**НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ**

ПРИНЦИПЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ

Наблюдение беременных является главной задачей женской консультации. От качества амбулаторного наблюдения во многом зависит исход беременности и родов.

**Ранний охват беременных врачебным наблюдением.**Женщина должна быть взята на учет при сроке беременности до 12 недель. Это позволит своевременно диагностировать экстрагенитальную патологию и решить вопрос о целесообразности дальнейшего сохранения беременности, рациональном трудоустройстве, установить степень риска и при необходимости обеспечить оздоровление беременной

**Взятие на учет.**При взятии беременной на учет независимо от срока беременности врач женской консультации обязан: ознакомиться с амбулаторной картой (или выпиской из нее) женщины из поликлинической сети для выявления

**Своевременное (в течение 12-14 дней) обследование.** результате обследования определяют возможность вынашивания беременности и степень риска, а также вырабатывают план ведения беременности.

**Дородовый и послеродовой патронаж.**Дородовый патронаж осуществляет участковая акушерка в обязательном порядке дважды: при взятии на учет и перед родами и, кроме того, проводится по мере необходимости (для вызова беременной к врачу, контроля назначенного режима и т.п.). Послеродовой патронаж. В течение первых 3 суток после выписки из родильного дома женщину посещают работники женской консультации – врач (после патологических родов) или акушерка (после нормальных родов).

**Своевременная госпитализация женщины в течение беременности и до родов.**При возникновении показаний экстренная или плановая госпитализация беременной является главной задачей врача женской консультации.

**Наблюдение беременных**должны осуществлять в следующие сроки: в первую половину беременности – 1 раз в месяц; с 20 до 28 недель – 2 раза в месяц; с 28 до 40 недель – 1 раз в неделю (10-12 раз за время беременности). При выявлении соматической или акушерской патологии частота посещений возрастает.

**Антенатальная профилактика рахита**(витамины, ультрафиолетовое облучение).

**Профилактика гнойно-септических осложнений,**включающая обязательно урологическую и ЛОР-санацию.

ОБСЛЕДОВАНИЕ БЕРЕМЕННЫХ

При первом обращении беременной в консультации на нее заводят "Индивидуальную карту беременной и родильницы", куда заносят данные подробно собранного анамнеза, включая семейный анамнез, перенесенные в детстве и зрелом возрасте общие и гинекологические заболевание, операции, переливания крови, особенности менструальной, половой и генеративной функции.

Стоматолог должен не только произвести осмотр, но и санацию полости рта. Акушер-гинеколог контролирует, как выполняются рекомендации специалистов при каждом посещении консультации беременной. При наличии высокой степени миопии, особенно осложненной, необходимо получить конкретное заключение окулиста о ведении или исключении второго периода родов. В случае показаний проводят медико-генетическое консультирование. Повторные осмотры терапевтом - в сроки 30 и 37-38 недель беременности, а стоматологом – в 24 и 33-34 недели.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

При взятии беременной на учет проводят общий анализ крови, определяют реакцию Вассермана, ВИЧ-инфекцию, вирусный гепатит, группу крови и резус-принадлежность у обоих супругов, уровень сахара крови, общий анализ мочи, анализ выделений из влагалища на микрофлору, кала - на яйца гельминтов.

В дальнейшем лабораторные исследования проводят в следующие сроки:

1. общий анализ крови – 1 раз в месяц, а с 30 недель беременности – 1 раз в 2 недели;

2. анализ мочи в первой половине беременности - ежемесячно, а затем - 1 раз в 2 недели;

3. уровень сахара в крови – в 36-37 недель;

4. коагулограмма – в 36-37 недель; RW и ВИЧ – в 30 недель и перед родами;

5. бактериологическое (желательно) и бактериоскопическое (обязательно) исследования выделений из влагалища – в 36-37 недель;

6. ЭКГ – в 36-37 недель.

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

В течение беременности следует измерять рост и массу тела женщины, давление.

**Наружное и внутреннее акушерское исследование**включает измерение таза, определение состояния половых органов и, начиная с 20 недель беременности, измерение, пальпацию и аускультацию живота.

При первом **влагалищном исследовании,**которое производят два врача, помимо определения величины матки, необходимо установить наличие экзостозов в малом тазу, состояние тканей, наличие аномалий развития половых органов. Кроме того, измеряют высоту лона (4 см), так как при наличии высокого лобкового симфиза и наклонном его положении к плоскости входа емкость таза уменьшается.

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

**Аускультацию**тонов сердца плода проводят с 20 недель беременности.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, ДОРОДОВОГО И ПОСЛЕРОДОВОГО ОТПУСКА

**УЗИ во время беременности**производят в динамике. Первое – в сроке до 11-14 недель – для исключения нарушений в системе мать-плацента; второе – в сроке 20-22 недели с целью диагностики врожденных пороков развития плода; третье – в сроке 32-34 недели для биометрии плода и выявления соответствия его физических параметров гестационному возрасту (признаки внутриутробной задержки развития плода).