Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Краснодарский краевой базовый медицинский колледж»

Министерства здравоохранения Краснодарского края

**Курсовая работа**

По дисциплине: «Физиологическое акушерство»

На тему: «Роль акушерки при ведении беременности с ранним токсикозом»

Выполнила: студентка группы 22

Трифонова Анастасия Андреевна

Проверил преподаватель: Леут Е.В.

Краснодар 2017

**Содержание**

Введение

Глава 1. Понятие гестоза и тактика акушера при ранних гестозах

.1 Определение, классификация гестозов

.2 Факторы развития раннего гестоза

.3 Клинические проявления и диагностика раннего гестоза

.4 Лечение

.5 Тактика Акушерки женской консультации при взятии на учет женщины по беременности

.6 Наблюдение за беременной в женской консультации

Выводы по первой главе

Глава 2. Описание, характеристики базы исследования

.1 Характеристика базы исследования

.2 Случай наблюдения беременной с ранним токсикозом

Выводы по второй главе

Общие выводы

Заключение

Список использованной литературы

**Введение**

Главным этиологическим фактором, способствующим развитию раннего гестоза, является наличие плодного яйца.

Актуальность - беременность это особое состояние женщины, при котором в её репродуктивных органах происходит рост и развитие плода. Продолжается беременность в среднем 40 недель. Считается доношенной беременность в сроке 37 недель - 40 недель и 3 дня. Беременность подразделяют на физиологическую (если течение ее ничем не осложняется) или патологическую (осложнения со стороны внутренних органов или акушерские осложнения). Практически каждая вторая беременная женщина при вынашивании ребенка сталкивается с таким явлением, как токсикоз. Большая часть будущих мам узнает о своей беременности именно по симптомам раненного токсикоза.

Значение темы - одно из неприятных ощущений у многих женщин - это ранний токсикоз. Каждая женщина или первородящая у которой утренняя тошнота, рвота, слабость, повышенное слюноотделение, неприятие определенных вкусов и запахов говорит о том, что в организме женщины происходит перестройка всей её системы. С другой стороны это постоянный дискомфорт и её мысли о том, когда же исчезнет тягостное ощущение подташнивания и ей спокойно можно будет наслаждаться ожиданием своего малыша.

**Область исследования** -ранний гестоз.

**Объект исследования** - беременные с ранним гестозом.

**Предмет исследования** -данные отдельного случая проявления раннего токсикоза у беременной.

**Цель** -выявить роль акушера при ведении случая раннего гестоза.

**Задачи работы:**

• Изучить факторы риска основных осложнений ранних гестозов.

• Изучить отдельный случай раннего гестоза.

• Обработать и проанализировать полученные данные, дать рекомендации для научного или практического использования результатов исследования.

**Методы исследования:**

- анализа научной литературы;

анализ отдельного случая проявления раннего гестоза.

**Гипотеза** - оказание до, во время и после приема высококвалифицированной помощи беременным с ранним гестозом, а именно:

· оказание первой акушерско-гинекологической помощи;

· помощь врачу при осмотре пациента;

· проведение патронажа рожениц и беременных;

· психологическая поддержка беременных;

· помощь акушеру-гинекологу при осмотре;

· подготовка инструментария;

· выписка направлений на анализы рожениц и беременных.

Практическая значимость работы:обучить будущих акушеров

.выявлять и оценивать факторы риска, проводящие к ранним гестозом; 2.объективно оценивать степень тяжести гестоза,

.выполнять простые скрининговые методы вспомогательного обследования, 4.назначать дополнительные методы обследования, интерпретировать их, 5.составлять план индивидуального лечения беременных с ранним гестозом 6.проводить профилактику осложнений и реабилитацию при ранних гестозах.

**Глава 1. Понятие гестоза и тактика акушера при ранних гестозах**

**1.1 Определение, классификация гестозов**

Гестоз (старое название токсикоз) это заболевание, свойственное только беременным. Различают следующие виды гестозов.

Ранние гестозы (рвота беременных, тошнота беременных и слюнотечение).

Поздние гестозы подразделяют:

по старой классификации на отеки, нефропатию I, II, III степени, преэклампсию и эклампсию;

по новой классификации на преэклампсию по легкой и тяжелой степени и эклампсию.

Редкие гестозы (остеомаляцию, гепатоз, дерматоз) .

Развитие токсикоза беременных связано с нарушением адаптивных процессов организма женщины к беременности. Такое явление возникает у беременных на 1-3 месяце вынашивания ребенка. Токсикоз протекает совместно с тошнотой, рвотой, уменьшением аппетита, необычной реакцией на разные запахи, увеличенным слюноотделением, пониженным артериальным давлением. Такое состояние возникает из-за защитной реакции будущей матери на нахождение в ее организме чужеродных клеток.

Обычно токсикоза «ждут» уже после того, как увидят две полоски на домашнем тесте. Каждая беременность уникальна, и нельзя точно сказать, на каком сроке начнется токсикоз. Чаще всего токсикоз начинается на 5 - 6 акушерской неделе беременности. Токсикозы беременных выражаются различными расстройствами нейрогуморальной регуляции: нарушениями функционирования вегетативной и центральной нервной системы, эндокринной и сердечнососудистой систем, процессов обмена и иммунного ответа.

Таким образом, факторами развития токсикозов является неправильное питание, частые нервные стрессы, астенический тип конституции. Кроме этого, выраженный ранний токсикоз чаще всего проявляется при наличии многоплодной беременности.

**1.2 Факторы развития раннего гестоза**

Токсикоз проявляется у беременных, которые страдают хроническими заболеваниями печени, желудочно-кишечного тракта, щитовидки, а также у тех женщин, которые перенесли хронические болезни мочеполовой системы воспалительного характера, искусственные аборты . Предрасполагающими факторами к возникновению токсикоза раннего являются:

. многоплодная беременность;

• неправильное питание;

• глистные инвазии;

• курение;

• болезни инфекционного характера;

• гипертензия артериальная;

• повышенная возбудимость;

• ожирение;

• нарушения мочевыводительной системы;

• хронические болезни пищеварительного тракта.

Нерегулярное наблюдение в женской консультации является самым главным фактором риска гестоза. 40% беременных с ранними формами гестоза не были под наблюдением врача в течение всего срока беременности.

Токсикоз беременных (гестоз) - это патологическое состояние при беременности, которое связанно с развитием плодного яйца, исчезающее в послеродовом периоде. Это осложнение беременности, которое является следствием недостаточности адаптационных возможностей матери, при котором ее организм не может в достаточной степени обеспечивать потребности растущего плода. Гестозы проявляются различными расстройствами нейрогуморальной регуляции. Появляются расстройства функций центральной и вегетативной нервной системы, сердечнососудистой и эндокринной систем, а также нарушение ряда обменных процессов, иммунного ответа и др. Выделяют ранний и поздний токсикозы .

Под ранним токсикозом беременных понимают гестационные осложнения, развивающиеся в первом триместре (с первых дней до 21-13 недель беременности); под поздним токсикозом - нарушения, возникающие в третьем триместре (с 26-27 недели до окончания гестации).

К формам раннего токсикоза беременных относятся рвота (легкая, умеренная, чрезмерная), птиализм (гиперсаливация). Поздний токсикоз может протекать в форме водянки беременных, нефропатии, преэклампсии и эклампсии. К числу редких клинических форм токсикоза беременных принадлежат дерматозы,желтуха, бронхиальная астма, остеомаляция, которые могут развиваться на любом сроке гестации.

**1.3 Клинические проявления и диагностика раннего гестоза**

Выделяют часто встречающиеся (рвота беременных, слюнотечение) и редкие формы раннего токсикоза (дерматозы беременных, тетания, остеомаляция, острая желтая атрофия печени, бронхиальная астма беременных). Развивается в первые 20 недель беременности и носит название токсикоза первой половины беременности. Из существующего множества теорий развития раннего токсикоза (как то неврогенная, кортиковисцеральная, гормональная, аллергическая, иммунная) в настоящее время придерживаются теории нарушения нейроэндокринной регуляции и обмена, которые развиваются вследствие перенесенных ранее заболеваний, особенностей беременности, влияния на организм неблагоприятных факторов окружающей среды. Ранний токсикоз беременности чаще всего сопровождается рвотой и слюнотечением (птиализмом) .

Рвота характерна примерно для 50 - 60% беременных, однако в стационарном лечении нуждаются лишь 8 - 10% из них. Появление рвоты связано с нарушением гормонального дисбаланса. Начало рвоты временно соответствует пику выработка хорионического гонадотропина. При рвоте беременных может изменяться эндокринная деятельность коры надпочечников в сторону снижения выработки кортикостероидов. Рвоту беременных можно расценивать и как аллергизацию организма при попадании частичек трофобласта в материнский кровоток. Сильнее всего рвота выражена при многоплодной беременности и пузырном заносе.

Различают III степени тяжести рвоты беременных.. Легкая степень характеризуется рвотой до 5 раз в сутки, при этом состояние беременной не нарушается, рвота может быть связана с приемом пищи либо с запахами или появляться натощак.. Средняя степень тяжести сопровождается рвотой до 10 - 12 раз в сутки, симптомами интоксикации, слабостью, снижением массы тела и понижением диуреза.. Тяжелая степень (неукротимая, или чрезмерная, рвота) характеризуется многократной рвотой (до 20 раз и более в сутки), приводящей к быстрому снижению массы тела, истощению, метаболическим сдвигам и нарушению функции жизненно важных органов. Для тяжелой рвоты характерны резкая слабость, возбуждение или апатия, субфебрилитет, тахикардия, понижение АД, появление в моче ацетона, белка и цилиндров. Нередко при тяжелой рвоте возникает желтуха, в редких случаях развивается токсическая дистрофия печени .

Схема для установления степени тяжести рвоты беременных

|  |  |
| --- | --- |
| Симптоматика | Степень тяжести рвоты беременных |
|  | легкая | средняя | тяжелая |
| аппетит  | умеренно снижен | значительно снижен | отсутствует |
| тошнота | умеренная | значительная | постоянная, мучительная |
| саливация | умеренная | выраженная | густая, вязкая |
| частота рвоты в сутки | 3-5 раз | 6-10 раз | 11-15 раз и чаще (до непрерывной) |
| частота пульса | 80-90 | 90-100 | свыше 100 |
| систолическое АД | 120-110 мм рт.ст. | 110-100 мм рт.ст. | менее 100 мм рт.ст. |
| удержание пищи | в основном удерживают | частично удерживают | не удерживают |
| снижение массы тела | 1-3 кг (до 5% от исходной массы) | 3-5 кг (1 кг в нед., 6-10% от исходной массы) | Более 5 кг (2-3 кг в нед., более 10% ис. массы) |
| головокружение | редко | у 30-40% больных (выражено умеренно) | у 50-60% больных (выражено значительно) |
| субфебрилитет | - | наблюдают редко | у 35-80% больных |
| желтушность склер и кожи |  | у 5-7% больных | у 20-30% больных |
| гипербилирубинемия | - | 21-40 мкмоль/л | 21-60 мкмоль/л |
| сухость кожи | -  | 21-40 мкмоль/л | 21-60 мкмоль/л |
| сухость кожи | - + | ++ | +++ |
| стул | - | Один раз в 2-3 дня | Задержка  |
| диурез | 900-800 мл | 800-700 мл | Менее  |
| ацетонурия | - | периодически | у  |

Примечание: +,++,+++ - выраженности

Показанием к экстренной является: тяжелая/ рвота (в целях симптомов заболевания и вопроса о пролонгировании

Показания к плановой рвота средней и степени при наличии следующих симптомов [5]:

пульс минуту,

АД ниже . рт. ст,

желтушности

повышения

кетонурии ++ (с подбора адекватной купирования симптомов решения вопроса о беременности).

Основные (обязательные) обследования, проводимые на уровне:

Сбор анамнеза;

Физикальное (контроль массы

Дополнительные диагностические которые проводятся на уровне:

общий крови;

общий мочи;

биохимический крови (билирубин, азот, мочевина, калий, натрий, общий белок и фракции, трансаминазы, креатинин)

УЗИ органов полости

УЗИ

Минимальный перечень который необходимо направлении на плановую

ОАК;

ОАМ.

Основные (обязательные) обследования, проводимые на уровне (при госпитализации проводятся обследования, не проведенные на уровне)[4]:

ОАК;

ОАМ;

анализ определение кетоновых

биохимический крови (билирубин, азот, мочевина, калий, натрий, общий белок и фракции, трансаминазы, креатинин)

показатели КОС

УЗИ органов полости

Дополнительные диагностические проводимые на стационарном (при экстренной проводятся диагностические проведенные на амбулаторном [5]

УЗИ почек

ФГДС

кровь на гепатитов

КТ брюшной

МРТ брюшной

КТ головного

МРТ головного

УЗИ щитовидной

осмотр глазного дна

Диагностические критерии

Жалобы:

при легкой рвота до 4-5 раз в день, апатия и снижение

при средней рвота до 10 раз в сутки и слюнотечение, значительная апатия, запор.

при тяжелой рвота до 20 раз в сутки и обильное слюнотечение, боли, головокружение, слабость, апатия, правом подреберье,

Физикальное обследование:

легкая умеренная тахикардия, гипотензия.

средняя сухость кожи, температура тела, артериальная гипотензия.

тяжелая сухость и дряблость субфебрильная температура, ацетона изо рта; тахикардия, артериальная симптом «пылевого (полоска отшелушенных эпидермиса при проведении коже).

Лабораторные исследования:

легкая лабораторные данные в нормы

средняя

ОАК: лёгкая

Определение КОС крови: ацидоз ОАМ: ацетона Тяжелая ОАК: увеличение Ht 42%) и лейкоцитоз 9х109 /л) [4],

Биохимический анализ повышение уровня азота, мочевины, незначительное снижение белка, уменьшение альбуминов, холестерина, хлоридов. ОАМ - протеинурия, уробилинурия, эритроцитурия, появление желчных

Анализ мочи на кетоновых тел: мочи на ацетон положительная.

Инструментальные исследования:

УЗИ органов полости: жировая печени (при беременных тяжелой рвота).

Показания для консультации специалистов

терапевт - в исключения сопутствующей патологии;

гастроэнтеролог - в исключения заболеваний

хирург - в исключения острой патологии;

уролог - в обструкции или инфекции путей;

онколог - в исключения опухолевых ЖКТ;

инфекционист - в исключения инфекционной

эндокринолог - в исключения эндокринной

невропатолог - в исключения заболеваний системы - спинного и мозга, периферических.

Вывод, кроме минимального перечня который необходимо выявлении раннего гестоза, необходимо правильно дифференцировать с рядом заболеваний, при которых также отмечаются рвота (пищевая токсикоинфекция, гастрит, панкреатит, желчекаменная болезнь, рак желудка, нейроинфекция).

Токсикоз на ранних приводит к рвотным расстройству глотательных женщин во время может наблюдаться не гиперсаливация, но и слюнотечение.

Причинами гиперсаливации слюнотечения) могут физиологическими и патологическими. В вынашивания младенца слюноотделение будущей часто бывает состоянием токсикоза. При женщина может приступы рвоты, тошноту. Из-за гормональном балансе женщины, вызванного может наблюдаться чаще всего ее появляются в первые 2-3 после зачатия.

При этом обязательно, что железы выделять большее слюны, просто глотания проходит соответственно она задерживается в полости. Организм мамы подвергается нагрузкам, поэтому его защита ослабевает. Это собой более подверженность беременной заболеваниям, которые стать причиной частности:

• проблемы полости рта - гингивиты, сиалодениты;

• болезни желудочно-кишечного гастриты, язвы двенадцатиперстной кишки,

• заболевания нервной инсульты, опухоли в мозге, воспаления нерва, психозы, неврозы и так далее;

• заражение

• недостаток

• интоксикация, возникшая в тесного контакта с веществами;

• уремия - отравление вследствие проблем с почек.

Встречается гиперсаливация, для характерно рефлекторное течение слюны, ответной реакцией будущей мамы на импульсы головного разных органов. ситуация развивается всего при болезнях носа.

Кроме того, будущей мамой медикаментов также привести к увеличению слюны. К таким относятся:

соли лития терапии ряда болезней);

антиконвульсанты (используются для судорог)

;препараты для лечения прочие.

Предпосылки для сиаолозиса соответствии формой

истинная чрезмерное течение объясняется её усиленной характерно для воспалений полости, токсикоза;

ложная связана не с количеством частотой её сглатывания. Это проблемах глотки и системы, нарушениях в лицевых мышц, глотание может будущей маме болезненные ощущения. Как следствие сглатывание слюны реже, чем обычно. При скапливается во рту в больших создаёт ощущение слюноотделения.

Симптомы:

Клинические проявления одинаковы вне зависимости от причин. Беременная в замечает у себя симптомы:

• неестественно частое слюны;

• повышенное образование слюнных желёз, в чего слюна подтекать из уголков

• кожа вокруг губ и на становится раздражённой постоянного контакта со

• в области появляется гнойничковая мелких пузырьков с содержимым.

Гиперсаливация часто присутствует при беременных, но иногда быть в виде формы раннего беременных. При выраженном потеря слюны за может достигать и Обильное слюнотечение действует на психику приводит к обезвоживанию, нарушению сна, аппетита и массы Иногда отмечается кожи и слизистой губ.

Лечение гиперсаливации проводить в условиях этом применяется местно настой антисептических трав дуба, ромашки, Выраженная гипопротеинемия показанием к переливанию вспомогательные методы гипноз и иглорефлексотерапия.

Особой формой гестоза является обусловленная холестазом гепатом). Эта форма возникает редко, как возникает в начале II беременности и прогрессирует по увеличения ее срока. преимущественным поражением нередко сопровождается кожи, повышением холестерина и активности фосфатазы в крови при активности аланинами форма гестоза осложняется преждевременным беременности, кровотечением в формированием пороков плода. При прерывании желтуха исчезает, но вновь повторяться при беременностях. Дифференциальный проводят с желтухой, время беременности вирусного гепатита, болезни, интоксикаций гемолитической анемии. проводится в соответствии с принципами лечения Назначается диета, глюкоза, белковые Учитывая крайне значение поражения беременности в первую женщины, часто вопрос о преждевременном ее

Ранний токсикоз может выражаться некоторых формах Наиболее часто кожный зуд. Он появляться в начале и в беременности, может локальным и ограничиваться вульвы или распространяться по телу. Зуд может выраженным и постоянным, что самочувствие и настроение Возможно появление раздражительности. При этой токсикоза необходимо заболевания, сопровождающиеся зудом. Необходимо сахарный диабет, паразитарные поражения трихомоноз, глистную аллергическую реакцию и др. сводится к назначению регулирующих функции системы, десенсибилизирующих УФ - облучения. гестоз акушерка беременный токсикоз

Изредка дерматозы виде экземы, импетиго герпетиформного. При герпетиформного высока перинатальной смертности. Эти лечатся так же, как при отсутствии

Тетания является редко встречающихся токсикоза беременности. Ее является нарушение обмена у беременных. этой формы является возникновение мышц верхних и конечностей, лица. также учитывать при возможность проявления в беременностью гипопаратиреоза. Для этой формы используют препараты более редкой раннего токсикоза является бронхиальная следует дифференцировать с ранее имевшейся астмы. Лечение назначение препаратов седативных средств, витаминов, общего.

Беременные, перенесшие токсикоз, нуждаются в амбулаторном контроле, так как впоследствии возникает токсикоз.

Вывод - вовремя выявленная патология обычно хорошо поддается лечению и беременность развивается нормально.

**1.4 Лечение**

Цели лечения - водно-cолевого баланса, функций жизненно органов.

Тактика лечения:

Рвота беременных степени: проводится контролем динамики массы тела регулярными исследованиями ацетон. Назначается частым, дробным полоскание рта вяжущими рекомендуются частые свежем воздухе, иглорефлексотерапия. Контроль массы тела повторные исследования содержание ацетона при состояния.

Рвота беременных тяжести: амбулаторное ухудшении состояния.

Рвота тяжелой показано стационарное Назначают комплексное целью которого нормализация функций нервной системы, потери питательных жидкости, коррекция баланса и кислотно-щелочного Прерывание беременности случае безуспешности стойкой субфебрильной тела, выраженной прогрессирующем снижении тела, протеинурии, ацетонурия, желтухе.

Немедикаментозное лечение

Режим: лечебно-охранительный, отрицательных эмоций. необходимо поместить в палату. Не помещать в двух беременных с III).

Диета: легкоусвояемая пища, богатая Принимать пищу маленькими порциями. употребление тяжелых для продуктов - копченостей, мяса, острого и III). Питье минеральная вода без травяные чаи, лимоном, жидкости температуры или прохладные (УД

Медикаментозное лечение:

Противорвотная терапия:

прямые дофамина: метоклопрамид 2 мл (10 мг) в/м или в/в 1-2 день - 5-7 дней (УД

М- холиноблокаторы (УД атропин, раствор, раза в день, 5-7

препараты действия, блокирующие рецепторы): ондансетрон 2 мл (4 мг) в/м или в/в - 1-2 день, 2-3 дня (УД I-В)

Седативная терапия:

нейролептики: 0.25%-2 мл в/м (УД III)

инфузионная целью регидратации, III): кристаллоиды до сутки; раствор (1000 мл) в/в; (1000 мл) в/в; (1000 мл) в/в; (1000 мл) в/в.

инфузионная целью парентерального III): раствор через день сутки; коллоидные III) (при общего белка г/л): 10% раствор 200-400 мл через один раз в сутки; объём инфузионной составляет 1-3 л/сутки 3-5 зависимости от степени массы тела контролем АД, ЦВД, диуреза. - коррекция нарушений: тиамин 1 мл 5% день, 5-7 дней (УД аскорбиновая кислота до 5 мл 5% в/в, в/м, 1 раз в дней (УД III) день, 5-7 дней (УД эссенциальные фосфолипиды 5 мл в/в 1 раз в дней (УД III)[6].

Медикаментозное лечение, амбулаторном уровне. основных лекарственных (имеющих 100% применения):

метоклопрамид - ампула 2 мл

атропин, ампула, 1мл

Перечень лекарственных средств 100% вероятности

препараты центрального блокирующие серотониновые ондансетрон, раствор,

Другие виды оказываемые на амбулаторном лечении:

электросон процедуры 60-90 курс лечения сеансов (УД - III).

электроанальгезия. процедуры 60-90 курс лечения сеансов (УД - III);

точечный курс 5-7 дней;

**1.5 Тактика Акушерки женской консультации при взятии на учет женщины по беременности**

.Выясняет основные паспортные данные.

.Записывает данные страхового свидетельства.

Выясняет фамилию, имя, отчество женщины (необходимо выяснить, как женщина хочет, чтобы ее называли, акушерка должна сама представиться женщине, а также представить доктора, который ее будет вести, или это сделает врач). 3.Возраст (к факторам риска относится юный возраст до 18 лет, после 30 для первородящих и более 35 для повторнородящих).

.Домашний адрес и телефон (прописка и проживание, предпочтительней, чтобы женщина наблюдалась по месту проживания, это удобно для проведения патронажа, однако в современных условиях, учитывая наличие удобных средств связи, возможен и вариант по прописке).

.Уточняет жилищные условия, с кем совместно проживает женщина, каковы удобства.

.Место работы и профессия (сразу же уточняются условия труда, наличие профессиональных вредностей, в этом случае предоставляется освобождение от выполнения вредных работ).

.Данные о муже (Ф. И. О., возраст, место работы и профессия, наличие профвредностей). Необходимо спросить: с кем из родственников можно связаться, кому женщина более всего доверяет, если это будет необходимо.

Все эти сведения должны быть на первой странице. Также на первую страницу выносится в натуральном или закодированном виде наиболее важная информация о факторах риска.

Сбор жалоб. У здоровой беременной может не быть жалоб. Тем не менее необходимо выяснить, нет ли у нее каких-либо неприятных ощущений, болей.

Сбор анамнеза. Сведения об условиях труда и быта. Необходимо выяснить характер работы, какова вредность на производстве, а также уточнить какую работу дома выполняет женщина, предупредить об исключении чрезмерной нагрузки, бытовых вредностей, а также выяснить имеются ли дома животные (вероятность инфицирования). Узнать об образовании женщины и ее интересах, что поможет улучшить контакт с ней.

Наследственность. Выявить у беременной наследственную предрасположенность: не было ли у родителей диабета, гипертонической болезни, других эндокринных, генетических заболеваний. Важно знать и наследственность мужа.

Акушерке необходимо получить информацию о вредных привычках беременной и ее мужа, дать рекомендации.

Информация о перенесенных заболеваниях: детские инфекции, простудные заболевания, заболевания сердечнососудистой системы, болезни мочевыделительной системы, печени, исходное АД и др. В первую очередь спросить о туберкулезе, краснухе и инфекционном гепатите. Выявить: не вступала ли женщина в последнее время в контакты с туберкулезными и инфекционными больными, нет ли у нее таких больных дома, узнать о ее поездках в эпидемиологически неблагополучные районы в последнее время.

Отдельно спросить об оперативных вмешательствах, было ли переливание крови. Спросить об особенностях менструальной функции (с какого возраста менструирует, продолжительность, регулярность, периодичность, болезненность месячных, обильность выделений).

С какого возраста половая жизнь вне брака, в браке, какими средствами предохранялась от беременности. Перечислить перенесенные гинекологические заболевания, венерические заболевания (здоровье ее полового партнера - отца ребенка). В порядке очередности перечислить все беременности, их исход и осложнения. Отдельно рассказать о течении данной беременности до взятия на учет.

Далее акушерка проводит общий осмотр, при котором обращает внимание на рост, вес, осанку, телосложение, питание, состояние кожи, подкожной клетчатки, сосудов, лимфоузлов, наличие отеков. Исследует пульс и артериальное давление, тоны сердца. Измеряет температуру и проводит осмотр носоглотки, выслушивает легкие. Проводит пальпацию живота, печени, проверяет симптом поколачивания по пояснице, интересуется физиологическими отправлениями.

Наружное акушерское обследование проводит врач акушер-гинеколог.

В результате опроса и осмотра врач устанавливает срок беременности, выявляет факторы риска или осложнения, физические, психологические и социальные проблемы беременной. Под руководством врача акушерка составляют план ведения беременности, назначает обследования. Дает рекомендации. Затем акушерка проводит измерение окружности живота. Измерение окружности живота акушерка проводит при каждом посещении беременной женской консультации (т. е. каждые две недели). Перед исследованием мочевой пузырь должен быть опорожнен. Женщину укладывают на кушетку (на подложенную индивидуальную пеленку). Окружность измеряет сантиметровой лентой на уровне пупка. Длина окружности индивидуальна и не может позволить судить о сроке беременности. После измерения лента дважды с интервалом обрабатывается 1% дезраствором (лучше, если у каждой беременной будет своя индивидуальная сантиметровая лента). Перед и после манипуляции акушерка проводит гигиеническую обработку рук. Руки должны быть теплыми. Кушетку после каждой женщины обрабатывают дезраствором.

Подготовка женщины. Начало сантиметровой ленты прикладывают к верхнему краю симфиза и придерживают левой рукой. Правой рукой протягивают сантиметровую ленту по передней линии живота до дна матки и прикладывают правой рукой к точке максимального стояния.

Для каждого срока беременности характерно нахождение дна матки на определенном уровне по отношению к лобку, пупку и реберной дуге.

При доношенной беременности, перемножив длину окружности и высоту стояния дна матки, получают величину предполагаемой массы плода (метод Жорданиа).

**1.6 Наблюдение за беременной в женской консультации**

Беременная должна посещать женскую консультацию в среднем каждые 2 недели. Перед самыми родами рационально проводить осмотр и консультации каждую неделю. Строго предписана кратность и методы обследования. Если женщина не посещает ЖК, проводится патронаж. Такая система наблюдения называется диспансеризация. Подробный осмотр с обследованием всех систем и органов проводится только при взятии на учет. В последующие визиты беременной осмотр проводится по следующей схеме:

Опрос жалоб.

Взвешивание(вычисление прибавки массы).

Измерение пульса и артериального давления.

Пальпация живота и матки.

Измерение окружности живота и высоты стояния дна матки.

Проведение приемов наружного акушерского исследования.

Выслушивание сердцебиения плода.

Выявление отеков.

Выяснить характер выделений, мочеиспускания и дефекации.

Выполняют только те исследования, которые можно выполнить при данном сроке беременности, например, применение приемов Леопольда - Левицкого и выслушивание сердцебиения плода проводится со второй половины беременности.

Акушерка каждый раз уточняет срок беременности, выявляет проблемы, дает рекомендации, назначает обследования и следующую явку.

Общий анализ мочи назначают каждые 2 недели.

Осмотр наружных половых органов и осмотр на зеркалах вместе со взятием мазков акушерка проводит 3 раза за время беременности. Влагалищное исследование проводится только по особенным показаниям.

Во время беременности акушерка беременной выписывает следующие лабораторные исследования:

Трижды(1развкаждомтриместре):

мазки из цервикального канала и наружного отверстия уретры на выявление гонореи;

кровь из вены на выявление сифилиса (реакция Вассермана - RW);

кровь из пальца на клинический анализ (гемоглобин, лейкоцитоз, СОЭ и др.).

Дважды во время беременности проводится обследование:

кровь из вены на выявление ВИЧ-инфекции (форма 50);

кровь из вены на выявление гепатита В и С.

Однократно исследуется кровь на группу и резус-фактор. Рекомендуется исследовать кровь мужа. При разнице группы и резуса проводится исследование титра антител примерно 1 раз в месяц.

В 17 недель в целях выявления патологии плода берется анализ крови на альфа-фетопротеины.

Во второй половине беременности исследуется мазок из зева на носительство стафилококка, кал - на яйца глистов и кишечные инфекции.

Рационально выявить скрытую инфекцию (токсоплазмоз, микоплазмоз, вирусные инфекцииидр.).

При опасности невынашивания берется мазок на гормональную угрозу.

При наличии эрозии шейки матки берется мазок на онкоцитологию.

В течение беременности трижды проводится ультразвуковое обследование: в 17недель,в30 недель и в 37 недель.

При ультразвуковом обследовании выявляют: размеры плода, правильность развития для данного срока, нет ли внутриутробных пороков развития (ВПР), пол плода, положение и предлежание плода, количество вод, локализацию и состояние плаценты, состояние матки как плодовместилища. Перед ультразвуковым обследованием необходимо напомнить женщине, что нужно выпить перед исследованием около 500 мл жидкости, чтобы наполнить мочевой пузырь. При большом сроке этого не требуется. Во время исследования абдоминальным доступом смазывают брюшную стенку жировой эмульсией, при исследовании вагинальным датчиком на него надевают специальный футляр или презерватив.

Дважды во время беременности женщине необходимо проконсультироваться с терапевтом, окулистом, стоматологом и отоларингологом. Эти специалисты должны быть в женской консультации, по крайней мере терапевт. При необходимости женщина может проконсультироваться с юристом женской консультации.

Все данные о беременной, результаты обследования акушерка заносит в индивидуальную карту беременной (2 экземпляра), один экземпляр хранится в кабинете, а другой женщина всегда носит с собой.

Беременная женщина должна понимать целесообразность такого интенсивного обследования и наблюдения, на них она соглашается абсолютно добровольно. Следует подчеркнуть, что очень важно выявить инфекции до и во время беременности, чтобы вовремя их вылечить, и что инфицированные и необследованные женщины поступают в отделения для инфицированных и необследованных женщин. Акушерке необходимо объяснить, что своевременно выявленные минимальные отклонения позволяют применить профилактические меры и предотвратить осложнения беременности и родов. Это будет стимулом для женщины, заинтересованной в сохранении своего здоровья и здоровья ребенка.

Необходимо, чтобы женщина доверяла акушерке, не боялась ее, могла бы обсуждать с ней свои проблемы. Нужно использовать время общения, чтобы дать женщине советы по вопросам гигиены, обследования и подготовки к родам.

Время посещения женской консультации должно быть удобно для женщины. По месту работы или учебы обязаны давать возможность посещать женскую консультацию во время утреннего приема, в светлые часы, когда меньше проблем с транспортом. Если женщина пропустила прием, акушерка должна выяснить по телефону причину. В случае неотложной ситуации рекомендуется вызов скорой помощи. Если женщина не хочет или не может посетить консультацию, проводится патронаж.

**Выводы по первой главе**

Итак, в первой теоретической главе было рассмотрены теоретические аспекты беременности женщины.

Во-первых, было рассмотрено определение-гестоза-осложнения, нормально протекающей беременности. Была рассмотрена классификация гестозов, а так же его клинические факторы проявления и диагностика раннего гестоза.

Далее, было описано лечение гестоза, цели лечения, так же тактика при медикаментозном и немедикаментозном лечении пациентки.

В настоящее время общепризнанным является мнение о том, что современная профилактика надежно снижает степень тяжести гестоза, не изменяя частоту формирования самого осложнения. По данным, сугубо медикаментозная профилактика в 72% наблюдений не устраняет развитие клинически выраженных форм, гестоза, что достаточно часто вызывает необходимость индукции родов. Вследствие этого удельный вес преждевременных родов в группе высокого риска гестоза более чем в 10 раз превысил таковой в контрольной группе.

Таким образом, проживание в некомфортных климатических условиях, а также определенные особенности трудовой деятельности, материального обеспечения и социального окружения как в ранние гестационные сроки, так и в предгравидарном периоде можно считать дополнительными факторами риска развития гестоза, которые усугубляют дезадаптацию беременной. Это ускоряет формирование гестоза и определяет более раннее появление его симптомов, а также ухудшает исход родоразрешения. Выполнение программы борьбы с бедностью, разрабатываемой правительством Российской Федерации (2004) обеспечение социальных гарантий беременным, а также оптимизация работы службы планирования семьи способны повысить эффективность комплексной профилактики гестоза.

**Глава 2. Описание, характеристики базы исследования**

**2.1 Характеристика базы исследования**

**Область исследования** -причины, симптомы, а так же факторы проявления раннего гестоза у беременных.

Гестоз - это не самостоятельное заболевание, а синдром, который определяют как нарушение адаптации женщины к беременности. Гестозы возникают лишь при беременности, этиологически связаны с развитием плодного яйца, характеризуются разнообразными симптомами, осложняют течение беременности и, обычно, исчезают сразу или через некоторое время после окончания беременности.

**Объект исследования** -роль акушера при проявлении раннего гестоза у беременных.

Если заниматься самолечением, или во время не обратиться за высококвалифицированной помощью, ранний гестоз можнт привести к позднему. Поздние гестозы относятся заболеваниям, которые также вызваны беременностью. Они встречаются у беременных с частотой 10-20%. В структуре материнской смертности гестозы занимают 2-3-е место. Эта патология может приводить к тяжелым, даже смертельно опасным осложнениям. Наиболее тяжелое проявление позднего гестоза (эклампсию) - судорожный припадок.

Во время приема беременной предстоит общаться не только с врачем, но и акушеркой.

К основным функциям акушерки относят:

· встречает пациентку;

· готовит ее к осмотру;

· подготовка инструментария для осмотра врача;

· выполнение всех манипуляций и процедур, прописанных врачем;

· назначает анализы;

Помимо сугубо медицинских задач, хорошая и квалифицированная акушерка дает женщине ощущение безопасности и спокойствия. Ведь в такой момент важно знать, что о тебе заботятся, понимать, что не оставляют одну. Ведь во время приема, у беременной может случиться очередной приступ, и акушерка должна позаботиться о том, чтобы все ее неприятные ощущения и дискомфорт свести к нулю.

Этим и обуславливается значимая роль акушерки при гестозе.

**Предмет исследования** -данные, полученные с отдельного случая проявления раннего токсикоза у беременной, на конкретном примере.

Гестоз - это серьёзное осложнение беременности, которое требует своевременной диагностики и правильного лечения. Гестоз ведет к фето-плацентарной недостаточности и, следовательно, к гипоксии и гипотрофии плода. Даже легкий не пролеченный гестоз может вылиться в тяжелую форму и влечет за собой серьезные последствия для матери и плода. Такие как внутриутробная гибель плода, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, эклампсия, отслойка сетчатки, кровоизлияние в головной мозг, острая почечная недостаточность.

Гестоз представляет собой осложнение беременности, характеризующееся глубоким расстройством функций жизненно важных органов и систем.

Заболевания, которые бывают только у беременных и вызваны самой беременностью, т.е. гестацией, называют гестозами. Гестозы, или токсикозы, разделяют на ранние и поздние. Отдельно выделяют редкие формы гестозов.

К ранним гестозам или, ранним токсикозам, относят: рвоту беременных, слюнотечение и некоторые другие, более редкие виды токсикоза.

Мы рассмотрим отдельный случай раннего гестоза ниже более подробно.

**2.2 Случай наблюдения беременной с ранним токсикозом**

Исследование проводилось на городского роддома Изучение факторов развитию раннего время беременности с определения приоритетных профилактики заболевания базе 4-го городского Краснодара.

Беременная Г., 30 лет, 5 мая обратилась на очередной прием к врачу женской консультации.

Жалобы на тошноту, рвоту, слюнотечение.

Из анамнеза. Росла и развивалась соответственно возрасту. В детстве болела корью. В течение последних 4 лет страдает хроническим описторхозным холецистохолангитом.

Менструации с 14 лет, по 4 дня, через 30 дней, безболезненные, умеренные. Последняя менструация 6-10 марта. Половая жизнь в браке три месяца

Настоящая беременность первая, желанная. На учете по беременности состоит с 6 недель. С этого срока беременности появилась тошнота, рвота, слюнотечение по утрам, натощак. В течение последних трех дней рвота участилась до 8-10 раз в сутки, появились слабость, головокружение, отсутствие аппетита, плохой сон, снизилась работоспособность. За две недели вес уменьшился на 4 кг. Отмечает склонность к запорам

Status pratsens. Общее состояние средней степени тяжести. Обильное слюнотечение. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные, сухие, кожа вокруг рта мацерирована, с трещинами. Кожа белой линии живота, соски, околососковые кружки пигментированы. Температура тела 37,2°С. Ps 98 в мин. АД 100/60 - 110/60 мм рт ст. Поверхностная и глубокая пальпация живота безболезненна. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Размеры таза: 27-29-31 -20 см.

Влагалищное исследование. При осмотре: наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу.speculum: шейка матки конической формы. Слизистая оболочка влагалища и шейки матки чистая, цианотичная. Наружный маточный зев сомкнут. Выделения из цервикального канала слизистые, умеренные.vaginum: вход во влагалище узкий. Шейка матки сформирована, длиной Зсм, плотная, отклонена кзади от проводной оси малого таза. Матка округлая, увеличена до размеров гусиного яйца, мягковатой консистенции, при пальпации плотнеет и сокращается, резко отклонена кпереди, как бы сложена вдвое; в области левого угла матки выпячивание (асимметрия); повышена подвижность шейки матки; перешеек матки очень размягчен, пальцы внутренней и наружной руки соединяются в области перешейка. Придатки не увеличены, безболезненны. Своды влагалища свободные. Мыс не достигается.

Диагноз основной: Беременность 7-8 недель.

Осложнения: Ранний гестоз - рвота беременных средней степени тяжести (Emesis gravidarum II), слюнотечение (Pthyalismus). Сопутствующий:

Возрастная первобеременная.

Хронический описторхозный холецистохолангит, ремиссия.

Обоснование диагноза:

Наличие беременности подтверждают:

предположительные признаки беременности - изменение аппетита, изменение обонятельных ощущений, плохой сон, пигментация белой линии живота, сосков, околососковых кружков;

вероятные признаки беременности - прекращение менструаций при регулярной половой жизни в течение трех месяцев и нормального менструального цикла, цианоз слизистой влагалища и шейки матки (признак Скробанского), увеличение матки, размягчение ее, пальцы внутренней и наружной руки соединяются в области перешейка матки (признак Горвица-Гегара), уплотнение и сокращение при пальпации (признак Снегирева), асимметрия матки (признак Пискачека), повышение подвижности шейки матки (признак Губарева-Гауса).

Срок беременности 7-8 недель определен:

по последней менструации: к первому дню последней менструации прибавляют количество прошедших недель до настоящего момента. Срок беременности 8,5 недель;

по овуляции: от первого дня ожидавшейся, но не наступившей менструации отнимают 14 дней (6 апреля - 14 дней = 23 марта) - день предполагаемой овуляции, к нему прибавляют количество прошедших недель. Срок беременности 6,5 недель;

при влагалищном исследовании матка увеличена до размеров гусиного яйца, что соответствует сроку беременности 8 недель;

по первой явке (ранней - до 12 недель): при влагалищном исследовании 5мая матка увеличена до 8 недель беременности;

точные данные о сроке беременности при УЗИ плода.

Диагноз рвоты беременных и слюнотечения подтверждают клинические симптомы: тошнота, рвота, слюнотечение, преимущественно по утрам, натощак, впервые возникшие во время беременности. Склонность к запорам, отсутствие жидкого стула, отсутствие патологии со стороны внутренних органов при объективном обследовании исключают связь вышеуказанных симптомов с острыми заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

О средней степени тяжести рвоты беременных свидетельствуют: частота рвоты до 8-10 раз в сутки, потеря массы тела 4 кг за 2 недели; признаки обезвоживания организма - слабость, головокружение, нарушение сна, снижение работоспособности, сухость и бледность кожи и видимых слизистых оболочек, субфебрильная температура тела, тахикардия 98 в мин. гипотония АД 100/60 мм рт. ст.

Возрастная первобеременная -1 беременность в возрасте 30 недель и старше.

Диагноз хронического описторхозного холецистохолангита поставлен на основе анамнеза. Стадию ремиссии подтверждает отсутствие субъективных и объективных данных за обострение заболевания.

Тактика

Госпитализация в гинекологическое отделение или отделение патологии беременности. Амбулаторное лечение противопоказано в связи с необходимостью инфузионной терапии, контроля за состоянием женщины (АД, Ps, контроль количества выпитой, введенной и выведенной жидкости, объема рвотных масс). Это возможно только в условиях стационара.

План обследования

Общий анализ крови;

Общий анализ мочи, проба по Зимницкому;

Анализ мочи на наличие ацетона;

Биохимическое исследование крови (протеинограмма; коагулограмма; ионограмма: глюкоза, остаточный азот, мочевина, креатинин, общий, прямой, непрямой билирубин, ACT, АЛТ, тимоловая проба, сулемовая проба);

УЗИ матки и плода.

Все методы исследования проводятся в динамике для определения тяжести заболевания и оценки эффективности лечения.

Лечение

.Обеспечение лечебно-охранительного режима. Госпитализация в отдельную палату. Не следует помещать в одну палату двух беременных с рвотой. Физический, психический покой. Психотерапия. Гипноз.

.Диетотерапия, режим питания. Рекомендуется частый прием пищи до 6-8 раз в день небольшими порциями, в холодном или слегка подогретом виде. Важен прием пищи в горизонтальном положении (лежа в постели). Пища должна быть желанная, аппетитная, вкусная, витаминизированная, сбалансированная по содержанию белков, жиров, углеводов.

Физиолечение: электросон № 5,

. Медикаментозная терапия парентеральная Лекарственные средства per os назначаются только при рвоте легкой степени (до 5 раз в сутки).

В данном случае необходимо введение лекарственных средств в виде клизм, инъекций, внутривенных капельных вливаний.

.Оксигенотерапия, гипербарическая оксигенация.

.Полоскание рта настоем шалфея. Смазывание кожи вокруг рта вазелином, кремом.

Через два дня после комплексного лечения

Общее состояние тяжелое Неукротимая рвота. Рвотные массы в виде мутной слизи с примесью желчи и крови. Отвращение к пище, отсутствие аппетита. Слабость, вялость, апатия. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные, сухие, тургор кожи снижен. Язык сухой, обложен белым налетом, запах ацетона изо рта, слюнотечение усилилось. Температура тела 38°С. Ps ЮОуд. в мин, АД 90/60 мм рт. ст. Задержка стула, диурез снижен.

Учитывая отсутствие эффекта от лечения в течение 2-х дней и прогрессирование тяжести раннего гестоза от средней до тяжелой степени на фоне стационарного лечения показано немедленное прерывание беременности по медицинским показаниям. При этом должно быть получено согласие женщины, оформленное письменно, с ее росписью.

**Выводы по второй главе**

Во второй практической главе был рассмотрен случай пациентки с ранним токсикозом, исследование проводилось на базе четвертого городского роддома в городе Краснодар.

Описывались все симптомы пациентки, а так же жалобы.

Таким образом, в ходе исследования было выявлено, что:

При легкой форме гестоза достаточным будет регулярное посещение врача и соблюдение пациенткой амбулаторного режима. Если же речь идет о средней и тяжелой формах заболевания необходимо стационарное лечение, так как при этих формах заболевания возможен “возврат” симптомов. В таких случаях нередко больные нуждаются в интенсивной терапии, а при недостаточной ее эффективности - в немедленном родоразрешении беременной.

В профилактике гестоза, безусловно, важны вопросы планируемой беременности, включающей в себя подготовку, направленную на полное клинико-лабораторное исследование будущей беременной по всем органам и системам организма и выбора оптимального времени для зачатия и благополучного вынашивания желанной беременности.

Органами, наиболее чувствительными к недостатку кровоснабжения, являются почки, печень и головной мозг. Плацента, большей частью состоящая из сосудов, претерпевших характерные для гестоза изменения, не справляется со своей основной функцией обеспечения обмена кислородом и питательными веществами между матерью и плодом, что становится причиной внутриутробной задержки его развития.

**Общие выводы**

В ходе данного исследования, которое было изложено в двух главах: теоретической и практической.

В первой главе был изучен гестоз во всех его проявлениях на раннем сроке беременности. Были выявлены все возможные причины и симптомы проявления у беременных.

Было установлено три степени тяжести рвоты у беременных с клиническим диагнозом - гестоз.

Если гестоз развивается с ранних сроков, то ведение обычное. Если же после 9 недель, то необходимо думать о не связанных прямо с беременностью причинах.

Было выявлено два вида лечения при раннем гестозе это межикаментозное и немедикаментозное. В первом случае прописывается диета и рекомендации по соблюдению питательного рациона.

Во втором, были выявлены препараты, которые позволяют беременным справиться с нелегкими симптомами проявления ранего гестоза.

Так же в данной главе, описываются способы и методы лечения данного заболевания.

Во второй главе, был рассмотрен пример раннего гестоза на конкретном примере беременной девушки тридцати лет, которая обратилась с типичными симптомами данного типа осложнения беременности. Подробное описание данной проблемы и различные пути решения проблемы, обратившейся пациентки.

Была описана практическая значимость данного исследования, и подкреплена практическими исследованиями на конкретном живом примере.

**Заключение**

Целью данного исследования было - выявление значительности роли акушера при раннем гестозе. Таким образом, было выявлено, что роль акушера значительная, поскольку в спектр функций акушера входя большой список дел, которые в свою очередь могут облегчить работу врачу при приему пациентки с симптомами данного заболевания, а так же до, во время и после родов.

Данная курсовая работа была выполнена в соответствии со всеми поставленными задачами, а именно:

· Были изучены факторы риска основных осложнений при раннем гестозе;

· Был изучен отдельный случай раннего гестоза, на примере пациентки в возрасте 30 лет на 7-8 неделе беременности;

· Были отработаны и проанализированы полученные данные, были даны рекомендации для научного и практического использования результатов исследования.

С помощью двух основных заданных методов:

· Анализ научной литературы;

· Анализ отдельного случая проявления раннего гестоза на примере конкретной пациентки.

Несмотря на многочисленные исследования, причины и механизм развития гестоза до сих пор окончательно не установлены. Изменения, происходящие в организме женщины при гестозе, изучены намного лучше, чем их причина. Их основу составляет спазм всех кровеносных сосудов, уменьшение объема циркулирующей крови, изменение свертываемости и текучести крови, нарушение микроциркуляции. Всё это приводит к значительному снижению кровоснабжения тканей с развитием в них дистрофических изменений вплоть до гибели ткани.

**Список использованной литературы**

1. Акушерство: курс лекций. Гриф УМО по медицинскому образованию. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Буданов П.В., Баев О.Р. 2015 г. Издательство:Гэотар-Медиа.

. Цуркан, С. В. Диспансеризация беременных женщин в условиях акушерско терапевтическо - педиатрических комплексов [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие / С. В. Цуркан, О. И. Линева, Е. Ю. Романова; рец. Л. И. Мальцева, Е. А. Сандакова ; Минздравсоцразвития РФ, ГОУ ВПО «Сам ГМУ РосЗдрава», Ин-т последипломного образования, Каф. акушерства и гинекологии. - Windows 9x/ME/NT/2000/XP. - Самара, 2009. - 1,19 Mb.

. М.М.Шехтман «Руководство по патологии у беременных». четвертое - М., «Триада-Х», 816с.

. Цхай, В. Б. Перинатальное акушерство [Текст] : учебное пособие / В. Б. Цхай. - Ростов Н/Д: Феникс; Красноярск: Изд. проекты, 2007. - 512 с. - (Высш. образование). - Библиогр. в конце глав.

. Патронаж беременных на дому. Справочник фельдшера и акушерки. - 2015. - № 4. - С. 81.

. Подзолкова, Н. М. Невынашивание беременности [Текст] / Н. М. Подзолкова, М. Ю. Скворцова, Т. В. Шевелева. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 136 с.: ил. - (Практикующему врачу-гинекологу). - Библиогр.: с. 127-134.

. Руководство «Беременность и заболевания»/ под ред. Кудайбергенова Т.К. -, 2013, 424 с.

.Практическое руководство патология и беременность» под Логутовой Л.С. - 2013, 544 с.

. Всемирная здравоохранения. Международная классификация болезней и связанных со здоровьем гинекология и перинатология) пересмотр. - М., 2004.