наедаться на ночь (ужин в 18.00, позже - кефир и фрукты);

• питание беременной должно быть разнообразным.

*Езда в транспорте и управление транспортными средствами*

Во время беременности следует по возможности воздерживаться от авиаnерелетов, предпочтительно пользоваться поездом или автомобилем. При передвижении в автомобиле каждые час-полтора делать остановки для отдыха, проводить за рулем не более 2,5 ч в день. При пользовании общественным транспортом избегать часа пик и снизить до минимума передвижения в период эпидемий вирусных заболеваний. После 28 нед беременности следует избегать длительных поездок на любом виде транспорта, а в последние 2 нед перед родами необходимо оставаться дома.

*Физические нагрузки*

Большинству беременных наиболее подходят ходьба, плавание и специальный курс лечебной физкультуры (аэробики), который можно выполнять в условиях спортивного зала или дома. В lll триместре беременности следует резко ограничить нагрузку на коленные и

Беременным противопоказаны занятия спортом и физические нагрузки при наличии:

• острых заболеваний;

• обострения хронических заболеваний;

• симптомов угрозы прерывания беременности;

• выраженного такси коза;

• преэклампсии;

• самопроизвольных абортов в анамнезе;

• мноrоводия;

• систематических схваткообразных болей, появляющихся после занятий.

Необходимо исключить некоторые виды физической активности: катание на лошадях, водные лыжи, серфинг, прыжки в воду, подводное плавание, бег на скорость, горные лыжи, езда на велосипеде, командные игры.

*Работа и трудоустройство*

Беременная должна быть освобождена от ночных смен, командировок и сверхурочных работ начиная с 4 мес; от работ, связанных с вредными условиями,с момента установления беременности; от тяжелого физического труда - с 20 нед. Желательно, чтобы рабочий день в период беременности не превышал 6 ч, при свободном режиме работы, не связанном со срочностью задания. Длительность сосредоточенного наблюдения не должна превышать 25% рабочего времени.

Запрещены:

• применение труда женщин на тяжелых и подземных работах;

• переноска и передвижение женщинами тяжестей;

• привлечение к работам в ночное время, исключение составляют те отрасли, где эти меры вызваны крайней необходимостью и носят временный характер;

• работа сверхурочно и в выходные дни, а также командировки.

*Одежда и обувь*

Одежда должна быть свободной, удобной и эргономичной. Предпочтени следует отдавать натуральным тканям. Необходимо избегать стеснени грудной клетки и живота , давящих резинок и вставок, особенно на нижнембелье. Беременным подходят платья свободного покроя или длинные свободныеблузоны. Идеальны специальное белье и одежда для беременных.Обувь должна быть удобной , на широком невысоком каблуке.

 *Гигиена*

Уход за полостью рта и зубами

Уход за кожей и косметические процедуры

Уход за ногтями

Стрижка и окрашивание волос

Уход за молочными железами

Интимная гигиена

Лекарственные средства

Абсолютно противопоказаны во время беременности:

• некоторые антибиотики (стрептомицин, тетрациклин);

• антидепрессанты;

• гипотензивные ЛС (резерпин, гидрохлоротиазид);

• витамин А в дозах свыше 10 ООО МЕ/сут.

Беременным, страдающим хроническими заболеваниями, необходимо с помощью лечащего врача так подготовиться к беременности, чтобы иметь возможность снизить прием ЛС в ранние сроки до минимума или временно отказаться от них.

**Обменная карта, её значение и заполнение.**

Роль обменноуведомительной карты беременной и родильницы

Все данные опроса, обследования, результаты клинико-лабораторных исследований, заключения других специалистов, советы и назначения, а также индивидуальный план наблюдения за течением беременности, который согласуется с главным врачом (заведующим) женской консультации, заносят в «Индивидуальную карту беременной и родильницы» при каждом посещении с указанием диагнозов и даты последующей явки на прием и подтверждают подписью врача.

«Индивидуальные карты беременной и родильницы» хранят в кабинете в картотеке по датам очередного посещения. Для осуществления преемственности в наблюдении за беременной в женской консультации и родильном доме на руки каждой беременной на сроке 22–23 нед выдают обменноуведомительную карту беременной и родильницы, в которую заносят основные данные о состоянии здоровья женщины. Эту карту она передает врачу при поступлении в родильный дом.

**Приказ Министерства здравоохранения РФ № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»**