

ДОРОДОВОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Врач резидент: Алипанова А.Ж

ДОРОДОВАЯ ПОМОЩЬ

- Программы дородовой помощи возникли из модели, разработанной в Европе в первое десятилетие 20 века
- Суть программ осталась неизменной, новые технологии добавляют новые компоненты в практику дородовой помощи, но зачастую новшества внедряются без достаточных научных обоснований



ЗАДАЧИ ДОРОДОВОЙ ПОМОЩИ

- Обучить, информировать и поддерживать будущих мать и отца
- Обеспечить профилактические меры
- Наблюдать на протяжении всей беременности с целью выявления отклонений
- Направить на соответствующий уровень помощи при возникновении проблем
- Уметь решать небольшие проблемы, возникающие в результате беременности



ПРИ ОГРАНИЧЕННЫХ СРЕДСТВАХ, ВРЕМЕНИ И ЭНЕРГИИ, ВОЗМОЖНОСТИ ВЫБОРА ПУТЕЙ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ТАКЖЕ ОГРАНИЧЕНЫ

- У беременных женщин могут быть и другие приоритеты, помимо дородового наблюдения, например нахождение средств и времени для своих уже имеющих детей



СОДЕРЖАНИЕ ПОСЕЩЕНИЙ В АНТЕНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

- Построение доверительных отношений между женщиной и медицинскими работниками
- Обеспечение предоставления женщине информации, которую она может использовать для принятия информированных решений
- Активное вовлечение членов семьи или друзей женщины в проблемы беременности, способствование развитию поддерживающей роли, которую они могут выполнять, и при необходимости оказание им самим помощи в получении поддержки



ДОРОДОВОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

- 7 раз дородовых посещения надлежащего качества не ухудшают перинатальный исход. Некоторых женщин беспокоит назначение времени визитов
- Экономия ресурсов
- Женщин больше удовлетворяет наблюдение у акушерки или врача общего профиля по сравнению со специалистом. Нет различий в перинатальных исходах



НОВАЯ МОДЕЛЬ АНТЕНАТАЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ, ВОЗ

- Первое наблюдение — менее 12 недели
- Второе наблюдение — 16-20 неделя
- Третье наблюдение — 24-25 неделя
- Четвертое наблюдение — 30-32 неделя
- Пятое наблюдение- 36 неделя
- Шестое наблюдение-38-40 неделя
- Седьмое наблюдение- 41 неделя



Консультирование	- сбор анамнеза, выявление риска - выявление перенесенных инфекционных заболеваний (краснуха, гепатит) (см. Приложение А) - Рекомендовать школу подготовки к родам - Рекомендовать посещение специалиста с представителем семьи - Предоставлять информацию с возможностью обсуждать проблемы и задавать вопросы; предложить устную информацию, подкрепленную занятиями по подготовке к родам и печатной информацией. (см. пример Приложение Ж)
Обследование:	- росто-весовые показатели (подсчитать индекс массы тела (ИМТ) (2а); ИМТ= вес (кг) / рост (м) в квадрате: - низкий ИМТ – <19,8 - нормальный – 19,9-26,0 - избыточный – 26,1-29,0 - ожирение – >29,0 - пациентки с ИМТ, отличным от нормального, направляются на консультацию к врачу акушеру-гинекологу - измерение АД; - осмотр ног (варикозное расширение вен) - осмотр в зеркалах – оценка состояния шейки матки и влагалища (формы, длины, рубцовые деформации, варикозное расширение вен); - внутреннее акушерское обследование; - рутинный осмотр молочных желез проводится для выявления онкопатологии; - УЗИ в 10-14 недель беременности: для пренатальной диагностики, уточнения срока беременности, выявления многоплодной беременности.
Лабораторные исследования: Обязательные:	- общий анализ крови и мочи - сахар крови при ИМТ выше 25,0 - группа крови и резус-фактор - бак. посев мочи - скрининг (до 16 недель беременности) - исследование на половые инфекции только при клинических симптомах (см. Приложение А) - мазок на онкоцитологию (приложение) - ВИЧ (100% претестовое консультирование, при получении согласия - тестирование), (см. Приложение В) - RW - биохимические генетические маркеры - HBsAg (проводить обследование на HBsAg при внесении иммунизации иммуноглобулином новорожденного рожденного от носителя HBsAg в ГОБМП приложение В)
Консультация специалистов	- Терапевт/ВОП - Генетик при возрасте старше 35 лет, ВГП у плода в анамнезе, 2 выкидыша в анамнезе, кровнородственный брак
Лечебно-профилактические мероприятия:	- фолиевая кислота 0,4 мг ежедневно в течение первого триместра

Беседа

- Обзор, обсуждение и запись результатов всех пройденных скрининговых тестов;
- выяснение симптомов осложнений данной беременности (кровотечение, подтекание околоплодных вод, шевеление плода)
- Предоставлять информацию с возможностью обсуждения проблем, вопросов, «Тревожные признаки во время беременности» (см. пример Приложение Ж)
- Рекомендовать занятия по подготовке к родам

Обследование:

- измерение АД
- осмотр ног (варикозное расширение вен)
- измерение высоты дна матки с 20 нед (нанести на гравидограмму) (см. Приложение Д)

Лабораторное обследование:

- анализ мочи на белок
- биохимические генетические маркеры (если не проводились при первом визите)

Инструментальное исследование:

- скрининговое УЗИ (18-20 нед.)

Лечебно-профилактические мероприятия:

- прием кальция 1 г в сутки с факторами риска преэклампсии, а также у беременных с низким потреблением кальция до 40 недель
 - прием ацетилсалициловой кислоты в дозе 75 -125 мг 1 раз в сутки с факторами риска преэклампсии до родов
-



Консультирование

- выявление осложнений данной беременности (преэклампсия, кровотечение, подтекание околоплодных вод, шевеление плода)
- при необходимости пересмотр плана ведения беременности и направление и консультирование врача акушер – гинеколога
- Предоставлять информацию с возможностью обсуждения проблем, вопросов, «Тревожные признаки во время беременности» (см. пример Приложение Ж)

Обследование:

- измерение АД.
- осмотр ног (варикозное расширение вен)
- измерение высоты дна матки (нанести на гравидограмму) (см. Приложение Д)
- сердцебиение плода

Лабораторные обследования:

- Анализ мочи на белок
- Антитела при резус-отрицательном факторе крови

Лечебно-профилактические мероприятия:

- Введение анти-Д иммуноглобулин человеческий с 28 нед. беременным с резус-отрицательным фактором крови без титра антител. В последующем определение титра антител не проводится. Если биологический отец ребенка имеет резус-отрицательную кровь, данное исследование и введение иммуноглобулина не проводится.

Беседа

- выявление осложнений данной беременности (преэклампсия, кровотечение, подтекание околоплодных вод, шевеление плода), тревожные признаки
- при необходимости пересмотр плана ведения беременности и консультирование врача акушер – гинеколога, при наличии осложнений - госпитализация
- Предоставлять информацию с возможностью обсуждения проблем, вопросов; «План родов» (см. приложение Е)

Обследование:

- Повторное измерение ИМТ у женщин с исходно низким показателем (ниже 18,0)
- измерение АД;
- осмотр ног (варикозное расширение вен)
- измерение высоты дна матки (нанести на гравидограмму)
- сердцебиение плода
- оформление дородового отпуска

Лабораторные исследования:

- RW, ВИЧ
- анализ мочи на белок
- общий анализ крови



V посещение - в сроке 36 недель

Беседа

- выявление симптомов осложнений данной беременности (преэклампсия, кровотечение, подтекание околоплодных вод, шевеление плода)
 - Предоставлять информацию с возможностью обсуждения проблем, вопросов; «Грудное вскармливание. Послеродовая контрацепция»
-

Обследование:

- наружное акушерское обследование (положение плода);
 - осмотр ног (варикозное расширение вен)
 - измерение АД;
 - измерение высота дна матки (нанести на гравидограмму)
 - наружное акушерское обследование
 - сердцебиение плода
 - анализ мочи на белок
-



VI посещение- в сроке 38-40 недель

Беседа

- выявление симптомов осложнений данной беременности (преэклампсия, кровотечение, подтекание околоплодных вод, шевеление плода)
- при необходимости пересмотр плана ведения беременности и направление и консультирование врача акушер – гинеколога
- Предоставлять информацию с возможностью обсуждения проблем, вопросов;
- «Грудное вскармливание. Послеродовая контрацепция»

Обследование:

- измерение АД;
 - осмотр ног (варикозное расширение вен)
 - наружное акушерское обследование (положение плода);
 - измерение высоты дна матки (нанести на гравидограмму)
 - наружное акушерское обследование
 - сердцебиение плода
 - анализ мочи на белок
-



VII посещение - в сроке 41 недель

Беседа

- выявление симптомов осложнений данной беременности (преэклампсия, кровотечение, подтекание околоплодных вод, шевеление плода), тревожные признаки
 - при необходимости пересмотр плана ведения беременности и направление и консультирование врача акушер – гинеколога
 - Предоставлять информацию с возможностью обсуждения проблем, вопросов;
 - Обсуждение вопросов о госпитализации для родоразрешения.
-

Обследование:

- измерение АД;
 - осмотр ног (варикозное расширение вен)
 - наружное акушерское обследование (положение плода);
 - измерение высоты дна матки (нанести на гравидограмму)
 - наружное акушерское обследование
 - сердцебиение плода
 - анализ мочи на белок
-



КОЛИЧЕСТВО АНТЕНАТАЛЬНЫХ ВИЗИТОВ (2)

- «Ключевым вопросом является не большее или меньшее число дородовых посещений, а проведение процедур, эффективность которых доказана и которые могут способствовать повышению удовлетворенности женщин оказываемой помощью»



ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ДО НАСТУПЛЕНИЯ И НА РАННИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ

- К 12 неделям основные аномалии, которые могут повлиять на плод, чаще всего уже присутствуют
- При дополнительном приеме фолиевой кислоты риск серьезных повреждений центральной нервной системы снижается на 50%



ОПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКА В АКУШЕРСТВЕ

- Риск в акушерстве это вероятность возникновения осложнений при беременности, в родах и послеродовом периоде



ЧТО НАМ ДАЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКА?

- Возможность прогнозирования осложнений - какие факторы предрасполагают к возникновению риска?
- Можем ли мы выявить женщин с этими факторами риска?
- Существует ли возможность предупредить возникновение этих осложнений?



ТРУДНОСТИ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ РИСКА

- Определение самих факторов
- Количественное определение степени «весомости» фактора (бальная система оценки)
- «Формальность» оценки — клиницист или сама женщина может оценить ситуацию более тонко



- **Алина, 22 года.** Обратилась в женскую консультацию по поводу отсутствия менструации в течение 2-х месяцев. Других жалоб не предъявляет
- Из анамнеза:
 - Беременность вторая
 - 1-е роды закончились операцией кесарева сечения по поводу тазово-головной диспропорции (вес плода 4.500 кг)
 - Послеоперационный протекал без осложнений, ребенок развивается нормально
 - В анамнезе хронический пиелонефрит, миопия высокой степени
 - При обследовании выявлена беременность, срок гестации 38 недель



- **Виктория, 36 лет.** Обратилась в женскую консультацию по поводу отсутствия менструации в течение 3-х месяцев. Других жалоб не предъявляет
- Из анамнеза:
 - Беременность четвертая
 - 1-е роды закончились преждевременно в сроке 34 недели, вес плода - 2300 гр. Ребенок жив.
 - 2 выкидыша в сроке 10 - 12 недель
 - В анамнезе пиелонефрит в 16 лет, операция на яичнике (апоплексия), миопия высокой степени
 - При обследовании выявлена беременность, срок гестации 14 недель
 - Гемоглобин - 99 г/л



- **Светлана, 26 лет.** Обратилась в женскую консультацию по поводу отсутствия менструации в течение 3-х месяцев. Других жалоб не предъявляет
- Из анамнеза:
 - Беременность вторая
 - 1-е роды закончились преждевременно в сроке 34 недели, вес плода -2300 гр. Ребенок жив
 - При обследовании выявлена беременность, срок гестации 14 недель
 - Гемоглобин - 109 г/л



ПОНЯТИЕ РИСКА

- Распределение женщин по категориям низкого и высокого риска не состоятельно
- За всеми беременными женщинами надо внимательно наблюдать
- Необходимо знать особенности беременности, которые могут указать на необходимость тщательного наблюдения



ТРАДИЦИОННЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ РИСКА

- Высокий уровень ложноположительных и ложноотрицательных результатов
- Только у 10-30% женщин, отнесенных к группе риска, наблюдаются неблагоприятные исходы беременности



ВОЗ НЕ РЕКОМЕНДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ ТРАДИЦИОННЫЕ БАЛЛЬНЫЕ СИСТЕМЫ ОЦЕНКИ РИСКА

- Доказано, что традиционные методы классификации женщин по критериям низкого, среднего и высокого риска являются неэффективными для прогнозирования осложнений при беременности и родах



НОВЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ РИСКА

- Бдительный подход ко всем беременным женщинам
- Все женщины должны относиться к группе с нормально протекающей беременностью до тех пор, пока не появятся явные признаки, свидетельствующие о наличии осложнений
- Оказание помощи должно быть ориентировано не на *риск*, а на решение *конкретной проблемы*



ПОСЛЕДСТВИЯ ТРАДИЦИОННОГО ПОДХОДА К ОЦЕНКЕ РИСКА

- Необоснованное оказание специализированной помощи
- Отсутствие оказания необходимой помощи и направления в учреждения третьего уровня для женщин с серьезными осложнениями



ОЦЕНКА РИСКА

- Более 85% всех беременностей не нуждается в вмешательствах со стороны специалистов-врачей, поэтому нормальным должно считаться просто наблюдение и психологическая и эмоциональная поддержка



РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ

- Необходимо ясно осознавать, пытаемся ли мы предотвратить материнскую смертность, младенческую смертность или перинатальную смертность
- Невозможно разработать одну систему оценки риска в баллах предсказывающих большое число разнообразных неблагоприятных исходов связанных с родами

