

МЕДИЦИНСКИЙ КОНТРОЛЬ

Мы все с Вами очень разные, поэтому и во время беременности ведем себя по-всякому. Одни чрезвычайно беспокоятся о здоровье будущего малыша, поэтому спешат пройти полное обследование своего организма, включая самые экзотические виды лабораторных обследований. Другие, наоборот, не считают нужным посещать женскую консультацию и сдавать анализы, если нормально себя чувствуют. Предлагаем не впадать в крайности, а найти золотую середину, которая позволит контролировать Ваше здоровье и состояние растущего малыша, а при необходимости немедленно предпринять меры для его улучшения.



Сегодня существует регулируемый на законодательном уровне минимум обязательных анализов и обследований, которые следует пройти при вынашивании беременности. Этот список изменится при наличии у Вас хронических заболеваний, появлении на фоне прогрессирования беременности тревожных симптомов со стороны здоровья или при неблагополучии плода. Решение об изменении плана медицинского наблюдения во всех подобных случаях принимает лечащий врач акушер-гинеколог.

Первый визит к врачу рекомендуем до 8-10 недели беременности, а лучше это сделать в 6-7 недель. Ранняя постановка на учет позволяет точно определить срок гестации и предполагаемую дату родов. Это необходимо для полноценного обследования и свое-временного решения об искусственном прерывании беременности при выявлении медицинских противопоказаний со стороны матери или развивающегося эмбриона. Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности делается акушером-гинекологом или консилиумом врачей до 20 недель гестации.

КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ



При физиологическом течении беременности осмотр врачом акушером - гинекологом выполняется в среднем 7-10 раз



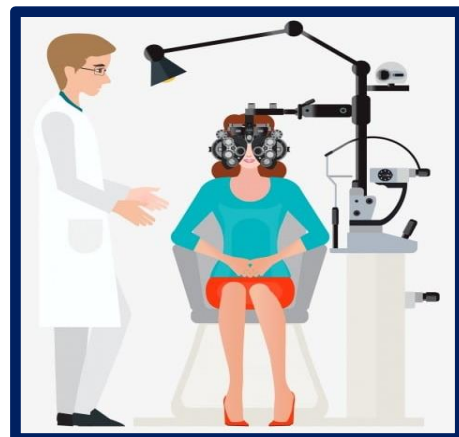
Врач-терапевт должен Вас осмотреть не менее 2 раз:

- первый осмотр не позднее 10 дней от первичного обращения в женскую консультацию,
- повторно после 30 недель



Врач-стоматолог и
Врач-офтальмолог:

- не менее 1 раза,
не позднее 14 дней
после первичного
обращения в
женскую
консультацию



ТРЕВОЖНЫЕ СИГНАЛЫ

При их появлении Вы должны незамедлительно обратиться к врачу!



Рвота более
5 раз в сутки



Потеря массы тела более
3 кг за 1-1,5 недели



Артериальное давление
свыше 120/80 мм рт.ст.



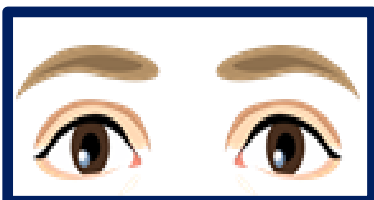
Сильная
головная боль



Боль в области
желудка



Любая боль
внизу живота



Проблемы
со зрением
(размытие, мошки
перед глазами)

Отек ног,
рук
или лица



Кровянистые, обильные жидкие
выделения из половых путей

Лихорадка
более 37,5 С



Отсутствие шевелений
плода более 12 часов



Врачи других специальностей
будут Вас консультировать
при наличии медицинских показаний,
с учетом имеющейся или
выявленной сопутствующей патологии

ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ



- + Сбор анамнеза
 - + Вычисление индекса массы тела (ИМТ)
 - + Обследование молочных желез
 - + Гинекологическое исследование
 - + Определение срока беременности и родов
- При каждом визите:
- + Оценка жалоб и общего состояния
 - + Измерение артериального давления (АД)
 - + Измерение прибавки массы тела
 - + Измерение окружности живота (ОЖ), высоты дна матки (ВДМ) и ведение гравидограммы (после 20 недель)
 - + Определение ЧСС плода с помощью стетоскопа (после 20 недель) или фетального доплера (после 12 недель)
 - + Опрос о характере шевелений плода (после 16-20 недель, после начала ощущения шевелений плода)
 - + Определение положения и предлежащей части плода (после 34-36 недель)
 - + Оценка группы риска акушерских и перинатальных осложнений (каждый триместр беременности)
 - + Оценка риска тромбо-эмболических осложнений (каждый триместр беременности)

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

- ✚ Группа крови по системе АВО и антигена D системы Резус при 1-ом визите
- ✚ Антитела к резус-фактору у резус-отрицательных женщин при 1-ом визите, в 18-20 нед. и в 28 нед.
- ✚ Общий анализ крови в каждом триместре
- ✚ Биохимический общетерапевтический анализ крови при 1-ом визите и в III триместре
- ✚ Глюкоза или гликированный гемоглобин в венозной крови) натощак при 1-ом визите и в 24-26 нед.
- ✚ Пероральный глюкозотолерантный тест в 24-28 нед. у женщин без нарушений углеводного обмена
- ✚ Тиреотропный гормон (ТТГ) в крови при 1-ом визите
- ✚ Коагулограмма при 1-ом визите и перед родами
- ✚ Антитела класса G и класса M к вирусу краснухи в крови при 1-ом визите
- ✚ Антитела к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В в крови при 1-ом визите и в III триместре
- ✚ Суммарные антитела классов M и G к вирусу гепатита С в крови при 1-ом визите и в III триместре
- ✚ Антитела к бледной трепонеме в крови при 1-ом визите и в III триместре
- ✚ Антитела классов M, G к ВИЧ-1/2 и антигена p24 в крови при 1-ом визите и в III триместре
- ✚ Микроскопическое исследование влагалищного мазка при 1-ом визите и в III триместре
- ✚ Микробиологическое исследование средней порции мочи на бактериальные патогены при 1-ом визите
- ✚ Общий анализ мочи в каждом триместре
- ✚ Белок в моче с помощью специальных индикаторных полосок при каждом визите после 22 нед.
- ✚ Цитологическое исследование мазка шейки матки (мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала) при 1-ом визите
- ✚ Антиген стрептококка группы «В» в отделяемом цервикального канала в 35-37 недель
- ✚ Пренатальный биохимический скрининг в 11-13 нед.



ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА



- ✚ Пельвиометрия (измерение размеров таза) в III триместре
- ✚ УЗИ плода: первый скрининг в 11-13 недель, второй скрининг в 18-20 нед., в 30-34 нед. - по показаниям
- ✚ УЗИ шейки матки (УЗ-цервикометрия) с 15-16 до 24 нед. 1 раз в 2 недели при риске позднего выкидыша и преждевременных родов
- ✚ Ультразвуковая доплерография маточно-плацентарного кровотока в 18-20 и 30-34 нед. в группе риска акушерских и перинатальных осложнений
- ✚ Кардиотокография (КТГ) плода с 33 нед. 1 раз в 2 нед.

МЕДИКАМЕТОЗНАЯ ПРОФИЛАКТИКА



- ✚ Прием фолиевой кислоты до 12 недель беременности в дозе 400 мкг в день
- ✚ Прием препаратов йода на протяжении всей беременности в дозе 200 мкг в день
- ✚ Прием препаратов кальция на протяжении всей беременности в дозе 1 г/день
- ✚ Прием витамина D на протяжении всей беременности в дозе 10 мкг (400 МЕ) в день
- ✚ В группе высокого риска преэклампсии с 12 до 36 недели беременности прием ацетилсалициловой кислоты по 150 мг/день
- ✚ В группе высокого риска самопроизвольного выкидыша рекомендовано принимать гестагены с 1-го визита до 20 недель беременности (по назначению врача)
- ✚ В группе высокого риска преждевременных родов - прием прогестерона с 22 до 34 недели (по назначению врача)
- ✚ Беременным с резус-отрицательной принадлежностью крови и с отрицательным уровнем антирезусных антител, не выявленными в 28 недель, введение иммуноглобулина человека антирезус Rho[D] в 28-30 недель беременности в дозе, согласно инструкции к препарату, внутримышечно.

Начиная со второй половины беременности, рекомендуем посещать курсы для будущих родителей, где Вы получите ответы на возникающие во время беременности вопросы, а также пройдете подготовку к родам и послеродовому периоду.

О.Т.Шраер - к.м.н., врач акушер-гинеколог ГБУЗ «КЦОЗМП»