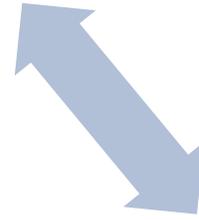
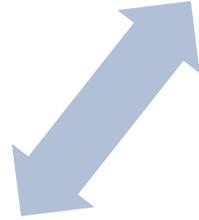


**Терапия
глазами
акушера**

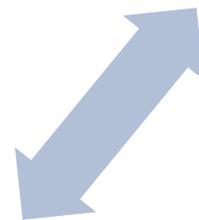
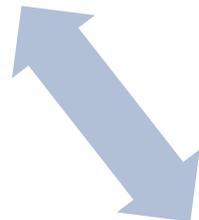
и не только...

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ ЭКЗ**



БЕРЕМЕННОСТЬ

**ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ**



**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭГЗ НА
ФОНЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

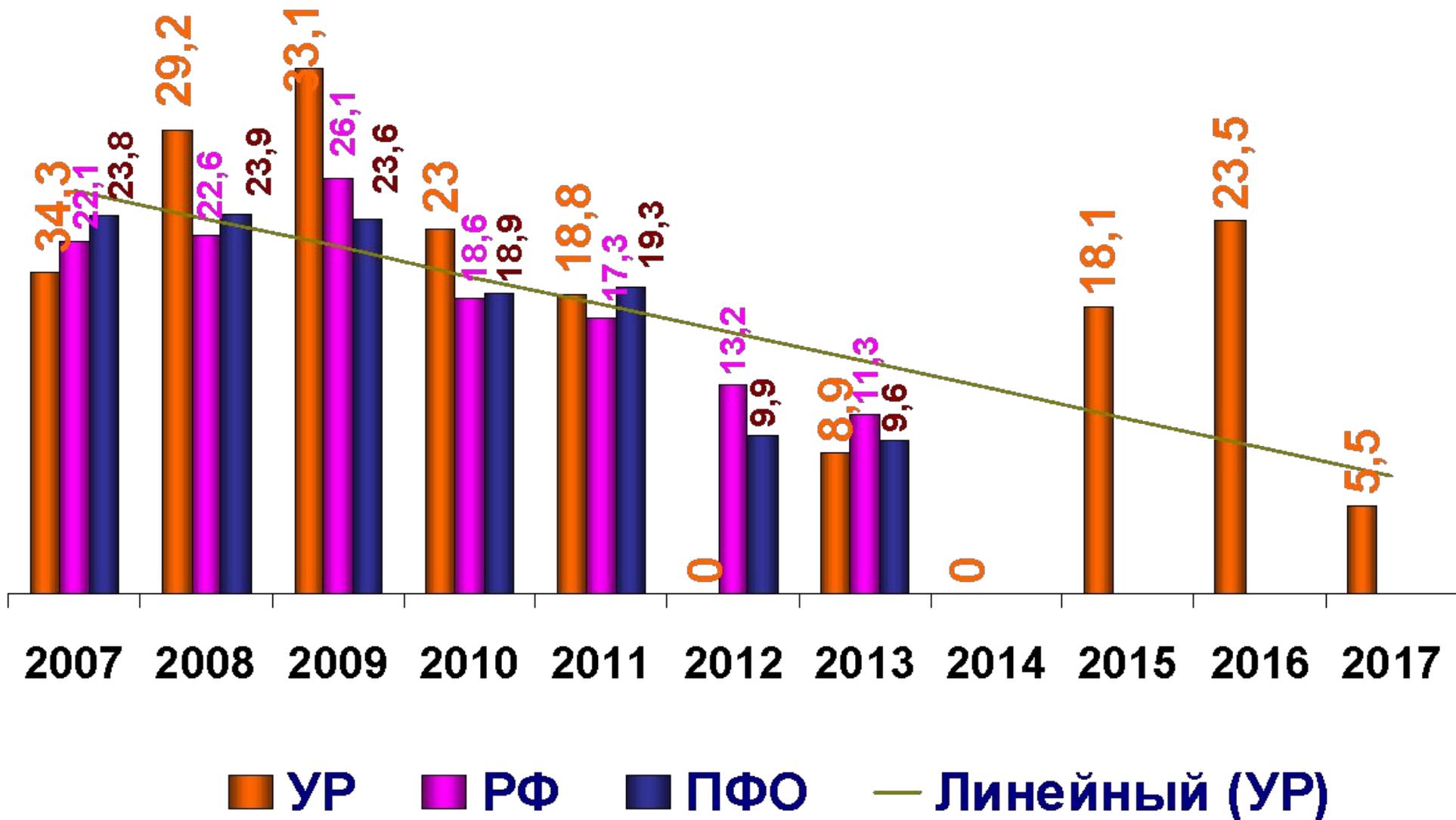
Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572н Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»

Приказ МЗ и СР РФ от 05.12.2007 № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности»

Приказ МЗ и СР РФ от 18.03.2009 № 121 «Об утверждении перечня медицинских показаний для медицинской стерилизации»

Приказ МЗ РФ от 30.08.2012 г. № 107 «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».

Материнская смертность (на 100000 живорожденных)



Ключевые диагностические критерии для идентификации случая near miss

□ Тяжелая преэклампсия Эклампсия

□ Тяжелая артериальная гипертензия,

□ ЭГЗ в стадии декомпенсации

□ Атипичное течение вирусных заболеваний

□ Кровопотеря более 2000 мл

□ Акушерская эмболия

□ Сепсис

Отек легких

□ Остановка сердца

Разрыв матки

□ Гистерэктомия

Гемотрансфузия

□ Анестезиологическое пособие при тяжелых состояниях

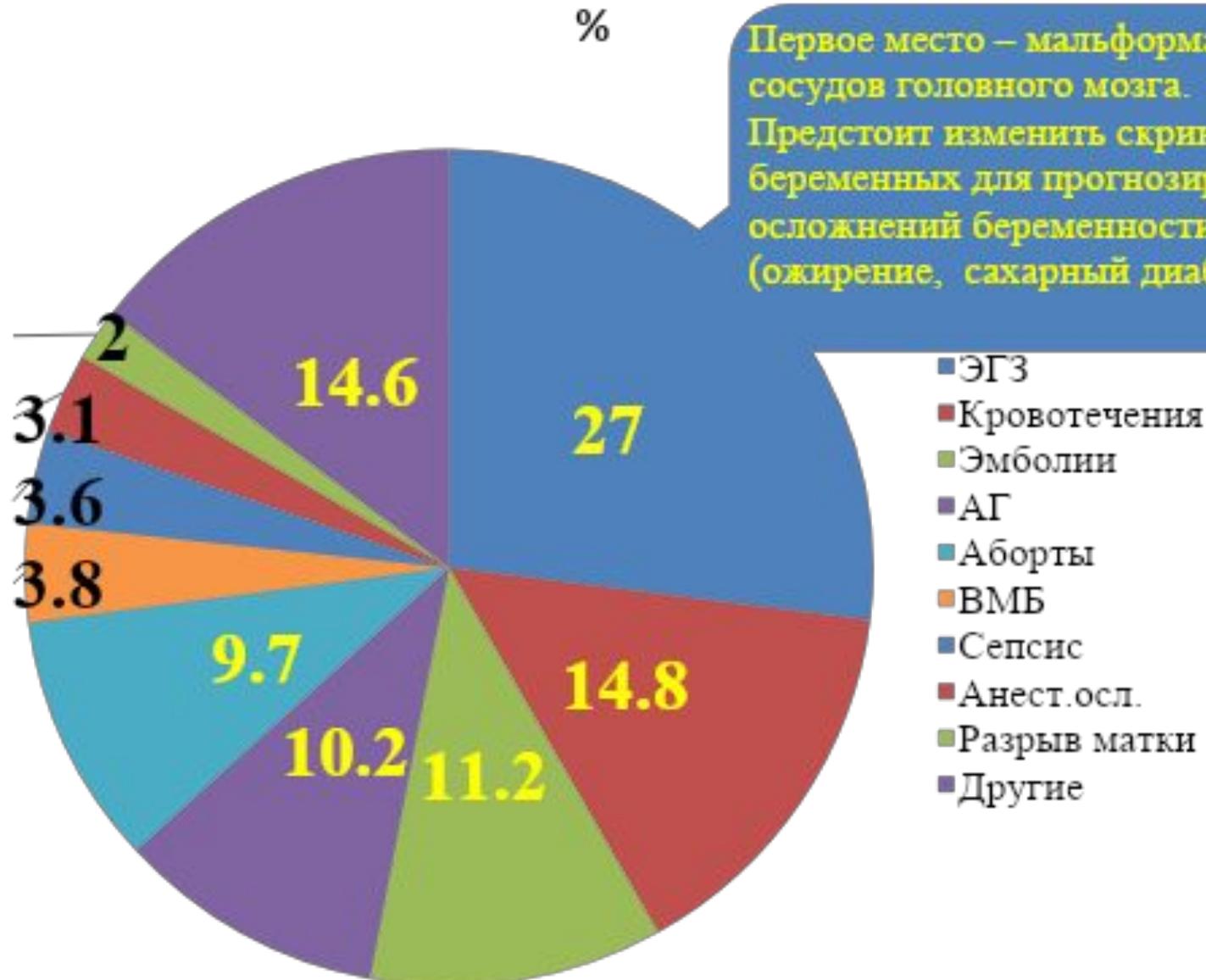
□ Критические показатели азотистых шлаков

(мочевина выше 15 ммоль/л или креатинин более 400 ммоль/л)

□ Олигурия (менее 400мл/сут)

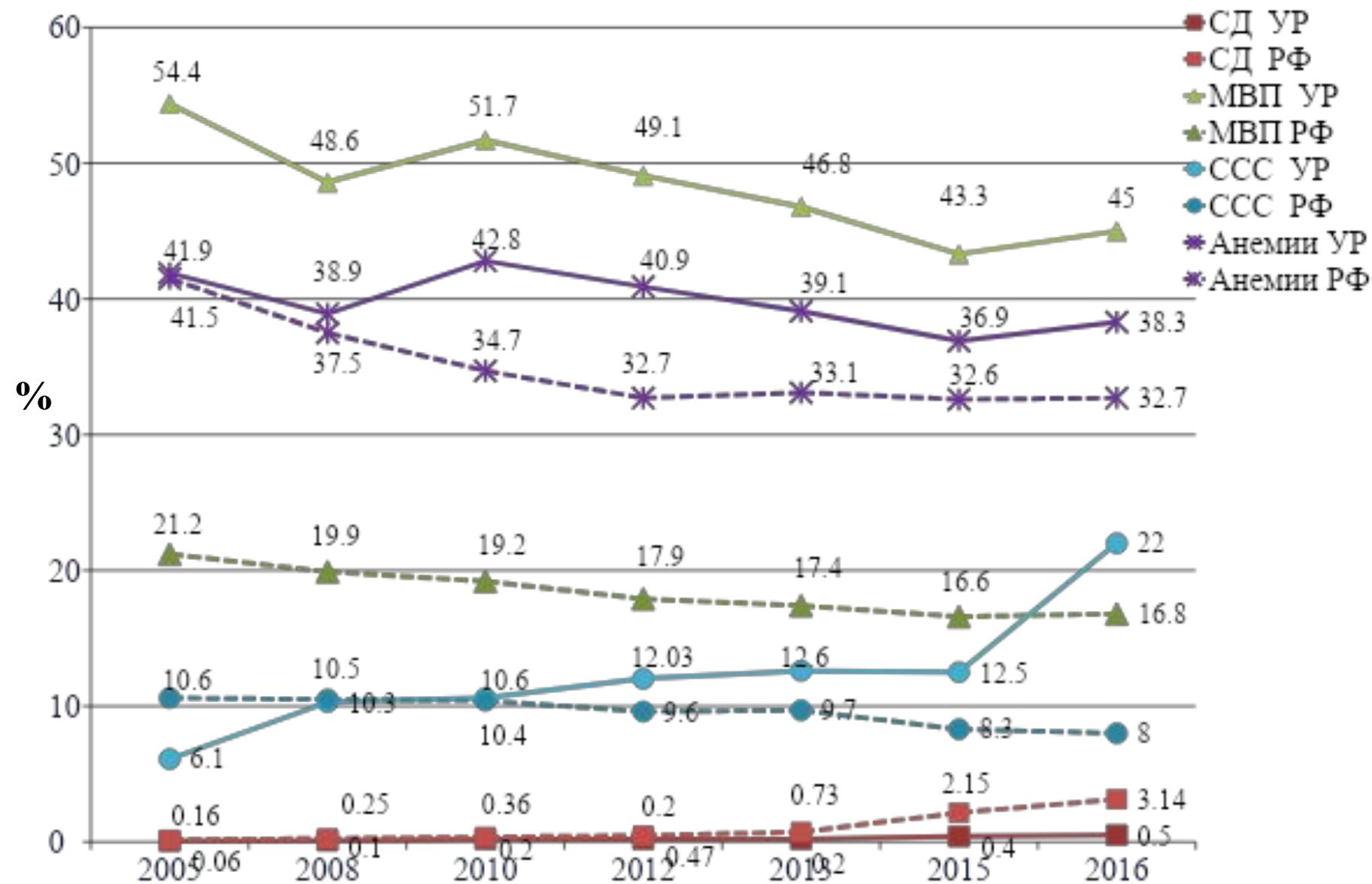
Кома.

Структура материнской смертности

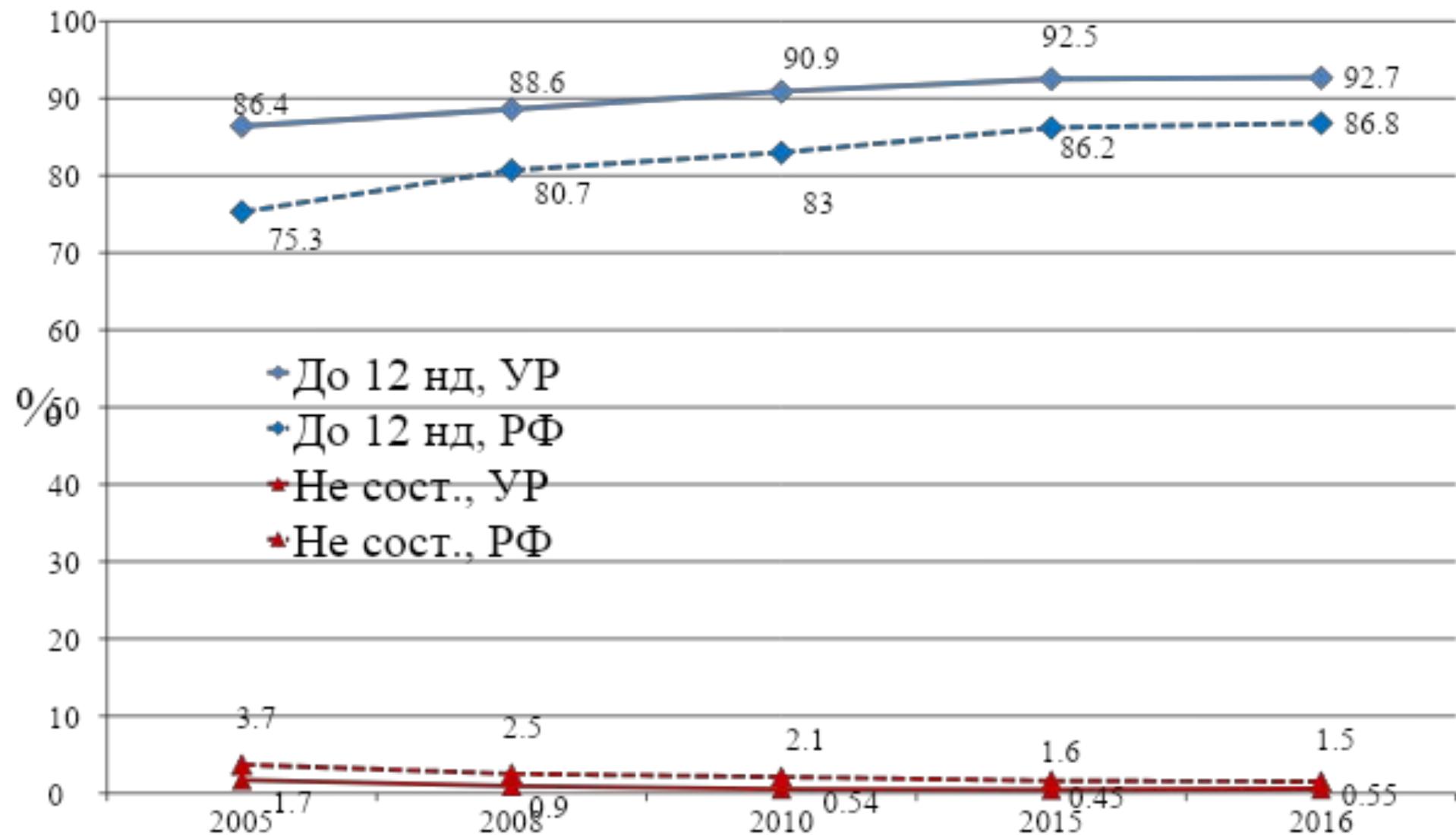


Коморбидность (с лат. — «со» — вместе + «morbus» — болезнь) наличие нескольких хронических заболеваний, связанных между собой единым патогенетическим механизмом)

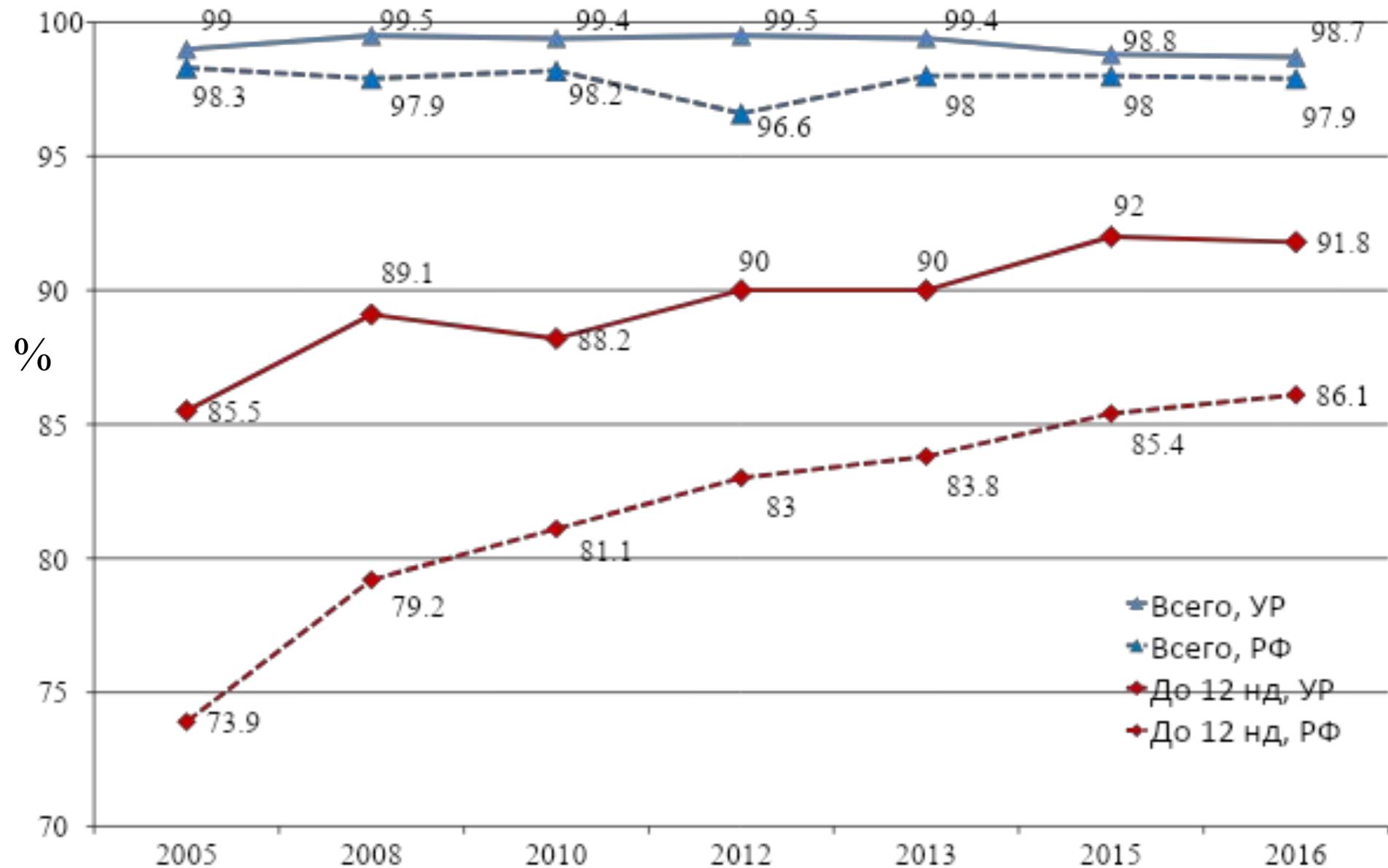
Экстрагенитальные заболевания (УР)



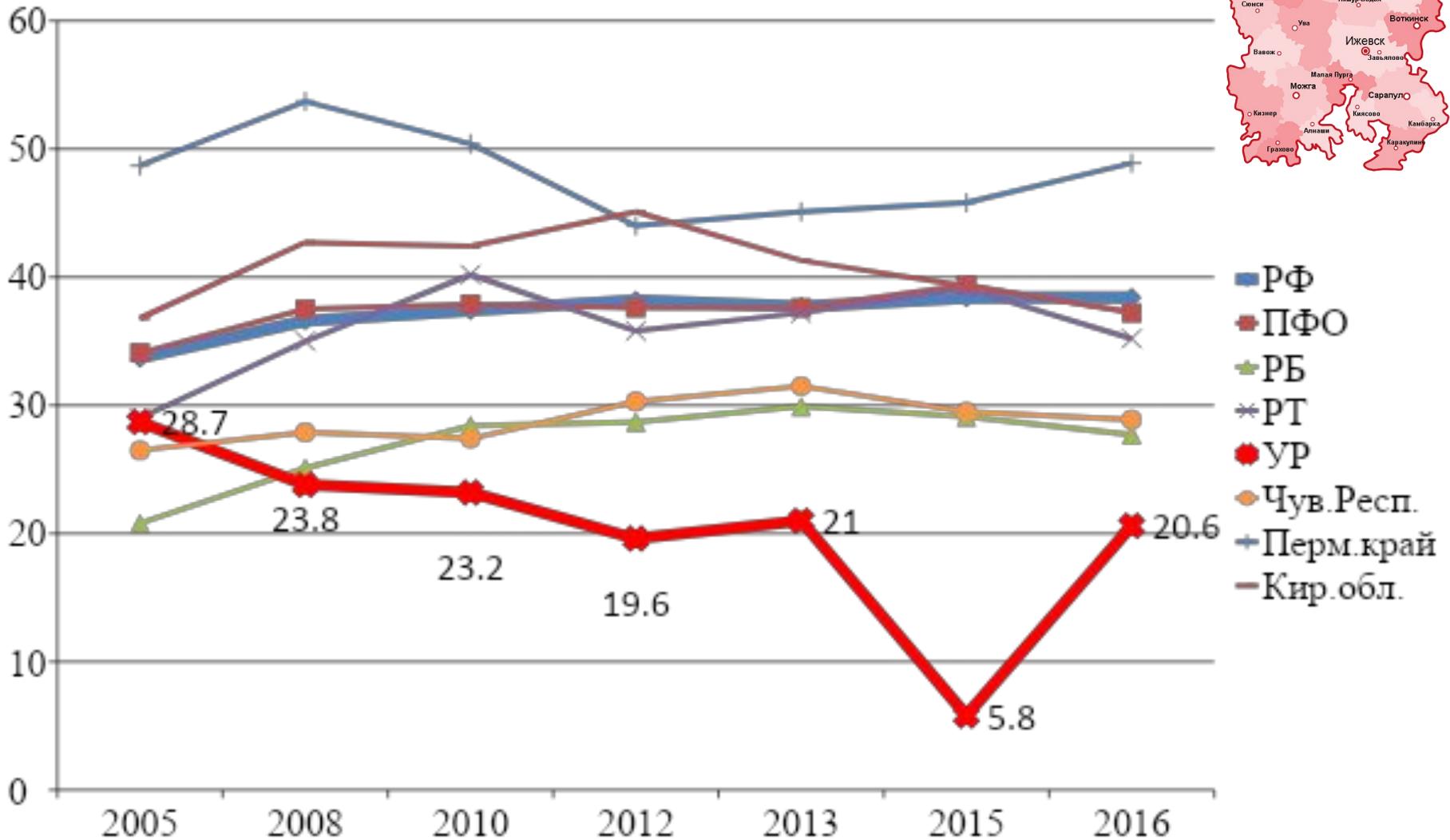
Деятельность женских консультаций



Осмотр беременных женщин терапевтом



Доля нормальных родов (%)



СТЕПЕНИ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

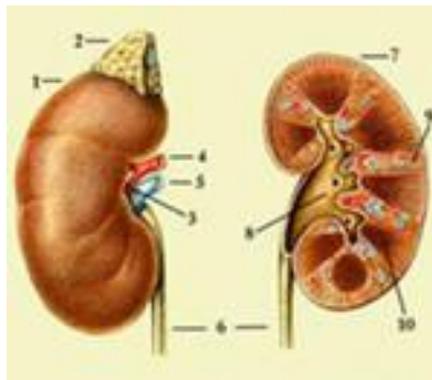
- I степень – минимальная: осложнения беременности возникают не более, чем у 20% женщин, беременность ухудшает течение заболевания менее, чем у 20% больных
- II степень – выраженная: экстрагенитальные заболевания часто (в 20-50% случаев) вызывают осложнения беременности гестозом, самопроизвольным абортом, преждевременными родами, часто наблюдается гипотрофия плода, увеличена перинатальная смертность, течение заболевания может ухудшиться во время беременности или после родов более, чем у 20% больных
- III степень – максимальная: у большинства женщин, страдающих экстрагенитальными заболеваниями, возникают осложнения беременности (более 50%), редко рождаются доношенные дети и высока перинатальная смертность, беременность представляет опасность для здоровья и жизни женщины



ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК И БЕРЕМЕННОСТЬ

пиелонефрит

гломерулонефрит



**мочекаменная
болезнь**

туберкулез

беременность у женщин с одной почкой

беременность у женщин с трансплантированной почкой

ПИЕЛОНЕФРИТ

ОСТРЫЙ :

СЕРОЗНЫЙ

ГНОЙНЫЙ

НЕКРОТИЧЕСКИЙ

АПОСТЕМАТОЗНЫЙ

КАРБУНКУЛ

АБСЦЕСС

ХРОНИЧЕСКИЙ

**ОБОСТРЯЕТСЯ
ЧАЩЕ В 22-28 Н.Г.
У ТРЕТИ БОЛЬНЫХ**

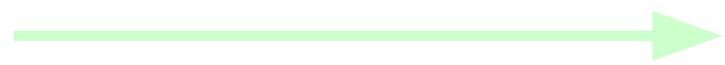
**БЕССИМПТОМНАЯ
БАКТЕРИУРИЯ –**

**У 20-40 % БЕРЕМЕННЫХ
ПЕРЕХОДИТ В ОСТРЫЙ
ПИЕЛОНЕФРИТ**

**У РОДИЛЬНИЦ ПИЕЛОНЕФРИТ РАЗВИВАЕТСЯ НА 4, 6,
12 СУТКИ**



**ГЕМАТОГЕННЫЙ
ВОСХОДЯЩИЙ ПУТИ**

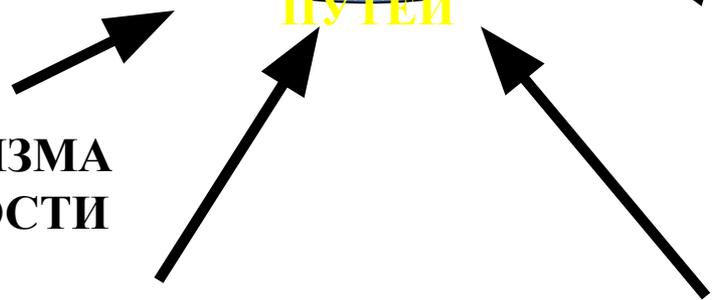


**ГОРМОНАЛЬНАЯ
ПЕРЕСТРОЙКА ОРГАНИЗМА
ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

**МЕХАНИЧЕСКИЙ
ФАКТОР С 20 Н.Г.**

**Варикозное расширение
вен правого яичникового
сплетения**

**Ослабление связочного
аппарата**



БЕССИМПТОМНАЯ БАКТЕРИУРИЯ

в моче определяются бактерии, микробным числом становится 100 000 и более. Жалобы отсутствуют, изменений в других лабораторных показателях нет. Однако бессимптомная бактериурия также требует антибактериальной терапии, так как в 20-40% случаев на ее фоне может развиваться острый пиелонефрит. Применяются те же препараты, что и при лечении острого или обострении хронического пиелонефрита.

ДИАГНОСТИКА

- Лейкоцитоз выше 11000/мл, нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы влево за счет увеличения палочкоядерных форм и гипохромная анемия.
- В полном анализе мочи - большое количество лейкоцитов (более 6-8 в поле зрения), бактерии.
- Анализ мочи по Нечипоренко - повышение количества лейкоцитов (более 4000 в мл).
- При исследовании мочи по методу Зимницкого - гипостенурия, возможна изостенурия (особенно при хроническом пиелонефрите).

ДИАГНОСТИКА

- Бактериологическое исследование мочи позволяет идентифицировать возбудителя, определить чувствительность к антибиотикам, подсчитать количество бактерий в 1 мл мочи (при пиелонефрите микробное число 100 000 и более бактерий в 1 мл мочи);
- Нарушение пассажа мочи во время беременности определяется при хромоцистоскопии. Замедление своевременного выделения индигокармина из устьев мочеточников во втором и третьем триместрах беременности при наличии клинических признаков пиелонефрита требует катетеризации мочеточников с диагностической и лечебной целью.
- Экскреторная урография (родильницы)

ДИАГНОСТИКА

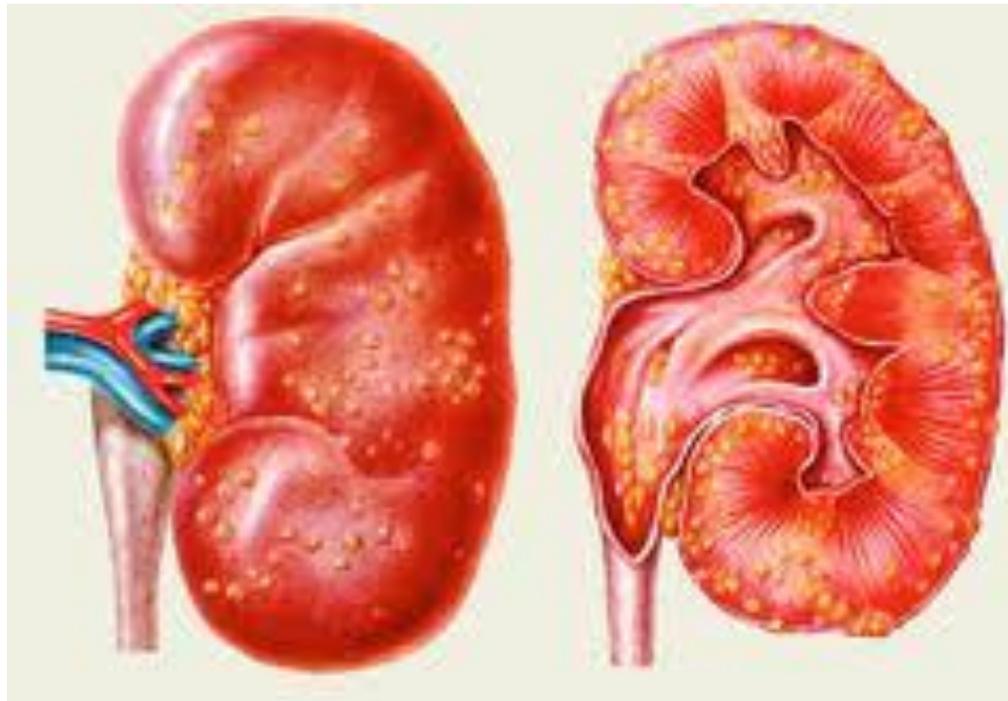
- Ультразвуковое сканирование:
- ***Острый пиелонефрит.*** Эхографические изменения появляются лишь при выраженных макроструктурных изменениях в почке: отмечается увеличение почки, с преимущественным увеличением передне-заднего размера, утолщение и диффузное снижение эхогенности паренхимы.



- Ультразвуковое сканирование:

- *Апостематозный пиелонефрит*

патоморфологически представлен многочисленными мелкими абсцессами величиной с булавочную головку, располагающимися, в основном, в корковом веществе почек (при этом поражаются клубочковые структуры).



- **Ультразвуковое сканирование:**

- ***Апостематозный пиелонефрит***

Эхографически почка резко увеличена, контуры ее бугристые, нет дифференциации "паренхима-почечный синус", т.к. почечный синус сдавлен резко утолщенной, отечной паренхимой, в нем практически полностью резорбируется синусная клетчатка. Почка представлена неоднородной солидной массой с множественными мелкими, 2-3 мм в диаметре, гипо- и анэхогенными очажками с неровным нечетким контуром.



- Ультразвуковое сканирование:

- *Карбункул почки*

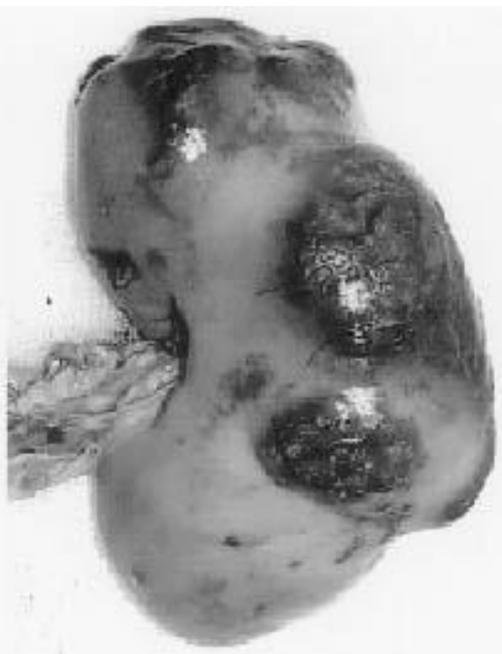
гистологически представлен зоной воспалительной инфильтрации с некротическими изменениями с тенденцией к гнойному размягчению. Эхографически карбункул представлен зоной с размытыми нечеткими контурами значительно сниженной эхогенности.



- Ультразвуковое сканирование:

- *Карбункул почки*

гистологически представлен зоной воспалительной инфильтрации с некротическими изменениями с тенденцией к гнойному размягчению. Эхографически карбункул представлен зоной с размытыми нечеткими контурами значительно сниженной эхогенности.



- Ультразвуковое сканирование:
- **Абсцесс** почки формируется в результате некротических процессов в зоне локального воспаления либо в результате слияния нескольких мелких очагов гнойного расплавления при апостематозном пиелонефрите. Эхографически – это кистозная структура с толстой неровной стенкой, в полости может определяться взвесь.



- **Ультразвуковое сканирование:**

- Хронический пиелонефрит**

- эхографически определяется анэхогенная структура в центральном эхо-комплексе с утолщенной стенкой в виде деформированного дерева, бутона розы, клевера, либо – кистозные округлые структуры с характерным concentрическим расположением более мелких структур (чашечек) вокруг одной, более крупной (лоханки). Изменения, как правило, сочетаются с неровностью контура почки, неравномерным истончением и структурными изменениями паренхимы.



ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ:

- Преэклампсия (30-40%),
- самопроизвольное прерывание беременности (15-20%),
- задержка роста плода (12-15%),
- хроническая плацентарная недостаточность (30-35%),
- хроническая гипоксия плода (20-30%) ,
- высокая перинатальная смертность (25-100‰).

СТЕПЕНИ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- I степень – Неосложненный пиелонефрит, возникший во время беременности
- II степень – Хронический пиелонефрит, существовавший до беременности
- III степень – Хронический пиелонефрит с гипертензией или азотемией, пиелонефрит единственной почки

Антибактериальная терапия

(рекомендации Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН).

***Для эмпирической терапии во все сроки беременности препаратами выбора являются защищенные от влияния вырабатываемых микроорганизмами специфических ферментов (β -лактамаз):
уназин (ампициллин/сульбактам),
амоксиклав (амоксициллин/клавуланат).***

АМОКСИКЛАВ

- Применяется по 1 таблетке (375 мг) 3 раза в сутки, при тяжелых инфекциях по 1 таблетке (625 мг) также 3 раза в сутки. Прием пищи не оказывает влияния на абсорбцию. Внутривенно, медленно или в виде инфузии по 1,2 г через 8 часов, в тяжелых случаях – через 6 часов. Курс лечения 5-14 дней.

УНАЗИН

- применяется внутримышечно или внутривенно в разовой дозе 1,5 г, суточная доза 4,5-9,0 г. Курс лечения 7-10 дней.

- **Терапия в I триместре беременности.**

- Основное применение нашли полусинтетические пенициллины (*ампициллин, карбенициллин, амоксициллин, уназин, амоксиклав*) и растительные уроантисептики (*канефрон, фитоллизин*).
- *Канефрон Н* – растительный уроантисептик, потенцирует действие антибиотиков, обладает диуретическим, противовоспалительным, спазмолитическим действием, выпускается в виде капель для орального применения и драже. Принимать внутрь по 2 драже или по 50 капель три раза в день. Курс лечения 4-6 недель.
- *Фитоллизин* принимают внутрь по 1 ч.л. в 1/2 стакана теплой подслащенной воды 3 раза в день после еды.

БЕССИМПТОМНАЯ БАКТЕРИУРИЯ

в моче определяются бактерии, микробным числом становится 100 000 и более. Жалобы отсутствуют, изменений в других лабораторных показателях нет. Однако бессимптомная бактериурия также требует антибактериальной терапии, так как в 20-40% случаев на ее фоне может развиваться острый пиелонефрит. Применяются те же препараты, что и при лечении острого или обострении хронического пиелонефрита.

- **Терапия во II-III триместрах беременности.**

- Использование антибиотиков расширено за счет цефалоспоринов II-III поколения (*цефуроксим, цефотаксим, цефтазидим, цефоперазон, цефтриаксон*).
- Также применяются растительные уроантисептики (*канефрон, фитолизин*).

Терапия в послеродовом периоде.

- В послеродовом периоде при тяжелой инфекции кроме перечисленных выше препаратов возможно применение карбопенемов (*имипенем/циластатин, меронем*).
- Кроме антибиотиков в лечении пиелонефрита рекомендуется использование антибактериальных препаратов следующих групп: производные нафтиридина (налидиксовая кислота – *невиграмон, неграм*), хинолоны (*оксолиниевая кислота*), фторхинолоны (*офлоксацин, норфлоксацин, ципрофлоксацин, пефлоксацин, ломефлоксацин*), нитрофураны (*фурагин, фуразолидон*), сульфаниламиды (*Котримоксазол*).

• Критериями излеченности гестационного пиелонефрита являются исчезновение характерных для данного заболевания клинических симптомов и отсутствие патологических изменений в анализах мочи при трехкратном исследовании.

ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

ОСТРЫЙ

**ХРОНИЧЕСКИ
Й**

**ФОРМЫ:
ЦИКЛИЧЕСКАЯ
АЦИКЛИЧЕСКАЯ**

**ОЧАГОВЫЙ
ГЛОМЕРУЛОНЕФР
ИТ**

**Клинические
варианты:**

**ГИПЕРТОНИЧЕСКИ
Й**

НЕФРОТИЧЕСКИЙ

СМЕШАННЫЙ

ЛАТЕНТНЫЙ

ДИАГНОСТИКА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

- Протеинурия
- Гематурия
- повышение мочевины, остаточного азота, креатинина, холестерина, снижение белка.
- у 1/3 больных развивается анемия.

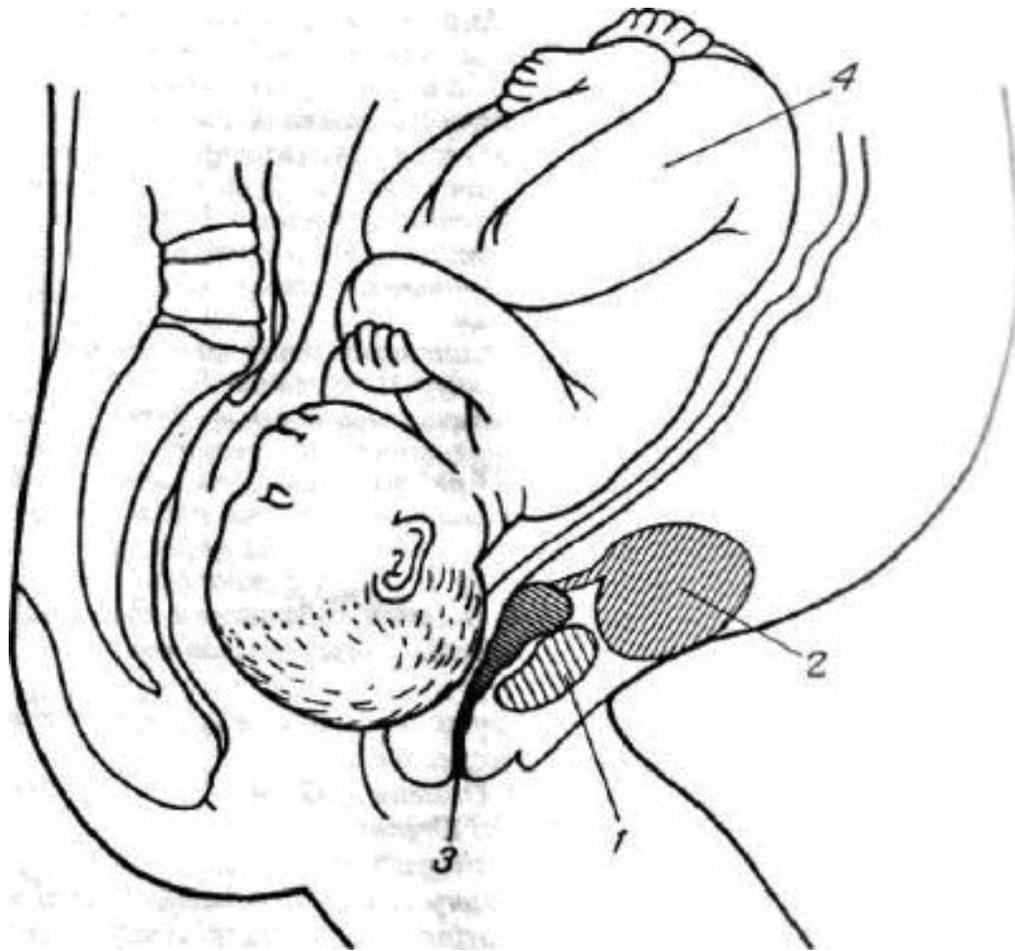
ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

- начинающаяся рано преэклампсия
- внутриутробная гибель плода
- массивные кровотечения в родах
- ПОНРП
- преждевременные роды
- ЗРП

СТЕПЕНИ РИСКА

- МИНИМАЛЬНАЯ. Латентная форма гломерулонефрита
- СРЕДНЯЯ. Нефротическая форма гломерулонефрита
- МАКСИМАЛЬНАЯ. Гипертоническая и смешанная формы.

Если острый гломерулонефрит был перенесен более чем за год до беременности, беременность может быть сохранена



БЕРЕМЕННОСТЬ У ЖЕНЩИН С ПЕРЕСАЖЕННОЙ ПОЧКОЙ

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- частота возникновения беременности достигает 2–5%,
- Благоприятный исход - 65%.
- Примерно 35% беременностей замирают в первом триместре.
- отторжение трансплантата у 18% беременных.

- **Симптомы реакции отторжения:**
 - повышение температуры тела;
 - уменьшение диуреза;
 - снижение скорости клубочковой фильтрации и почечного кровотока;
 - уменьшение концентрации натрия в моче;
 - увеличение содержания креатинина и мочевины в крови;
 - протеинурия;
 - ухудшение результатов радиоизотопной ренографии и сцинтиграфии почки.

ОСЛОЖНЕНИЯ ГЕСТАЦИИ

- обострение инфекций мочевых путей;
- преэклампсия;
- ухудшение функций маточноплацентарной системы;
- ЗРП;
- Преждевременные роды
- **Анемия** — одно из наиболее частых осложнений беременности у женщин с трансплантированной почкой. Отсутствие эффекта от лечения анемии препаратами железа часто обусловлено недостаточной продукцией **эритропоэтина**.

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ТРАНСПЛАНТИРОВАННОЙ ПОЧКОЙ

- 1. Иммуносупрессивная терапия на протяжении всей беременности:
 - отмена азатиоприна с момента наступления беременности;
 - приём преднизолона, циклоспорина (под контролем концентрации циклоспорина в крови в пределах 80–130 нг/мл).
- 2. Клинико-лабораторный контроль:
 - концентрация креатинина в сыворотке крови менее 0,15 ммоль/л, мочевины — в пределах 6–12 ммоль/л;
 - протеинурия менее 0,5 г/(л'сут);
 - скорость клубочковой фильтрации не ниже 70 мл/мин;
 - АД не более 140/90 мм рт.ст.;
 - ИР по данным доплеросонографии кровотока сосудов почки не выше 0,8.

- КС — основной метод родоразрешения. В ходе операции проводят стерилизацию путём перевязки маточных труб (повторные беременности противопоказаны).

ПРОФИЛАКТИКА

- Беременность у реципиенток почечного аллотрансплантата может быть безопасной как для матери и ребёнка, так и для пересаженного органа при строгом соблюдении показаний к её сохранению и использовании специальных подходов при ведении.

Приказ МЗ и СР РФ от 18.03.2009 № 121 «Об утверждении перечня медицинских показаний для медицинской стерилизации»

Хроническая почечная недостаточность любой этиологии (Уровень креатинина сыворотки крови до зачатия при любом диагнозе не должен превышать 200 мкмоль/л (1,8 мг/дл))

Единственная почка (врожденная или оставшаяся после нефрэктомии) при азотемии, артериальной гипертензии, туберкулезе, пиелонефрите, гидронефрозе

Экстрофия мочевого пузыря

Приказ МЗ и СР РФ от 05.12.2007 № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности»

Острый гломерулонефрит (В стадии обострения: нефротический синдром; артериальная гипертензия, резистентная к адекватной антигипертензивной терапии; нарушение функции почек (креатинин крови ≥ 200 мкмоль/л))

Хроническая почечная недостаточность любой этиологии (Уровень креатинина сыворотки крови до зачатия при любом диагнозе не должен превышать 200 мкмоль/л (1,8 мг/дл); прогрессирующее нарастание креатинина сыворотки крови в любой срок беременности)

Единственная почка (врожденная или оставшаяся после нефрэктомии), при азотемии, артериальной гипертензии, туберкулезе, пиелонефрите, гидронефрозе)

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЕ

СОСТОЯНИЯ

У БЕРЕМЕННЫХ



Содержание железа в организме здорового человека 4-4,5 г

- 2,6 г (57%) приходится на **гемоглобин**,
- 0,4 г (9%) – на **миоглобин**
- **ферритин и гемосидерин**
- (1,5 г, или 32%)
- Трансферрин
- 0,2%



Условие равновесия

20 мг железа высвобождается в результате физиологического ежедневного гемолиза эритроцитов, **1-2 мг железа** ежедневно всасывается из тонкой кишки, для чего необходимо суточное потребление этого элемента с пищей, равное **15-20 мг**, а с учетом беременности – 38 мг, и **1-2 мг железа** ежедневно теряется (физиологическая потеря) за счет слущивания в основном эпителия кишечника

**За весь период беременности
расходуется около 1220 мг железа:**

500 мг на усиление эритропоэза

300 мг на развитие

фетоплацентарной системы

190 мг текущий расход железа

230 мг теряется во время родов

Симптомы сидеропении, т.е. присущие только ЖДА

- сухость кожи;
- ломкость и слоистость ногтей, поперечная их исчерченность, ногти становятся плоскими, иногда принимают вогнутую "ложкообразную" форму (койлонихии);
- извращение вкуса в виде желания есть мел, зубную пасту, пепел, землю, сухую крупу (патофагия);
- необычное пристрастие к некоторым запахам, чаще ацетона, бензина (патоосмия);
- ангулярный стоматит;
- чувство жжения языка, признаки глоссита;
- крайне редким признаком может быть нарушение глотания из-за образования пищеводных перегородок (сидеропеническая дисфагия);
- симптоматика гастрита выражена не столь отчетливо, как при гастритах иного происхождения;
- дизурия и недержание мочи при кашле, смехе, ночной энурез



Железодефицитные состояния

Это состояния, вызванные нарушениями метаболизма железа, вследствие его дефицита в организме, с клиническими и лабораторными признаками дефицита железа, выраженность которых зависит от стадии ДЖ.

- **Различают три стадии ДЖ: предлатентный, латентный и манифестный ДЖ.**

Железодефицитные состояния у беременных (ЖДС)

- это состояния дефицита железа, развивающиеся во время беременности, вследствие повышенного потребления железа матерью и плодом на фоне его недостаточного экзогенного поступления и/или усвоения.*





АНЕМИЯ



ГЕМИЧЕСКАЯ ГИПОКСИЯ



**Гипоксия органов и
тканей**

**Формирование плацентарной
недостаточности, ЗРП, хроническая
гипоксия плода, преэклампсия,
преждевременные роды**

**Послеродовые кровотечения, нарушения
сократительной деятельности матки в
родах, дистрессе плода в родах**

Диагностический поиск

- Формирование первичной диагностической гипотезы
- Определение гипохромности анемии
- Доказательства дефицита железа, определение причин , его вызвавших

Материально-техническое обеспечение

1.ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

ГЕМОГЛОБИН
ГЕМАТОКРИТ
ЭРИТРОЦИТЫ

ЭРИТРОЦИТАРН
ЫЕ
ИНДЕКСЫ

MCV
MCH
MCHC
RDW

Анализаторы
биохимические

Наборы
реагентов диагностических
для клинической биохимии

2.ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБМЕНА ЖЕЛЕЗА

ТРАНСПОРТНЫ
Й

- ЖЕЛЕЗО (СЖ)
- ТРАНСФЕРРИН
- КОЭФФИЦИЕН
Т
НАСЫЩЕНИЯ

ТРАНСФЕРРИНА
ЖЕЛЕЗОМ

(КНТ)

ЗАПАСНЫЙ
ФОНД

ФЕРРИТИН
(СФ)

Анализатор
автоматический
гематологический

3. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ЖДС



**Все железодефицитные
анемии
гипохромные,
но не все гипохромные
анемии
железодефицитные !..**

ПОКОЛЕНИЯ ЖЕЛЕЗОСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ

Поколение	Особенности препаратов	Примеры препаратов	Биодоступность
I - Fe^{++}	Неорганические формы (соли, оксиды, сульфаты)	Гемофер, тардиферон, сорбифер-дурулес, гемофер, феррум-лек	10-25 %
II - Fe^{++}	Органические соли	Железа глюконат, ферронат, хеферол	10-25 %
III - Fe^{+++}	Органические соли в сочетании с синергидными компонентами (полисахариды или белки) ✓ всасываются только при низком содержании железа – передозировка отсутствует ✓ Медленно поступают в кровь, благодаря высокой молекулярной массе ✓ Нет локального раздражения ✓ Отсутствует этап окисления с переходом Fe^{++} в Fe^{+++}	Ферлатум Ферлатум-Фол	Более 68 %

ПОКОЛЕНИЯ ЖЕЛЕЗОСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ

Поколение	Особенности препаратов	Примеры препаратов	Биодоступность
I - Fe^{++}	Неорганические формы (соли, оксиды, сульфаты)	Гемофер, тардиферон, сорбифер-дурулес, гемофер, феррум-лек	10-25 %
II - Fe^{++}	Органические соли	Железа глюконат, ферронат, хеферол	10-25 %
III - Fe^{+++}	Органические соли в сочетании с синергидными компонентами (полисахариды или белки) ✓ всасываются только при низком содержании железа – передозировка отсутствует ✓ Медленно поступают в кровь, благодаря высокой молекулярной массе ✓ Нет локального раздражения ✓ Отсутствует этап окисления с переходом Fe^{++} в Fe^{+++}	Ферлатум Ферлатум-Фол	Более 68 %

Препараты железа (Fe^{3+}) для приема внутрь

<i>Препарат</i>	<i>Дополнительные компоненты</i>	<i>Кол-во Fe (мг)/элемент. Fe</i>	<i>Форма</i>	<i>Суточная доза</i>
Мальтофер Вифор Инт. / Никомед в сосаве Такеда	полимальтоза	1мл/50 мг	Капли	40-120 капель
Мальтофер Фол Вифор Инт. / Никомед в сосаве Такеда	Фолиевая кислота полимальтоза	100	Табл.	1-2
Феррум –Лек Лек, Словения	полимальтоза	100	Табл.	1-3
Феррум –Лек Лек, Словения	полимальтоза	5 мл/50	сироп	2-6 мерных ложек
Ферлатум ITALFARMACO, Италия	Протеин сукцинилат	15 мл/ 40 мг	Р-р для приема внутри во флак.	1-2 флакона
Ферлатум Фол ITALFARMACO, Италия	Протеин сукцинилат	15 мл/ 40 мг	Р-р для приема внутри во флак.	1-2 флакона

Препараты железа (Fe²⁺) для приема внутрь

<i>Препарат</i>	<i>Дополнительные компоненты</i>	<i>Кол-во Fe (мг)</i>	<i>Форма</i>	<i>Суточная доза</i>
Ферро-Фольгамма WÖRWAG PHARMA, Германия	Фолиевая к-та, Аскорб. К-та витамин В₁₂	100/37	Капсулы	1-3
Сорбифер дурулес Egis, Венгрия	Аскорбиновая кислота	320/100	Таблетки	1-2
Тардиферон Pierre Fabre, Франция	Аскорбиновая кислота мукопротеаза	256/80	Табл.	1-2
Гино-Тардиферон Pierre Fabre, Франция	Аскорбиновая и Фолиевая кислоты мукопротеаза	256/80	Табл.	1-2
Фенюльс Ranbaxy Laboratories, Индия	Аскорбиновая и пантотеновая кислоты, никотинамид, вит гр. В	150/45	Капсулы	1-3
Тотема, Иннотек Интернациональ, Франция	Медь, марганец	10 мл/ 50 мг	Питьев. Суспенз. 1амп./10мл	1-3 ампулы
Ферретаб комп. Lannacher, Австрия	Фолиевая кислота	154/50	капсулы	1-3

ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ

<i>Препарат</i>	<i>Форма железа</i>	<i>Кол-во Fe (мг)/ Элементар-ного Fe в 1 мл</i>	<i>Форма выпуска</i>	<i>Разовая доза и частота введения</i>
ВЕНОФЕР Вифор Инт. / Никомед ЛИКФЕРР «Сотекс», Россия	железа (III) гидроксид сахарозный комплекс	1 мл / 20 мг	Ампулы по 5 мл №5	2-3 раза в неделю в/в по 5-10 мл (100-200 мг)
ФЕРИНЖЕКТ Вифор Инт. / Никомед	железа (III) карбокси- мальтозат	1 мл/50 мг	Флаконы по 2 и 10 мл №5	2 р. в нед. в/в по 10 мл (500 мг) в 200 мл физ.р-ра или 1 р в нед. в/в 20 мл (1000 мг) в 250 мл физ.р-р
КОСМОФЕР Фармакосмос А/С, Дания	железа (III) гидроксид декстрана комплекс	1 мл / 50 мг	Ампулы по 2 мл №5	2-3 раза в неделю в/в по 2-4 мл (100-200 мг) или введение общей дозы железа за один приём
МОНОФЕР Фармакосмос А/С, Дания	железа (III) олигоизо- мальтозат	1 мл/ 100 мг	Ампулы, флаконы по 2 мл, 5мл, 10 мл	2-3 р в нед. в/в по 2 мл в 200 мл физ. р-ра капельно (30 мин). 1 р в нед. (до 20 мг/кг) в 500 мл физ. р-ра в/в капельно (60 мин.)

ПРЕПАРАТЫ РЕКОМБИНАНТНОГО ЭРИТРОПОЭТИНА

ПРЕПАРАТ	ИЗГОТОВИТЕЛЬ	ФОРМА	СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ
ЭРАЛЬФОН Эпоэтин альфа	ЗАО ФармФирма «Сотекс», Россия	Р-р в шприцах 1000 МЕ, 2000 МЕ, 4000 МЕ, 10000 МЕ	п/к в/в
ЭПОКРИН эпоэтин альфа	ФГУП «Гос.НИИ ОЧБ» ФМБА России, Россия	Р-р в ампулах 1000, 2000, 4000 и 10000 МЕ	п/к в/в
ЭРИТРОСТИМ эпоэтин бета	ФГУП НПО «Микроген» МЗ РФ, Россия	Р-р в ампулах 500, 2000, 3000 и 4000 МЕ	п/к в/в
ЭПРЕКС эпоэтин альфа	ООО «Джонсон & Джонсон», Россия.	Р-р в шприцах 1000 МЕ/0,5 мл, 2000 МЕ/0,5 мл, 4000 МЕ/0,4 мл, 10000 МЕ/ 1мл	п/к в/в
РЕКОРМОН эпоэтин бета	Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд., Швейцария.	Р-р в шприцах 1000 МЕ/0,3 мл, 2000 МЕ/0,3 мл, 10 000/0,6 мл, 20000 МЕ/0,6 мл	п/к в/в

ПРЕПАРАТЫ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ЭРИТРОПОЭТИНА

ПРЕПАРАТ	ИЗГОТОВИТЕЛЬ	ФОРМА	СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ
<b style="color: red;">МИРЦЕРА Эпоэтин бета метоксиполи- этиленгликоль	Рош Диагностикс ГмбХ, Германия Ф.Хоффманн-Ля Рош Лтд, Швейцария	Шприц-тюбики 50 мкг/0,3мл, 400 мкг/0,6мл, 600 мкг/0,6мл (шприц-тюбики) Флаконы 50 мкг/1 мл, 200 мкг/1 мл, 300 мкг/1 мл, 400 мкг/1мл, 600 мкг/1 мл, 1000 мкг/1мл	п/к 1 раз в 2-3 нед.
<b style="color: red;">АРАНЕСП Дарбопоэтин альфа	Амджен Европа Б.В., Нидерланды.	Р-р для инъекций 10 мкг, 15 мкг, 20 мкг, 30 мкг, 40 мкг, 50 мкг, 60 мкг, 80 мкг, 150 мкг, 300 мкг, 500 мкг	п/к 1 раз в 2-3 нед.

АЛГОРИТМ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ С ЖДС

№ стадии	0	1	2	3	4	5
Стадия ДЖ, Рекомендуемые мероприятия	Отсутствие ДЖ	ПДЖ	ЛДЖ	МДЖ Лёг.степени	МДЖ Ср.степ.	МДЖ Тяж.ст.
Доза элемент. железа в сут., без учёта поливитаминов	поливитамины	25 мг	50-100 мг	100-120 мг	150 мг	200 мг
Длительность лечения на 1-ом этапе (недели)	беременность и лактация	4	6	6-8	3-4	2-3
Препараты железа внутрь	нет	да	да	да	да	да
в/в введения (ВЕНОФЕР, ЛИКФЕРР, КОСМОФЕР)	нет	нет	нет	*По показаниям	да	да
РЭПО (эпоэтин альфа или бета)	нет	нет	нет	*По показаниям	да	да
Продолжение лечения с соблюдением последовательности, дозы и длительности как при стадии №4, 3, 2, 1, 0	-	0	1 0	2 1 0	3 2 1 0	4 3 2 1 0
Общая продолжительность лечения (нед.)	беременность и лактация	4	10	16-18	19-22	21-24

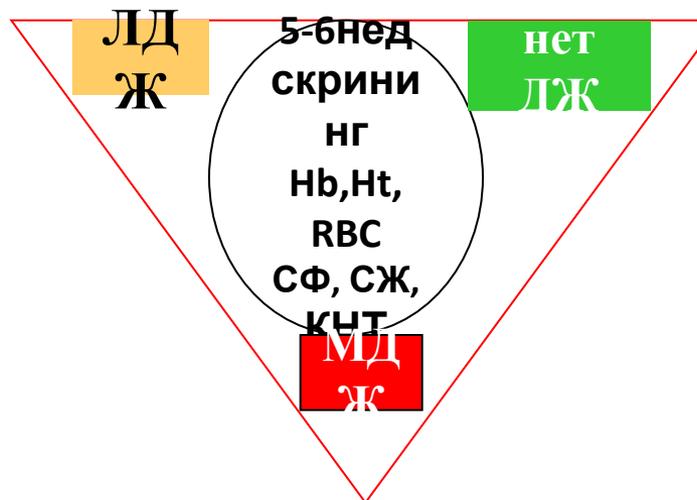
1. ПРОФИЛАКТИКА МДЖ У БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ

- Данная технология представляет собой систему *диагностики латентного дефицита железа и профилактики МДЖ* у беременных и родильниц. Позволяет существенно снизить частоту развития МДЖ и связанных с дефицитом железа осложнений у беременных, родильниц, новорожденных и детей ранних лет жизни.

АЛГОРИТМ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЖДС У БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ

ЛЕЧЕНИЕ ЛДЖ= ПРОФИЛАКТИКА МДЖ

**50-100 мг элем. Fe=
100 мг (Fe 3+) или
150 мг сульфата
железа (Fe 2+)
Per os в сутки**



ПРОФИЛАКТИКА ПДЖ

**25 мг элем. Fe=
75 мг
сульфата Fe/сут
Поливитамины
для беременных
и кормящих**

ЛЕЧЕНИЕ МДЖ (ЖДА)

**120-160 мг элем. Fe =
300-350 мг
сульфата Fe/сут.
или
200 мг (Fe 3+)
Per os в сутки
или ПЖ в/в
+ ЭПО**

Алгоритм профилактики и лечения ЖДС у беременных и родильниц

Hb ≥ 127

г/л

RBC $\geq 3,9$

HT $\geq 37,5\%$

СФ

>40 мкг/л

КНТ ≥ 20

%

СЖ

≥ 13 ПД /л

Ж

нет

ЛЖ

**ПРОФИЛАКТИКА
ПРЕДЛАТЕНТНОГО
ДЕФИЦИТА
ЖЕЛЕЗА**

**ЛЕЧЕНИЕ ПДЖ =
ПРОФИЛАКТИКА
ЛАТЕНТНОГО
ДЕФИЦИТА
ЖЕЛЕЗА**

ПРОФИЛАКТИКА ПДЖ

20-25 мг элем. Fe =

60-75 мг сульфата Fe/сут

**Поливитамины для
беременных и
кормящих**

Витрум Пренатал

Витрум Пренатал

форте

Элевит Пронаталь

Пренатал Оптима

Пренатал

Всю беременность

ЛЕЧЕНИЕ ПДЖ

40-50 мг элем. Fe/сут.

(поливитамины для

беременных и

кормящих

+ 1 таб. «Железо плюс»)

в течение 4 недель

Алгоритм профилактики и лечения ЖДС у беременных и родильниц

ЛЕЧЕНИЕ ЛАТЕНТНОГО ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА

50-100 мг элем. Fe

Препараты Fe 3+ :

Мальтофер 1т

Препараты Fe 2+ :

Фенюльс 1т

Ферро-Фольгамма

1т

1,5 -2 месяца

ЛД
Ж

НЬ 110-120
г/л

RBC 3,7-3,85

HT 35-37%

СФ

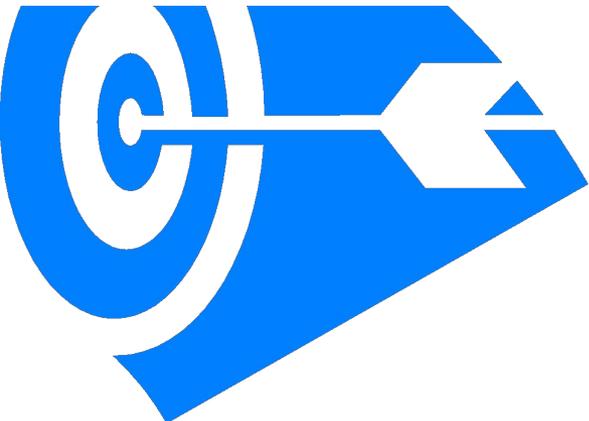
20-30мкг/л

ПРОФИЛАКТИКА

**МАНИФЕСТНОГО
ДЖ (ЖДА)**

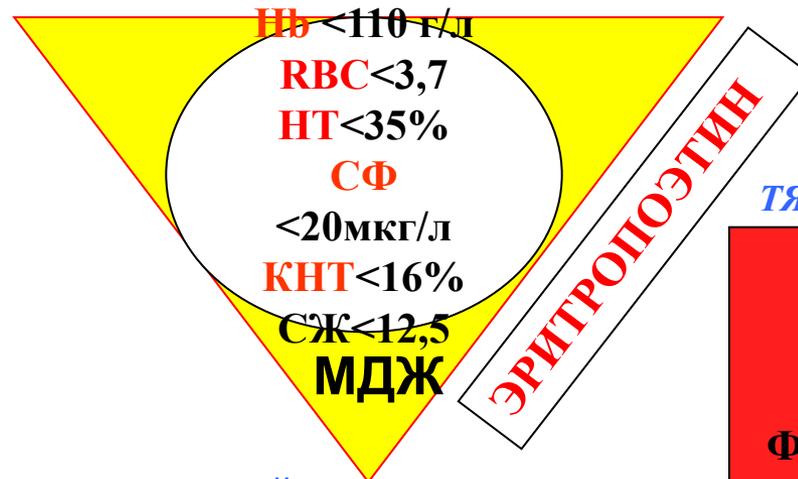
Алгоритм профилактики и лечения ЖДС у беременных

ЛЕЧЕНИЕ МДЖ(ЖДА)



ЛЁГКАЯ ЖДА $Hb = 90-110$ г/л

ЖЕЛЕЗО (III)
Мальтофер 2т.
ЖЕЛЕЗО (II)
Фенюльс 2 т
Ферро-Фольгамма 2кап.
2 месяца
затем, как при ЛДЖ



СРЕДНЕЙ ТЯЖ. Hb 70-89 г/л

ЖЕЛЕЗО (II)
ФЕРРО-ФОЛЬГАММА 3кап.
СОРБИФЕР ДУРУЛЕС 2т.
ПАРЕНТЕРАЛЬНО
(в/в) КОСМОФЕР, ВЕНОФЕР,
ЛИКФЕРР, ФЕРИНЖЕКТ,
МОНОФЕР
+ЭПО

ТЯЖЁЛАЯ ЖДА $Hb < 70$ г/л.

ЖЕЛЕЗО (II)
Ферро-Фольгамма 3кап.
Сорбифер Дурулес 2т.
ПАРЕНТЕРАЛЬНО (в/в)
КОСМОФЕР,
ВЕНОФЕР, ЛИКФЕРР,
ФЕРИНЖЕКТ,
МОНОФЕР + ЭПО

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Углеводный обмен во время беременности

**Плацентарный лактоген, эстриол,
прогестерон, кортикостероиды**



**Снижение толерантности к глюкозе, понижение
чувствительности к инсулину, усиление распада
инсулина и увеличение циркуляции свободных
жирных кислот**

Беременность – диабетогенный фактор

Клинические формы сахарного диабета

- Сахарный диабет первого типа, инсулинзависимый, развивающийся вследствие абсолютной инсулиновой недостаточности
- Сахарный диабет второго типа, инсулинрезистентный, характеризующийся относительной инсулиновой недостаточностью
- Гестационный сахарный диабет, впервые выявленный во время беременности

БЕРЕМЕННЫЕ С УГРОЖАЮЩИМ ДИАБЕТОМ

- женщины, имеющие больных диабетом в семье;
- родившие детей с массой тела свыше 4500 грамм;
- беременные с избыточной массой тела;
- беременные с глюкозурией.

Риск развития СД в будущем у женщин с ГСД

- У 50-60% ЖЕНЩИН РАЗВИВАЕТСЯ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА

ФАКТОРЫ РИСКА

Во время беременности:

Тяжесть гипергликемии
Ожирение
Манифестация гипергликемии в ранние сроки беременности
Нарушение функции β -клеток

После родов:

Нарушенная толерантность к углеводам или высокая гипергликемия натощак
Последующие беременности

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ДИАБЕТА У БЕРЕМЕННЫХ

- Диагностика **явного диабета** у беременных основана на наличии гипергликемии и глюкозурии

Диагностика (1 этап)

- **Во время 1-го визита к врачу акушер - гинекологу всем беременным проводится исследование:**
 - **Гликемии натощак в венозной плазме**
 - **Гликемии в венозной плазме в любое время дня вне зависимости от приема ПИЩИ**

IADPSG Consensus Panel

Corresponding author: Boyd E. Metzger

International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Recommendations on the Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Pregnancy

Diabetes Care March 2010 33:676-682;

Диагностика Гестационный сахарный диабет

$\geq 5,1$ ммоль/л (92 мг/дл) < 7,0 ммоль/л (126 мг/дл)

- IADPSG Consensus Panel
- Corresponding author: Boyd E. Metzger
- International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups
Recommendations on the Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in
Pregnancy
- Diabetes Care March 2010 33:676-682;

Диагностика (2 этап) - проведение ОГТТ

- Всем женщинам (с невыявленным на ранних сроках гестации манифестным или гестационным СД в том числе) на 24-28 неделях беременности проводится 2-х часовой ОГТТ с 75 г глюкозы (оптимально в 24-26 недель)

IADPSG Consensus Panel

Corresponding author: Boyd E. Metzger

International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Recommendations on the Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Pregnancy

Diabetes Care March 2010 33:676-682;

Показания для проведения теста после 28 недель (до 32 недели)-являются УЗ –признаки диабетической фетопатии

- Отек и утолщение подкожно – жирового слоя
- Утолщение шейной складки
- Впервые выявленное или нарастающее многоводие (при исключении других причин многоводия)

IADPSG Consensus Panel

Corresponding author: Boyd E. Metzger

International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Recommendations on the Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Pregnancy

Diabetes Care March 2010 33:676-682;

Показания для проведения теста после 28 недель (до 32 недели)

- соотношение ОЖ и БПР головки ≥ 1 см
- крупный плод (размеры живота ≥ 75 перцентиля)
- гепато – спленомегалия
- Кардиомегалия\кардиопатия
- Двухконтурность головки плода

IADPSG Consensus Panel

Corresponding author: Boyd E. Metzger

International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Recommendations on the Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Pregnancy

Diabetes Care March 2010 33:676-682;

Ведение и лечение пациенток с ГСД

- Диетотерапия
- Ежедневный самоконтроль гликемии (не менее 7 раз в сутки: натощак и через 1 час после приема пищи). Самоконтроль проводится портативным глюкометром.
- Консультация эндокринолога

IADPSG Consensus Panel

Corresponding author: Boyd E. Metzger

International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Recommendations on the Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Pregnancy

Diabetes Care March 2010 33:676-682;

Показания к инсулинотерапии

- Наличие двух или более аномальных значений гликемии в течении недели самоконтроля
- Признаки диабетической фетопатии по данным экспертного УЗИ

IADPSG Consensus Panel

Corresponding author: Boyd E. Metzger

International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Recommendations on the Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Pregnancy

Diabetes Care March 2010 33:676-682;

Тактика при ГСД

• КОМПЕНСАЦИЯ

- плановая госпитализация для родоразрешения в 39 – 40 недель беременности;
- оптимальный срок родоразрешения: 39 - 40 недель беременности;
- оптимальный метод родоразрешения – роды через естественные родовые пути

• ДЕКОМПЕНСАЦИЯ

- УЗ – признаки диабетической фетопатии являются показанием для госпитализации для преиндукции родов

Ведение пациентов с ГСД в послеродовом периоде

- **Инсулинотерапия не является противопоказанием для кормления грудью.**
- Самоконтроль гликемии (натощак, перед основными приемами пищи) в течение первых трех суток
- Целевые уровни гликемии в цельной капиллярной крови:
 - натощак, перед едой, перед сном: **4,0 - 6,0 ммоль\л;**
 - через 2 часа после еды: **6,0 – 7,8 ммоль\л;**

Ведение пациентов с ГСД в послеродовом периоде

- Всем пациенткам с ГСД через 6 – 12 недель после родов показано повторное тестирование (проведение ОГТТ с 75 граммами глюкозы), с целью уточнения степени нарушения углеводного обмена (критерии ВОЗ, 1999)

**БЕРЕМЕННОСТЬ У
ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ**

СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ДИАБЕТА У БЕРЕМЕННЫХ

- **Легкая форма** – уровень сахара в крови натощак не превышает 6,66 ммоль/л, отсутствует кетоз. Нормализация гипергликемии достигается диетой.
- **Диабет средней тяжести** - уровень сахара в крови натощак не превышает 12,21 ммоль/л, кетоз отсутствует или устраняется при соблюдении диеты.
- **При тяжелом диабете** уровень сахара в крови натощак превышает 12,21 ммоль/л, наблюдается тенденция к развитию кетоза. Нередко отмечаются сосудистые поражения - ангиопатии (артериальная гипертония, ишемическая болезнь миокарда, трофические язвы голеней), ретинопатии, нефропатия (диабетический нефроангиосклероз).

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИАБЕТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- **10-22 н.г.** - Наблюдается улучшение компенсации диабета, что может сопровождаться гипогликемическими комами. Возникает необходимость уменьшения дозы инсулина на 1/3.
- **24-28 н.г.** - Наступает понижение толерантности к глюкозе, что нередко проявляется прекоматозным состоянием или ацидозом, в связи с чем необходимо увеличение дозы инсулина.
- **Роды, послеродовой период** - В процессе родов имеется опасность возникновения метаболического ацидоза. Сразу после родов толерантность к глюкозе повышается. В период лактации потребность в инсулине ниже, чем до беременности.

Течение беременности при сахарном диабете

- Наиболее частыми осложнениями являются самопроизвольное преждевременное прерывание беременности, поздние гестозы, многоводие, воспалительные заболевания мочевыводящих путей.
- Частота самопроизвольного прерывания беременности колеблется от 15 до 31%, чаще наблюдаются поздние выкидыши в сроки 20-27 недель. Частота позднего гестоза составляет 30-50%

Течение беременности и родов при сахарном диабете

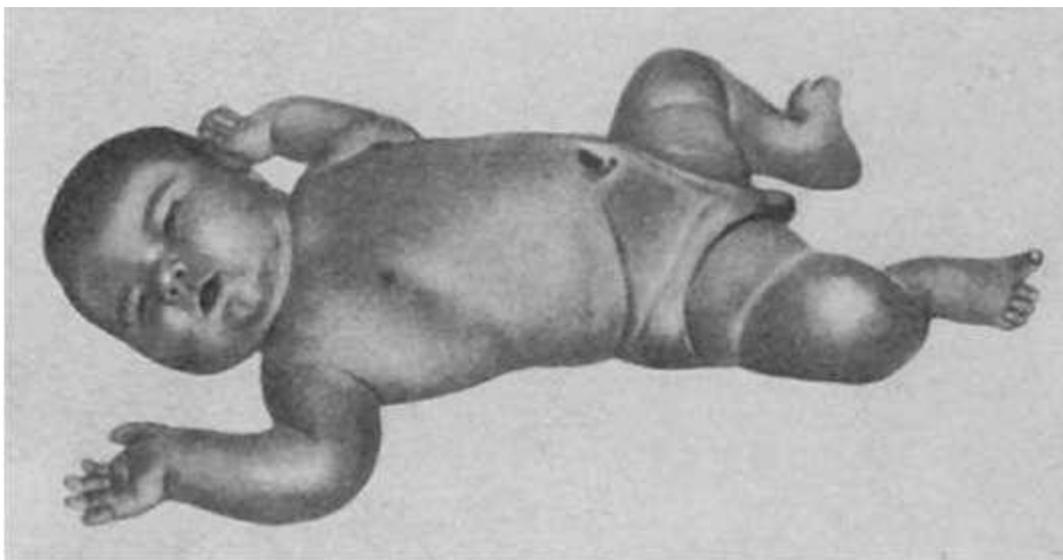
- Специфическим осложнением беременности при сахарном диабете является многоводие, которое наблюдается в 20-30% случаев.
- Акушерские осложнения : слабость родовых сил, асфиксия плода, клинически узкий таз, дистоция плечиков плода, травматизм матери и плода.

Особенности новорожденных

- Характерной особенностью является большая масса тела при рождении, не соответствующая сроку внутриутробного развития, и внешний кушингоидный облик, за счет увеличения массы жировой ткани.
- Имеются изменения внутренних органов: гипертрофия островков поджелудочной железы, увеличение размеров сердца, уменьшение веса мозга и зубной железы.
- В функциональном отношении новорожденные отличаются незрелостью органов и систем.

Особенности новорожденных

- У новорожденных отмечается выраженный метаболический ацидоз в сочетании с гипогликемией.
- Часто наблюдаются респираторные расстройства, высокая перинатальная смертность - до 5-10%.
- Частота врожденных аномалий составляет 6-8%. Чаще всего наблюдаются пороки развития сердечно-сосудистой и центральной нервной системы, пороки костной системы. Недоразвитие нижней части туловища и конечностей (синдром каудальной регрессии) встречается только при сахарном диабете.



**Диабетическая
фетопатия**

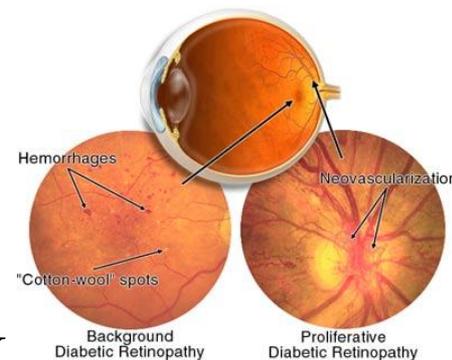


**Синдром каудальной
регрессии
(сиреномелия)**

- Врачебная тактика при ведении беременных при сахарном диабете должна основываться на следующих положениях. Прегравидарная подготовка заключается в полной компенсации диабета, назначении диеты и инсулинотерапии ; профилактика и терапия осложнений беременности; рациональный выбор срока и способа родоразрешения, специализированный уход за новорожденным.

Противопоказаниями для продолжения беременности являются:

- 1) наличие сахарного диабета у обоих родителей;
- 2) инсулинорезистентный диабет с склонностью к кетоацидозу;
- 3) ювенильный диабет, осложненный ангиопатией;
- 4) сочетание сахарного диабета и активного туберкулеза;
- 5) сочетание сахарного диабета и резус-конфликта.



**Минимальная перинатальная смертность
и заболеваемость детей наблюдаются в
группе беременных, у которых в
результате компенсации диабета
суточные колебания сахара в крови не
превышали 5,55-8,325 ммоль/л**

Учитывая изменчивость потребности в инсулине в течение беременности, необходимо госпитализировать беременных не менее 3 раз:

- При первом обращении к врачу,
- В 20-24 нед беременности, когда наиболее часто меняется потребность в инсулине,
- В 32-36 нед, когда нередко присоединяется поздний гестоз беременных и требуется тщательный контроль за состоянием плода.

ПРИНЦИПЫ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

- Донашивание беременности допустимо при неосложненном течении ее и отсутствии признаков страдания плода
- Большинство клиницистов полагают необходимым досрочное родоразрешение, оптимальными считаются сроки от 35-й до 38-й недели. Выбор метода родоразрешения должен быть индивидуальным с учетом состояния матери, плода и акушерского анамнеза

ПРИНЦИПЫ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

- При ведении родов через естественные родовые пути необходимо учитывать крупные размеры плода, в результате чего пропорция между размерами таза матери, головки и плечиков плода нарушена и возникают затруднения при выведении плечиков.
- Частое осложнение родов первичной и вторичной слабостью родовых сил требует своевременной коррекции.
- Следует обратить внимание, что у женщин с длительным течением диабета довольно часто встречается поперечно-суженный таз.

ПРИНЦИПЫ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

- Частота операции кесарева сечения у больных сахарным диабетом достигает до 50%.
- В родах и при операции кесарева сечения продолжается инсулинотерапия. В связи с лабильностью обменных процессов необходимо использовать простой инсулин под контролем определения сахара в крови каждые 4-5 часов.

ИНСУЛИНОВАЯ ПОМПА

- Введение малых доз инсулина (0,1-0,05 Ед)
 - Отсутствие депо инсулина в подкожной клетчатке
- Предсказуемая фармакодинамика препарата
- Возможность приостанавливать введение инсулина при развитии гипогликемического состояния
 - Введение переменных болюсов



Критическое состояние

- Позднее обращение
- Позднее выявление
- Отсроченное лечение (терапия)
- Недооценка тяжести состояния
- Неполный обзор анамнеза

Неадекватная помощь

Позднее обращение

Позднее выявление

Отсроченное лечение

Неадекватная помощь



Вопросы профилактики:

- Регионализация медицинской помощи
- Маршрутизация пациенток
- Трехуровневая система оказания помощи
- Прегравидарная/перигравидарная подготовка
- Реабилитация
- Планирование беременности (контрацепция)



Благодарю за внимание!