

АО «Медицинский университет Астана»
Кафедра: акушерства и гинекологии интернатуры

Презентация

На тему: Диспансеризация беременных женщин. Ведение беременности у женщин групп риска. Медико-генетическое консультирование в акушерстве и гинекологии.

Подготовил: Сайлау Д. 770 ОВП
Проверила ассистент кафедры: Салимова А.Р.

Астана 2019

- ▣ Наблюдение беременных является главной задачей женской консультации. От качества амбулаторного наблюдения во многом зависит исход беременности и родов.
- ▣ *Основной задачей диспансерного наблюдения* женщин в период беременности является предупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных
- ▣ *При первом посещении* женщины уточняется срок беременности и предполагаемая дата родов, устанавливают группу риска.

Ранний охват беременных врачебным наблюдением.

Женщина должна быть *взята на учет* при сроке беременности *до 12 недель*.

- При первом посещении независимо от срока беременности врач женской консультации обязан ознакомиться с амбулаторной картой женщины из поликлинической сети для выявления экстрагенитальной патологии, наследственного анамнеза, факторов риска возникновения и

- При взятии беременной на учет заводится «Индивидуальная карта беременной и родильницы» (форма №111/у), куда вносят паспортные данные, результаты собранного анамнеза, наследственные заболевания, перенесенные в детстве и зрелом возрасте соматические и гинекологические заболевания, операции, особенности менструальной, половой и репродуктивной функций. В дальнейшем при каждом посещении записывают все данные опроса, физикального обследования, лабораторных исследований, назначения.

Значение ранней явки:

1. До 12 недель можно точно определить срок беременности, так как размер матки в это время соответствует сроку беременности; в последующем размеры матки зависят от размера плода, количества плодов.
2. Если женщине беременность противопоказана, то до 12 недель беременности можно сделать медицинский аборт.
3. Обучение беременной в «школе матери» (в женской консультации, проводят акушер-гинеколог, педиатр, юрист) с самых ранних сроков беременности.
4. До 12 недель нет изменений в системе гемостаза организма, характерных для физиологической беременности. Поэтому до этого срока беременности можно определить исходные показатели гемостаза.

Своевременное обследование.

- ▣ Обследование беременной должно быть проведено в течение 12-14 дней.
- ▣ В результате обследования определяют возможность вынашивания беременности и степень перинатального риска, а также вырабатывают план ведения беременности.
- ▣ При постановке беременной на учет в соответствии с заключениями профильных врачей-специалистов врачом-акушером-гинекологом до 11-12 недель беременности делается заключение о возможности вынашивания беременности.
- ▣ Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности с учетом состояния беременной женщины и плода делается врачом-акушером-гинекологом до 22 недель беременности.
- ▣ Для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям при сроке до 22 недель беременности женщины направляются в гинекологические отделения, имеющих возможность оказания специализированной (в том числе реанимационной) медицинской помощи женщине.

Регулярность наблюдения беременных

- При нормально протекающей беременности можно установить следующий график посещения женской консультации:
 - после первого осмотра явка через 7-10 дней с анализами, заключением терапевта и других специалистов;
 - в дальнейшем до 20 недель – 1 раз в месяц;
 - с 20 до 28 недель – 2 раза в месяц;
 - с 28 по 40 неделю – 1 раз в неделю.

Регулярность наблюдения беременных

- При выявлении соматической или акушерской патологии частота посещений возрастает.
- При неявке женщины к врачу в течение 2 дней от назначенной явки необходимо направить к ней на дом участковую акушерку для патронажа.
- Дородовой патронаж осуществляют дважды в обязательном порядке: при взятии на учет и перед родами.

Установлено, что при наблюдении женщин в ранние сроки беременности и регулярном посещении ими врача 7-12 раз за всю беременность, уровень перинатальной смертности в 2-2,5 раза ниже, чем у всех беременных в целом, и в 5-6 раз ниже, чем при посещении врача в сроке беременности после 28 недель.

Профилактика гнойно-септических осложнений.

- ▣ Обязательно включает в себя консультации стоматолога, лор-врача, терапевта. Санацию хронических очагов инфекции (кариозные зубы, тонзиллит, инфекции мочевыводящих путей – цистит, пиелонефрит).

Лабораторные исследования

- ▣ *При взятии беременной на учет* обязательно проводят:
 - Общий анализ крови;
 - Общий анализ мочи (с целью оценки работы почек и выявления воспалительных заболеваний мочевыводящей системы);
 - Определение группы крови и резус-фактора (если Rh-фактор отрицательный или группа крови беременной 0(I), то необходимо обследование мужа на групповую и Rh-принадлежность. При резус-конflikте этот анализ проводят один раз в месяц до 32-й недели беременности, с 32-й до 35-й – дважды в месяц, а затем вплоть до родов еженедельно);
 - Анализ крови на микрореакцию Вассермана (RW) – обследование на сифилис;

Лабораторные исследования

- Анализ крови на ВИЧ-инфекцию (беременные женщины с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции наблюдаются совместно инфекционистом территориального Центра по профилактике и борьбе со СПИД и акушером-гинекологом, в женской консультации по месту жительства);
- Анализ крови на антитела к вирусу гепатитов В и С (назначение лекарственной терапии и тактика ведения беременной осуществляются совместно врачом инфекционистом и акушером-гинекологом с учетом степени тяжести гепатита, стадии его течения);
- Определение уровня глюкозы в крови (позволяет определить скрыто протекающий сахарный диабет);

Лабораторные исследования

- Биохимический анализ крови: общий белок, альбумин, общий билирубин (показатель работы желчевыделительной функции печени), АСТ и АЛТ (печеночные ферменты – показатели работы печени), мочевины и креатинина (показатели работы почек);
- Коагулограмма (Анализ крови на свертываемость. Если свертывание повышено, то кровь более вязкая и возможно образование тромбов, если снижено, то наблюдается склонность к кровотечениям);
- Анализ крови на TORCH-инфекции (токсоплазма, цитомегаловирус, герпес, краснуха – инфекции, которые могут привести к порокам плода).

Лабораторные исследования

- Микроскопическое исследование отделяемого влагалища (мазок на флору, либо мазок из влагалища на степень чистоты влагалищного секрета). Для выявления воспалительного процесса (по количеству лейкоцитов в мазке), скрытых инфекций, кандидоза, бактериального вагиноза и др.
- Бак.посев из цервикального канала (выявление возбудителей воспалительного процесса в половых путях);
- Мазок на онкоцитологию;
- Исследование кала на яйца глистов.

- ▣ *В дальнейшем* лабораторные исследования проводят в следующие сроки:
 - ▣ Общий анализ крови – 1 раз в месяц, а с 30 недели – 1 раз в 2 недели;
 - ▣ Общий анализ мочи – при каждом посещении беременной женской консультации;
 - ▣ Уровень глюкозы в крови – в 22-24 недели и 36-37 недель;
 - ▣ Коагулограмму – в 37-37 недель;
 - ▣ Бактериологическое исследования выделений из влагалища – в 30 недель;
 - ▣ RW, ВИЧ в 30 недель и за 2 недели до родов.

Дополнительные методы исследования

- ЭКГ проводят всем беременным при первой явке и в 36-37 недель.
- УЗИ за беременность проводят трижды (пренатальный скрининг для выявления пороков развития плода): первое в сроке беременности 10-14 недель, второе – 18-20 недель беременности, третье – в 30-32 недели.

- ▣ Доказана целесообразность УЗИ в особых клинических случаях:
 - на ранних сроках беременности, с целью уточнения срока и локализации беременности;
 - при определении точных признаков жизнедеятельности или гибели эмбриона/плода;
 - при оценке развития плода с подозрением на задержку развития;
 - при определении локализации плаценты;
 - подтверждении многоплодной беременности;
 - оценке объема амниотической жидкости (околоплодных вод) при подозрении на много- или маловодие;
 - уточнении положения плода;
 - маточном кровотечении на фоне беременности.

Консультация смежных специалистов

- ▣ При постановке на учет беременные подлежат консультации:
 - *стоматолога* (выявление и лечение кариозных зубов, как источника хронической инфекции). Повторный осмотр в 30 недель, либо чаще по показаниям;
 - *ЛОР-врача* (выявление очагов хронической инфекции, например, тонзиллит, отит);
 - *терапевта* (выявление и лечение соматических заболеваний, определение противопоказаний к вынашиванию беременности на фоне тяжелых соматических заболеваний). Повторный осмотр терапевтом в 30 недель, либо чаще по показаниям;
 - *офтальмолог* (оценка глазного дна, определение противопоказаний к вагинальным родам).

Диспансеризация беременных и стратификация риска

- Стратификация риска в акушерстве предусматривает выделение групп женщин, у которых беременность и роды могут осложниться нарушением жизнедеятельности плода, акушерской или экстрагенитальной патологией.
- Существует шкала для оценки постнатальных факторов риска по перинатальной смертности (оценка в баллах по 5 группам признаков):

факторы риска

I. Социальнобиологические:

- возраст матери (до 18 лет; старше 35 лет);
- возраст отца старше 40 лет;
- профессиональные вредности у родителей;
- табакокурение, алкоголизм, наркомания, токсикомания;
- массо-ростовые показатели матери (рост 150 см и менее, масса на 25% выше или ниже нормы).

II. Акушерскогинекологический анамнез:

- число родов 4 и более;
- неоднократные или осложненные аборты;
- оперативные вмешательства на матке и придатках;
- пороки развития матки;
- бесплодие;
- невынашивание беременности;
- неразвивающаяся беременность (НБ);
- преждевременные роды;
- мертворождение;
- смерть в неонатальном периоде;
- рождение детей с генетическими заболеваниями и аномалиями развития;
- рождение детей с низкой или крупной массой тела;
- осложнённое течение предыдущей беременности;
- бактериальновирусные гинекологические заболевания (генитальный герпес, хламидиоз, цитомегалия, сифилис, гонорея и др.).

III. Экстрагенитальные заболевания:

- сердечнососудистые: пороки сердца, гипер и гипотензивные расстройства;
- заболевания мочевыделительных путей;
- эндокринопатия;
- болезни крови;
- болезни печени;
- болезни легких;
- заболевания соединительной ткани;
- острые и хронические инфекции;
- нарушение гемостаза;
- алкоголизм, наркомания.

IV. Осложнения беременности:

- рвота беременных;
- угроза прерывания беременности;
- кровотечение в I и II половине беременности;
- гестоз;
- многоводие;
- маловодие;
- плацентарная недостаточность;
- многоплодие;
- анемия;
- Rh и АВ0 изосенсибилизация;
- обострение вирусной инфекции (генитальный герпес, цитомегалия, др.).
- анатомически узкий таз;
- неправильное положение плода;
- переносимая беременность;
- индуцированная беременность.

- Для количественной оценки факторов используют балльную систему, дающую возможность не только оценить вероятность неблагоприятного исхода родов при действии каждого фактора, но и получить суммарное выражение вероятности всех факторов.
- До 15 баллов - низкая степень риска; 15 - 25 баллов - средняя степень; 25 баллов и выше - высокая степень.
- Первый бальный скрининг проводят при первой явке беременной в женскую консультацию. Второй – в 28-32 недели. Третий – перед родами.
- После каждого скрининга уточняют план ведения беременности.
- Выделение группы беременных с высокой степенью риска позволяет организовать интенсивное наблюдение за развитием плода от начала беременности.

- С 36 недель беременности женщин из группы среднего и высокого риска повторно осматривают заведующий женской консультацией и заведующий акушерским отделением, в которое беременная будет госпитализирована до родов.
- Определяется срок госпитализации, предположительный план ведения последних недель беременности, план ведения родов.

Длительность дородового и послеродового отпуска

- ▣ В соответствии с законодательством работающим женщинам независимо от стажа работы предоставляется 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).

Длительность дородового и послеродового отпуска

- ▣ 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 ребёнка 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.

Длительность дородового и послеродового отпуска

- При осложнённых родах листок нетрудоспособности дополнительно на 16 календарных дней. 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.

Роль обменно-уведомительной карты беременной и родильницы

- Для осуществления преемственности в наблюдении за беременной в женской консультации и родильном доме на руки каждой беременной при постановке на учет выдают «обменно-уведомительную карту беременной и родильницы», в которую заносят основные данные о состоянии здоровья женщины. Эту карту она передает врачу при поступлении в родильный дом.

Дородовый и послеродовый патронаж

- ▣ Дородовый патронаж осуществляет акушерка в обязательном порядке дважды: при взятии на учет и перед родами, а кроме того, еще и по мере необходимости (для вызова беременной к врачу, контроля назначенного режима и лечения и т.п.).
- ▣ Послеродовый патронаж проводится в течение первых 2-3 суток после выписки из родильного дома работниками женской консультации – врачом (после патологических родов) или акушеркой (после нормальных родов). Для обеспечения своевременного послеродового



Медико-генетическое консультирование -

**вид медицинской помощи населению,
направленной на профилактику
наследственных болезней.**

**Оказывается в медико-генетических
консультациях и специализированных
научно-исследовательских медицинских
институтах.**

Медико-генетическое консультирование семей





Структура медико-генетической службы

- **Медико-генетическое консультирование – специализированный вид медицинской помощи – является наиболее распространенным видом профилактики наследственных болезней.**

Существует два подхода к профилактике наследственных болезней:

- ▣ *семейная профилактика* с помощью предотвращения новых случаев заболевания в семье;
- ▣ *популяционная профилактика*, базирующаяся на специальных программах скрининга в отношении той или иной наследственной патологии или гетерозиготного носительства мутантных генов, а также на различных санитарно-гигиенических мероприятиях, направленных на выявление вредных производственных факторов и неблагоприятных

- ▣ *Медико-генетическое консультирование* можно *определить как коммуникативный процесс*, связанный с решением проблем семьи с риском возникновения наследственного заболевания и заключающийся в попытке помочь семье, обеспечив ее данными о диагнозе и возможном клиническом течении болезни, доступном лечении, типе наследования заболевания и риске его повторения среди ближайших родственников, а также помочь принять адекватное решение о дальнейшем репродуктивном поведении.

- ▣ Институт медико-генетического консультирования начал формироваться во всех странах и в первую очередь в США и Великобритании после Второй мировой войны, хотя в начале 30-х годов **С.Н. Давиденков** впервые сформулировал *принципы организации* медико-генетической помощи при наследственных болезнях и болезнях с наследственной предрасположенностью. Им была открыта первая в мире медико-генетическая консультация в 1929 году в Москве, а затем в 1932 году в Ленинграде.

Медико-генетические консультации решают следующие задачи:

- ▣ 1) уточнение диагноза наследственных заболеваний с помощью генетических методов;
- ▣ 2) расчет риска повторения заболевания в семье (прогноз потомства);
- ▣ 3) объяснение в доступной форме смысла медико-генетического заключения;
- ▣ 4) помощь в принятии решения в отношении дальнейшего деторождения;
- ▣ 5) социальная помощь в адаптации семьи к жизни с больным ребенком.

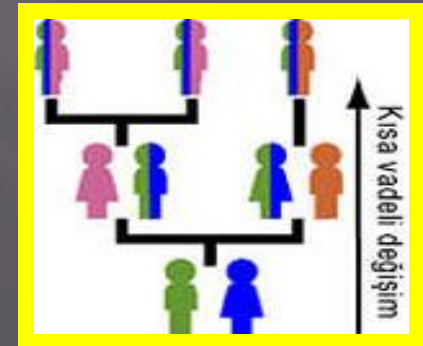
Кто обращается за медико-генетической помощью?

- ▣ *Основной поток* обращающихся в медико-генетические консультации формируется по направлениям врачей разных специальностей, в первую очередь, педиатров, а также по результатам скрининга на некоторые наследственные и врожденные заболевания, **10%** больных обращаются самостоятельно.
- ▣ Самой частой причиной обращения является рождение ребенка с наследственной болезнью или ВПР у здоровых родителей – *ретроспективное консультирование*, такие обращения составляют **60%**.

- ▣ *На втором месте (примерно 30%)* находятся обращения для уточнения диагноза при подозрении на наследственную патологию у ребенка или взрослого лица с целью выбора адекватных методов лечения и реабилитации. В последующем некоторые пациенты из этой группы обращаются в консультацию за прогнозом потомства.



- ▣ *Третью группу* составляют здоровые лица, имеющие родственников с наследственными заболеваниями и желающие знать прогноз для себя и своих детей.
- ▣ В целом процесс медико-генетического консультирования можно рассматривать с 3-х точек зрения: *медицинской, социальной и организации здравоохранения.*



Организационные вопросы и функции врача-генетика.

- ▣ Врач-генетик выполняет две основные функции:
- ▣ 1) помогает коллегам установить точный диагноз, используя при дифференциальной диагностике специальные генетические методы;
- ▣ 2) определяет прогноз здоровья будущего потомства (или родившегося).

**Медико-генетическая
консультация состоит из 4-**

х этапов:

- 1. диагноз,**
- 2. прогноз,**
- 3. заключение,**
- 4. совет.**

**Необходимо откровенное и
доброжелательное общение
врача-генетика с семьей
больного.**



1 этап медико-генетического консультирования

- На *первом этапе* консультирования перед врачом-генетиком стоит много задач (генетическая гетерогенность болезни, унаследованная или вновь возникшая мутация, средовая или генетическая обусловленность данного врожденного заболевания, рекуррентный риск заболевания в семье).
- Уточнение диагноза при медико-генетическом консультировании проводится с помощью генетического анализа (генеалогического, синдромологического, цитогенетического, молекулярно-цитогенетического, биохимического и др.).
- В случае необходимости пациента направляют к различным специалистам (эндокринологу, невропатологу, психиатру, окулисту, гинекологу и др.) для уточнения диагноза.
- Могут выполняться дополнительные лабораторные методы исследования (иммунологические и т.д.).

2 этап медико-генетического консультирования

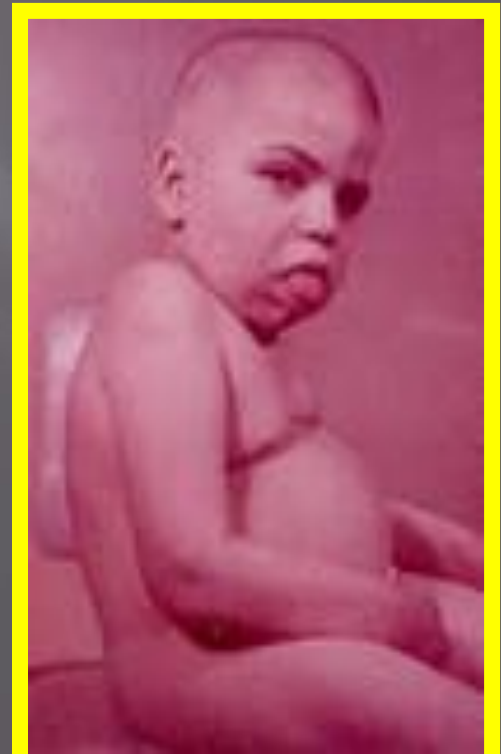
- ▣ После установления диагноза врач-генетик определяет *прогноз для потомства*.
- ▣ Он формулирует генетическую задачу, решение которой основано либо на теоретических расчетах с использованием методов генетического анализа и вариационной статистики, либо на эмпирических данных (таблицы эмпирического риска).

- ▣ *Заключение медико-генетического консультирования и советы родителям соединяются воедино.*
- ▣ Необходимо учитывать уровень их образования, социально-экономическое положение семьи, структуру личности и взаимоотношения супругов.
- ▣ В любом случае принятие решения о деторождении остается за семьей.

Принципы расчета генетического риска

- ▣ *Существуют 2 способа определения генетического риска:*
- ▣ *1. теоретические расчеты, основанные на генетических закономерностях;*
- ▣ *2. использование эмпирических данных.*
- ▣ *Теоретические основы оценки генетического риска используют при менделирующих заболеваниях, в этом случае задача сводится к идентификации и вероятностной оценке определенного дискретного генотипа, находящегося в основе заболевания у консультирующегося лица.*

- ▣ *Генетический риск* – это специфическая вероятность (от 0 до 1) появления определенной наследственной патологии у пробанда, либо у его потенциальных потомков, а также других родственников.
- ▣ *Обычно величину риска обозначают в %.*



- ▣ Генетический риск **до 5%** считается низким, что не является противопоказанием к деторождению в данной семье.
- ▣ Риск от **6% до 20%** - средний, рекомендации по планированию беременности зависят от величины риска и тяжести медицинских и социальных последствий данной аномалии, а также результатов пренатальной диагностики.
- ▣ Риск **выше 20%** - высокий, и при отсутствии возможности пренатальной диагностики, вопрос о деторождении в данной семье – достаточно сложный.

Ситуации при МКК можно разделить на

две группы: **генотипы консультирующихся известны и генотипы – неизвестны.**

- Если генотипы известны, то расчет риска не представляет труда.
- Повторный риск **аутосомно-доминантного заболевания** в семье, в которой болен один из родителей, составляет $\frac{1}{2}$ или **50%**;
- повторный риск **аутосомно-рецессивного заболевания** для детей в семье, в которой родители гетерозиготные носители одного и того же рецессивного гена, будет равен $\frac{1}{4}$, или **25%**.
- Риск **X-сцепленного рецессивного заболевания** для мальчиков в семье, в которой мать является носителем мутантного гена, составляет $\frac{1}{2}$, или **50%**.

Медико-генетическое консультирование



- ▣ В случае *аутосомно-доминантного заболевания с неполной пенетрантностью* частота болезни в семье меньше ожидаемой и составит **40%**.
- ▣ Если причиной заболевания пробанда является вновь возникшая мутация, то в оценке риска для sibсов пробанда используют популяционные данные о частоте мутирования (**1×10^{-5}**).
- ▣ Риск повторения анэуплоидии в семье зависит от возраста матери и типа анэуплоидии, оценка эмпирическая.
- ▣ Для *болезни Дауна* среднепопуляционный повторный риск равен **1%**. В то же время риск болезни Дауна выше для женщин старшей возрастной группы: **1:1500** у 20-летних женщин, **1:30** – у женщин 45 лет и старше.

- ▣ При мультифакторных заболеваниях повторный (рекуррентный) риск для родственников **1-й степени родства** пораженного пробанда (сibsы и дети) теоретически может быть рассчитан **как корень квадратный из частоты заболевания в популяции**,
- ▣ для родственников **2-й степени родства** – $q^{3/4}$, где q – частота болезни в популяции. При расчете повторного риска следует учитывать пол, для болезни, обусловленной большей поражаемостью мужчин или женщин.
- ▣ Есть компьютерные программы для расчета рекуррентного риска СД, бронхиальной астмы, псориаза, расщелины губы/неба и др.

Эффективность медико-генетических консультаций

- ▣ Критерием медико-генетического консультирования в популяционном смысле является изменение частоты патологических генов, а отдельной консультации – изменение поведения супругов, обратившихся в консультацию по поводу рождения ребенка.

- ▣ При широком проведении медико-генетическом консультировании было достигнуто уменьшение частоты наследственных болезней, а также смертности.
- ▣ Главный итог медико-генетического консультирования – моральный для тех семей, в которых не родились больные дети или в которых родились здоровые дети.

На каждые **100** семей в **3-5 семьях** не рождаются больные дети, несмотря на то, что **25-30%** проконсультированных не следуют совету врача-генетика.



- ▣ Если консультируемые будут следовать советам врача-генетика, то уменьшится только количество гомозиготных носителей.
- ▣ Снижение частоты доминантных болезней в популяциях в результате МГК не будет существенным, потому что **80-90%** из них возникли в результате новых мутаций.
- ▣ Потребность в МГК приблизительно такая: на 1 млн. родов надо проконсультировать 50 000 семей.