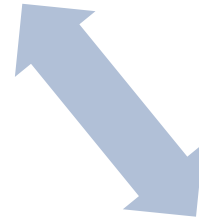
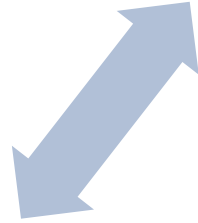


**Терапия
глазами
акушера**

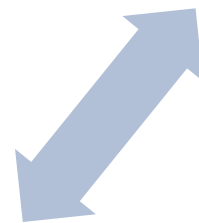
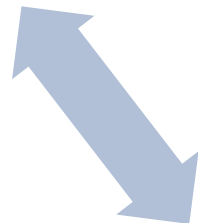
и не только...

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ ЭКЗ**



БЕРЕМЕННОСТЬ

**ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ**



**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭГЗ НА
ФОНЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

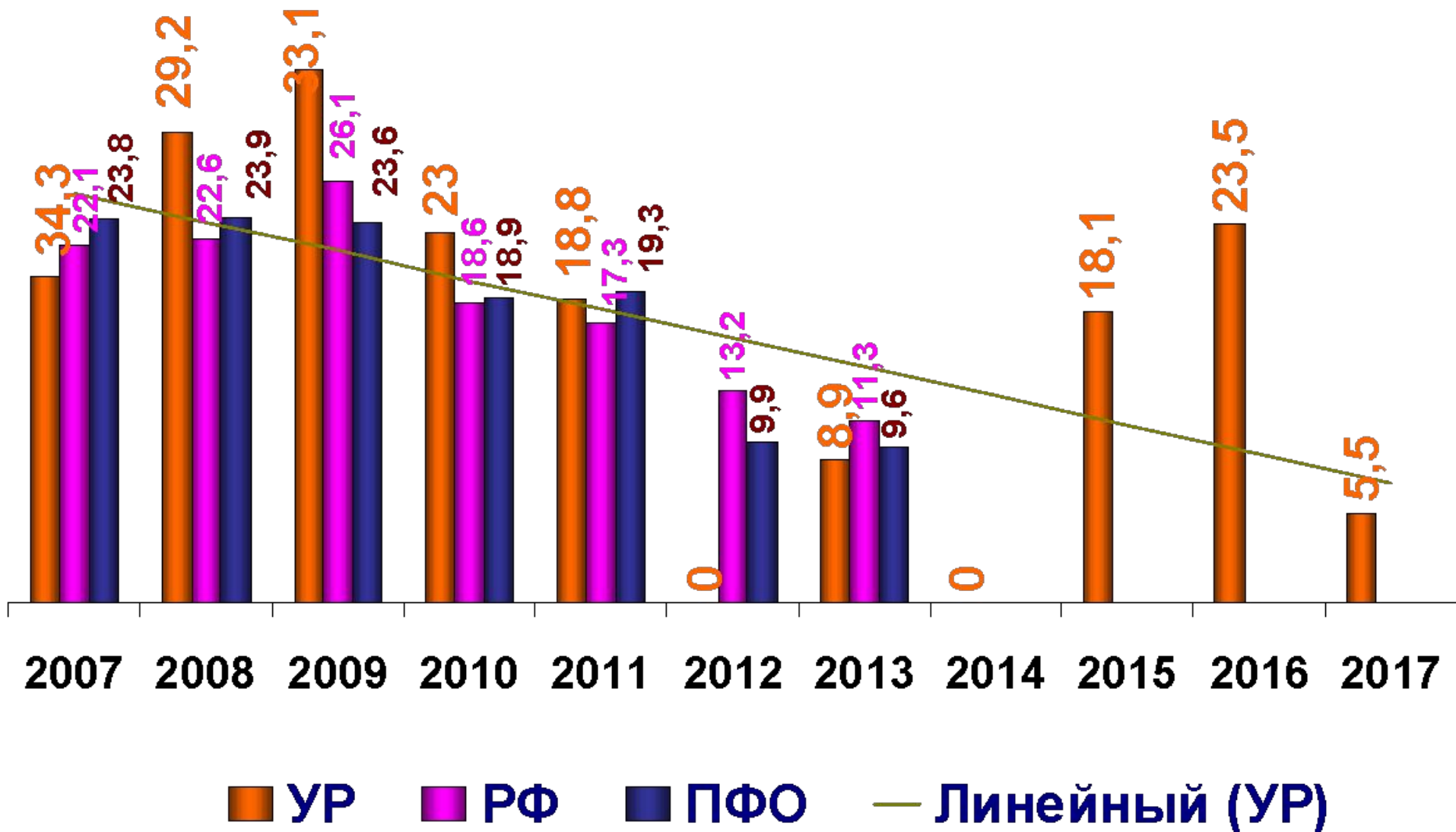
Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572н Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»

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)

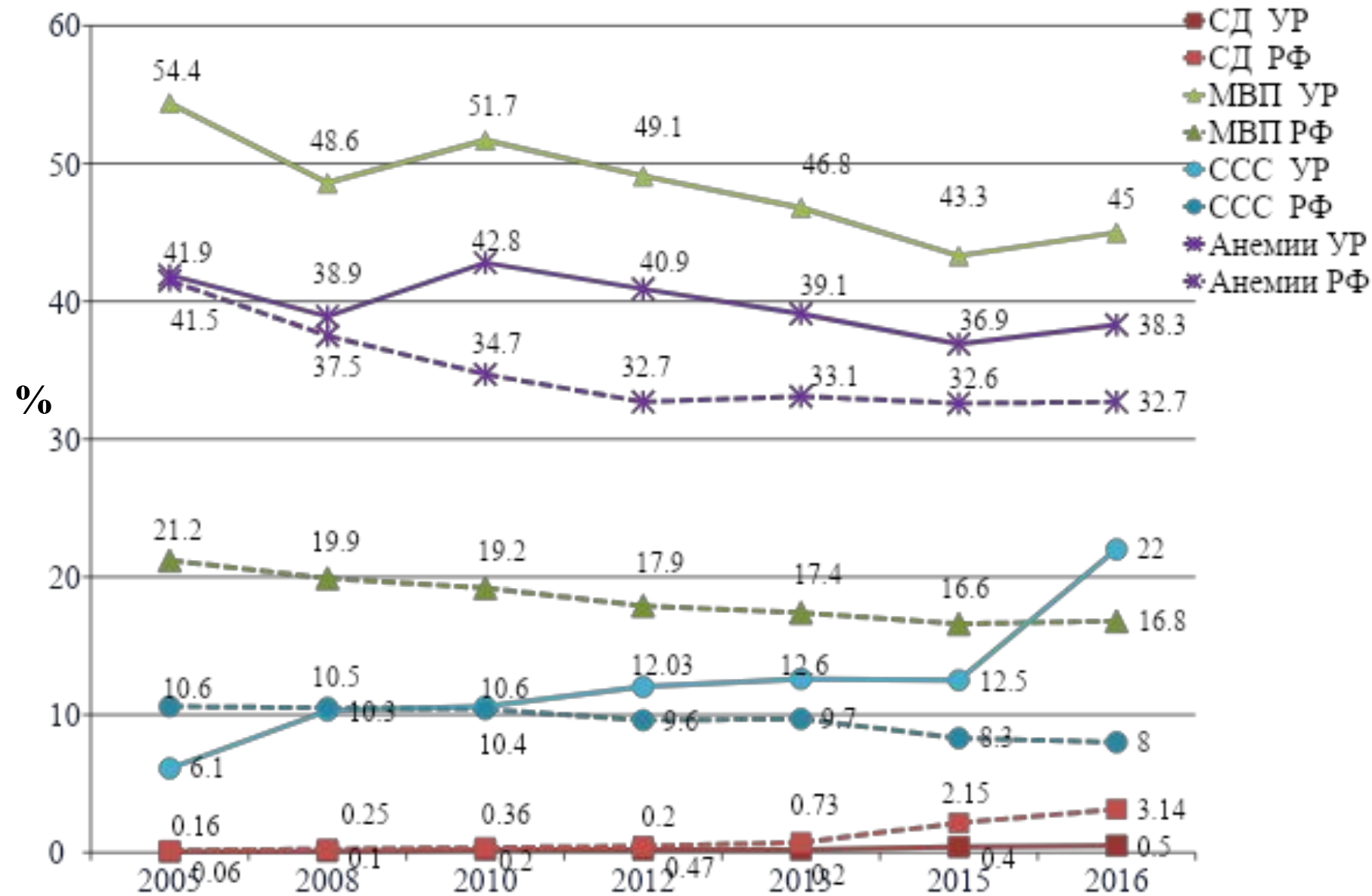
Кома.

Структура материнской смертности

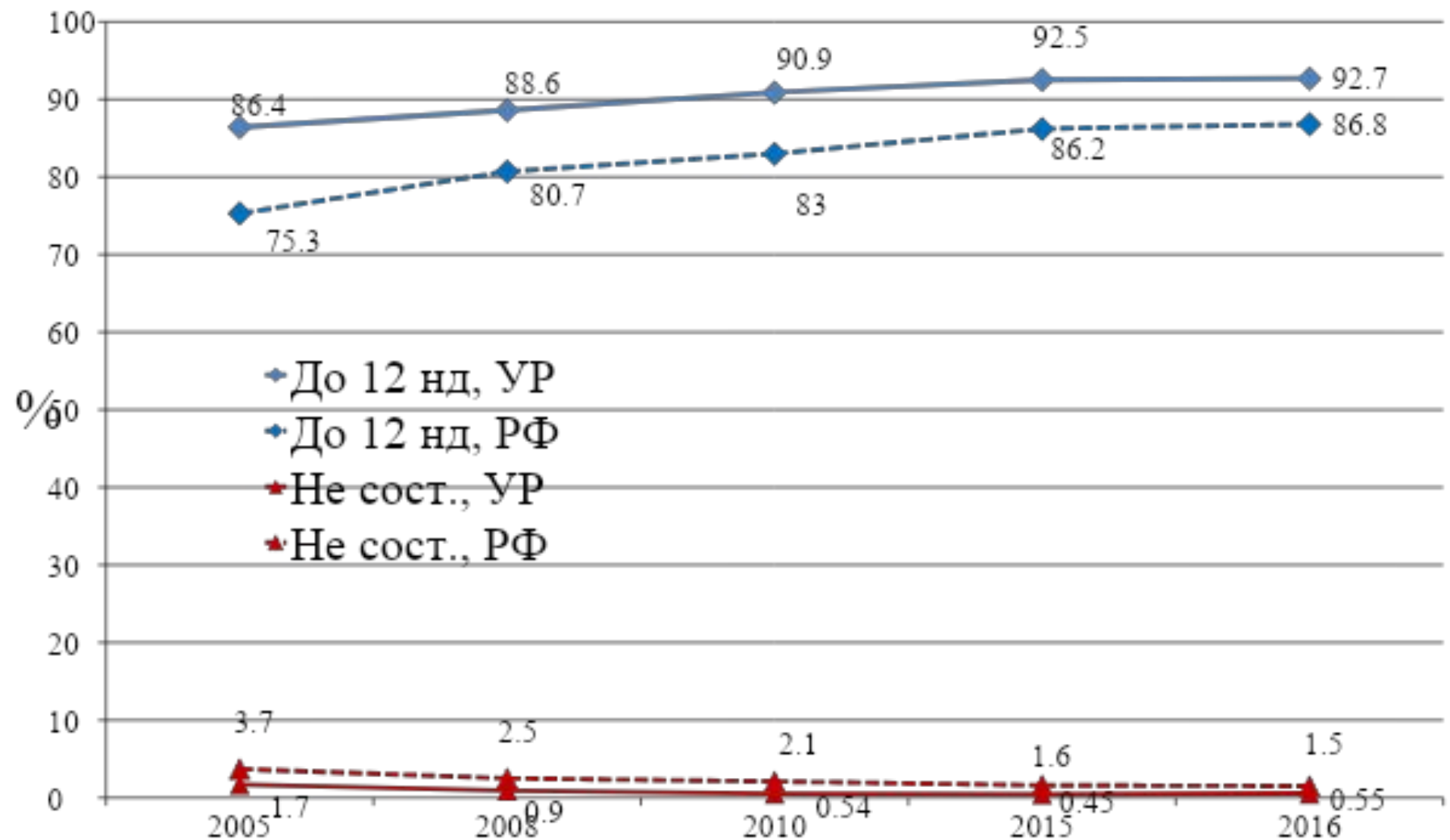


Коморбидность (с лат. — «со» — вместе + «morbus» — болезнь) наличие нескольких хронических заболеваний, связанных между собой единым патогенетическим механизмом)

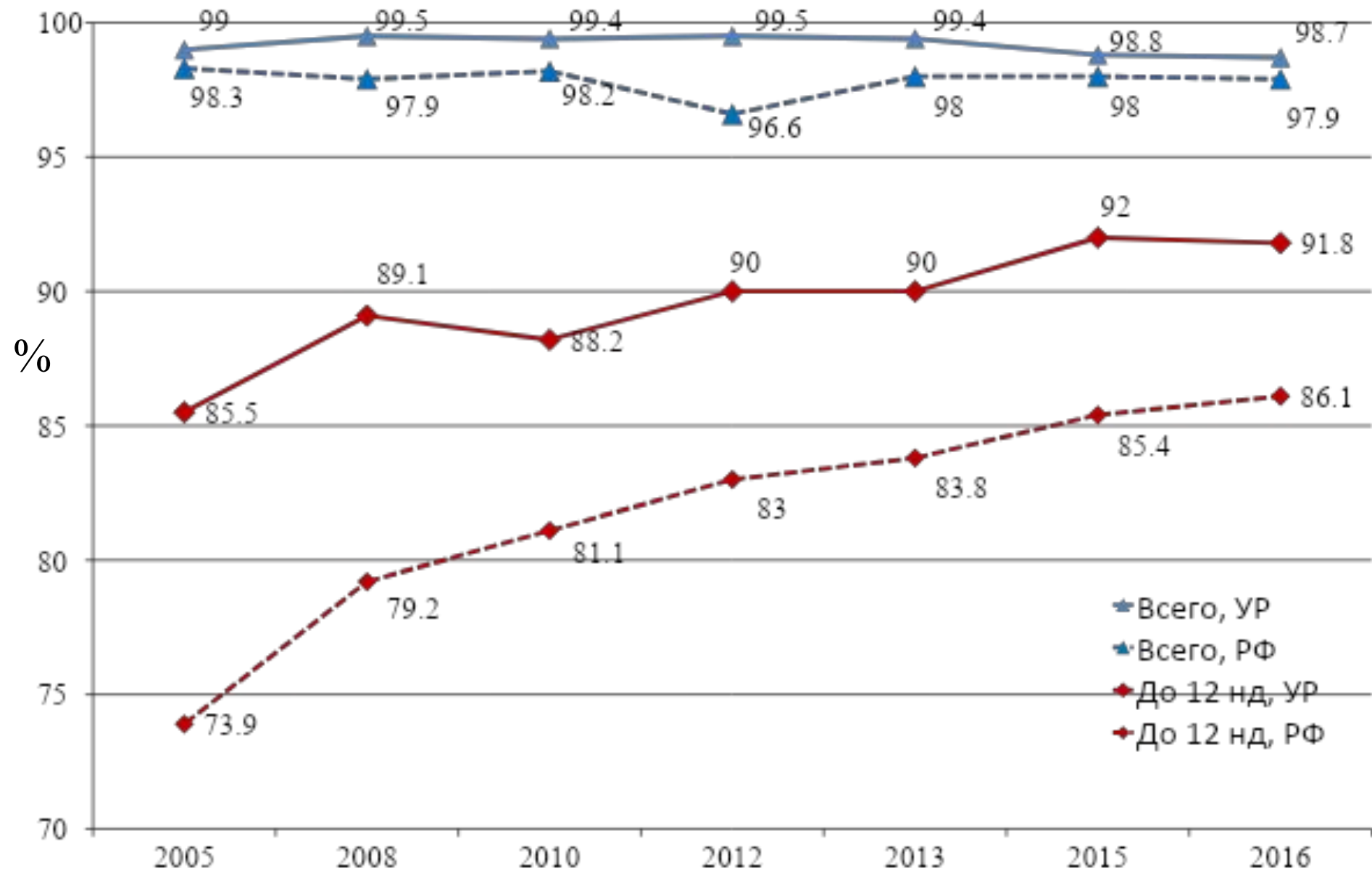
Экстрагенитальные заболевания (УР)



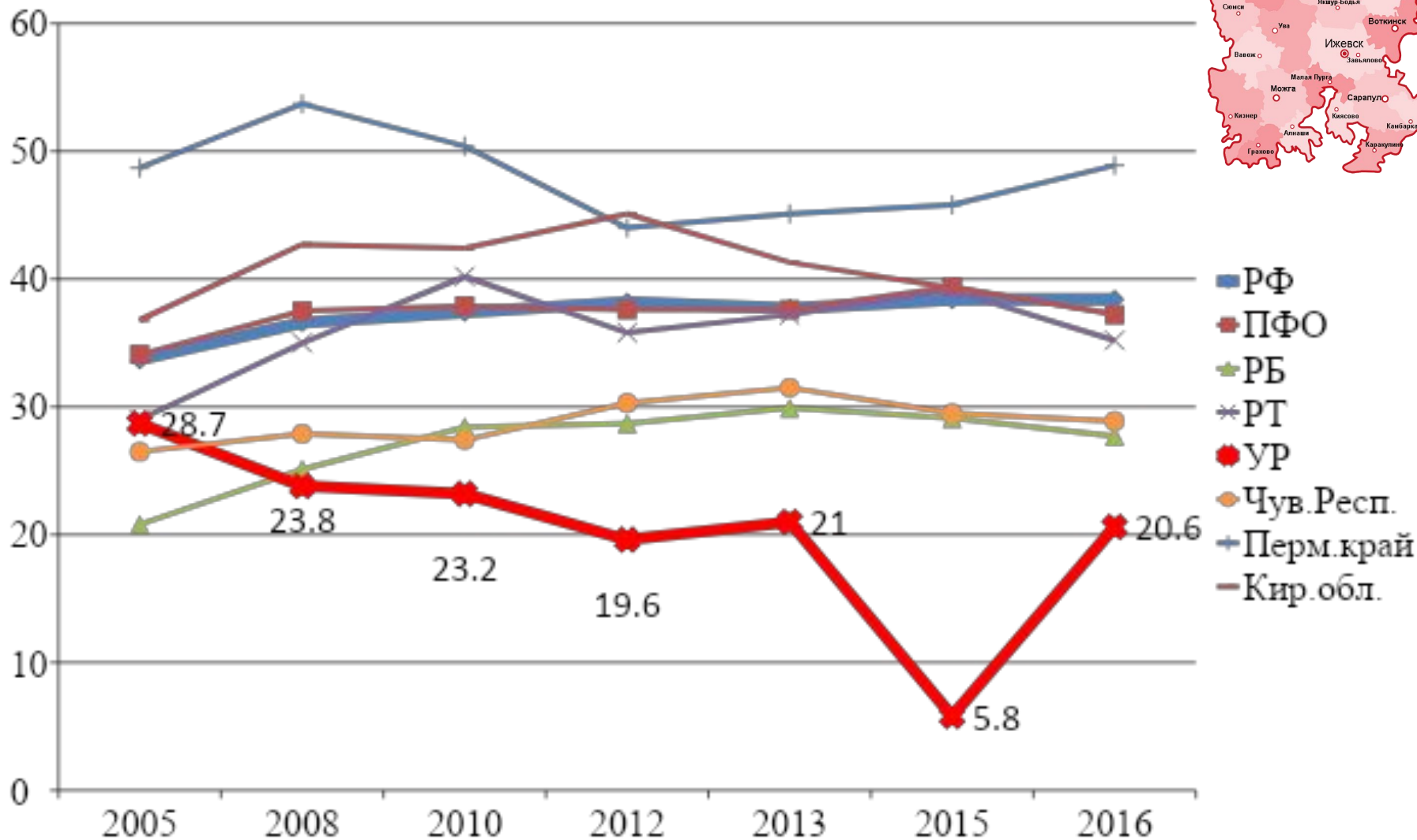
Деятельность женских консультаций



Осмотр беременных женщин терапевтом



Доля нормальных родов (%)



СТЕПЕНИ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

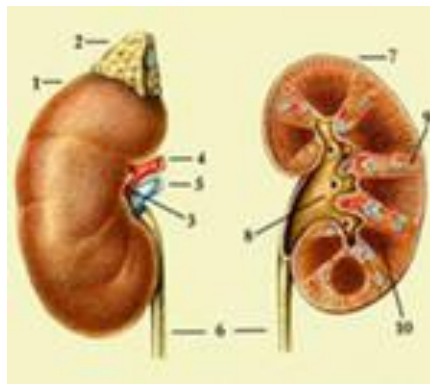
- I степень – минимальная: осложнения беременности возникают не более, чем у 20% женщин, беременность ухудшает течение заболевания менее, чем у 20% больных
- II степень – выраженная: экстрагенитальные заболевания часто (в 20-50% случаев) вызывают осложнения беременности гестозом, самопроизвольным абортом, 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**

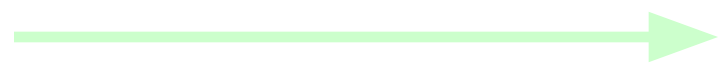
**БЕССИМПТОМНАЯ
БАКТЕРИУРИЯ –**

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

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



**ГЕМАТОГЕННЫЙ
ВОСХОДЯЩИЙ ПУТИ**

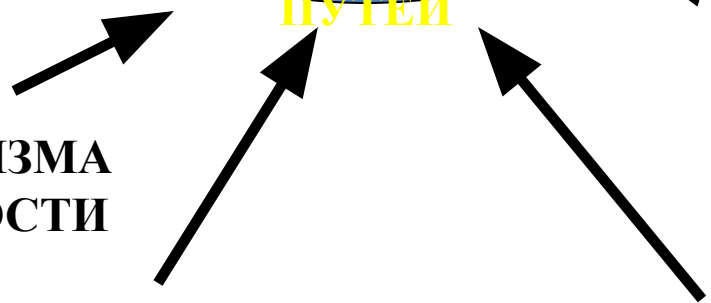


**ГОРМОНАЛЬНАЯ
ПЕРЕСТРОЙКА ОРГАНИЗМА
ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

**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

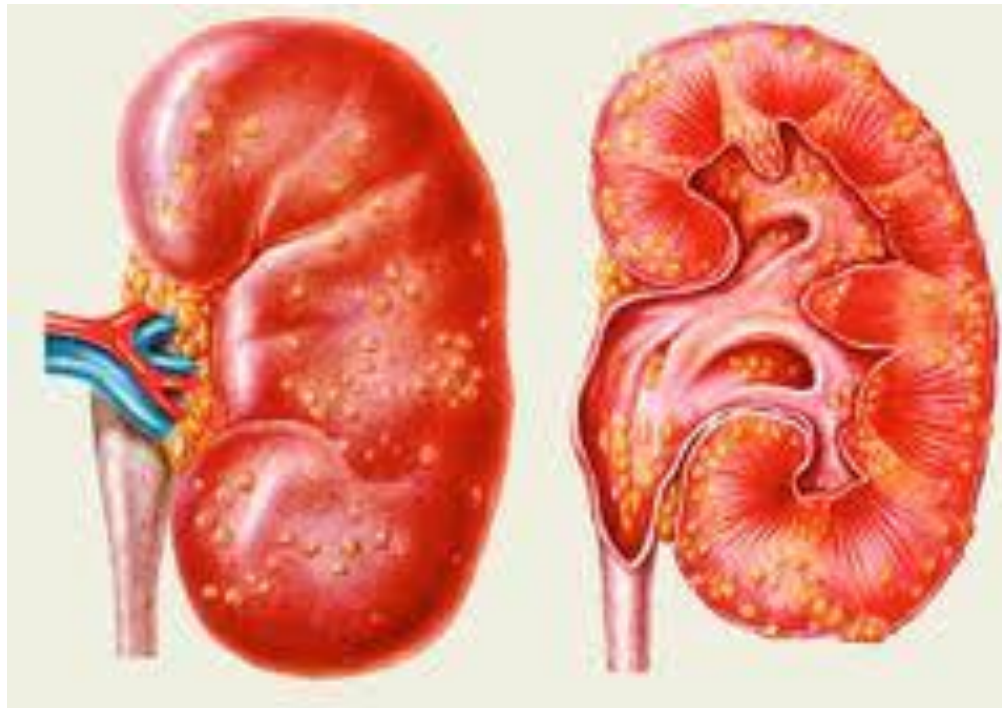
- Ультразвуковое сканирование:
- ***Острый пиелонефрит.*** Эхографические изменения появляются лишь при выраженных макроструктурных изменениях в почке: отмечается увеличение почки, с преимущественным увеличением передне-заднего размера, утолщение и диффузное снижение эхогенности паренхимы.



- 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, фитолизин*).
- *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.
- *Фитолизин* 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.

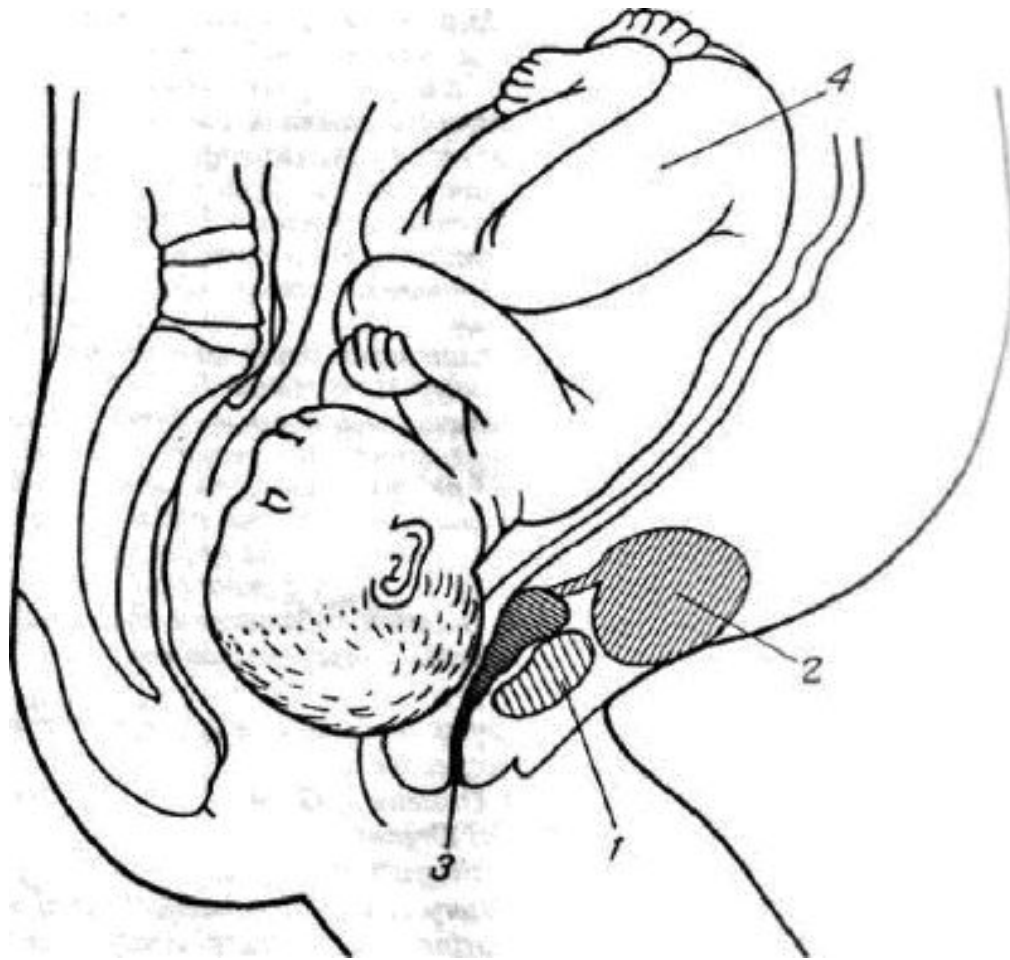
ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

- 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

ЭРИТРОЦИТАРНЫЕ ИНДЕКСЫ

MCV
MCH
MCHC
RDW

Анализаторы
биохимические

2.ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБМЕНА ЖЕЛЕЗА

ТРАНСПОРТНЫЕ

- ЖЕЛЕЗО (СЖ)
- ТРАНСФЕРРИН
- КОЭФИЦИЕНТ
НАСЫЩЕНИЯ

ТРАНСФЕРРИНА
ЖЕЛЕЗОМ

(КНТ)

Наборы
реагентов диагностических
для клинической биохимии

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 сукциниллат	15 мл/ 40 мг	Р-р для приема внутри во флак.	1-2 флакона
Ферлатум Фол ITALFARMACO, Италия	Протеин сукциниллат	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)/ Элементарного 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

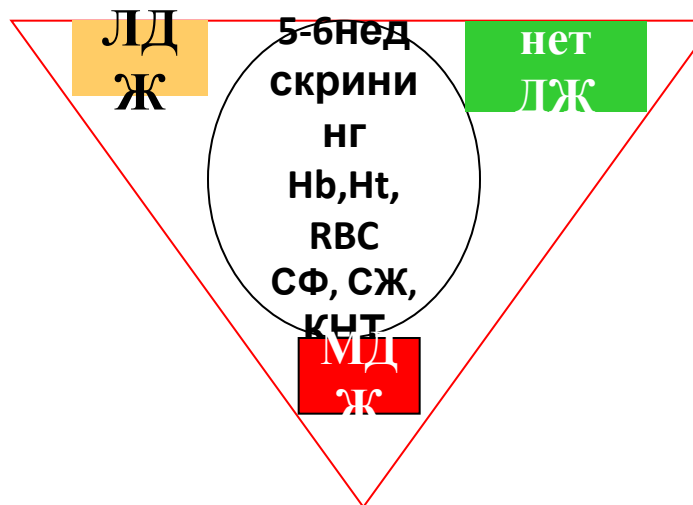
1. ПРОФИЛАКТИКА МДЖ У БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ

- 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

$Hb \geq 127$

г/л

$RBC \geq 3,9$

$HT \geq 37,5\%$

СФ

$>40\text{мкг/л}$

$KHT \geq 20$

%

СЖ

$\geq 13, \text{ ПД} / \text{л}$

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

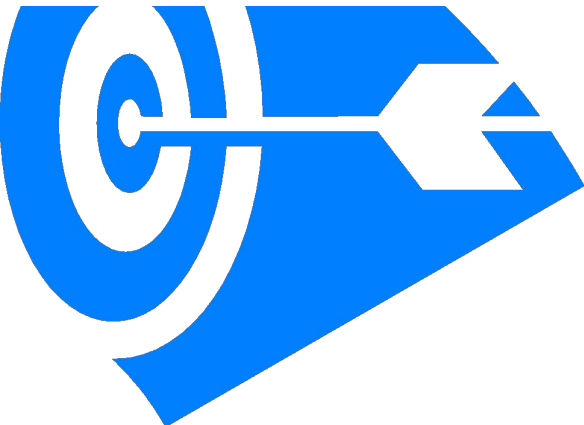
20-30мкг/л

ПРОФИЛАКТИКА

**МАНИФЕСТНОГО
ДЖ (ЖДА)**

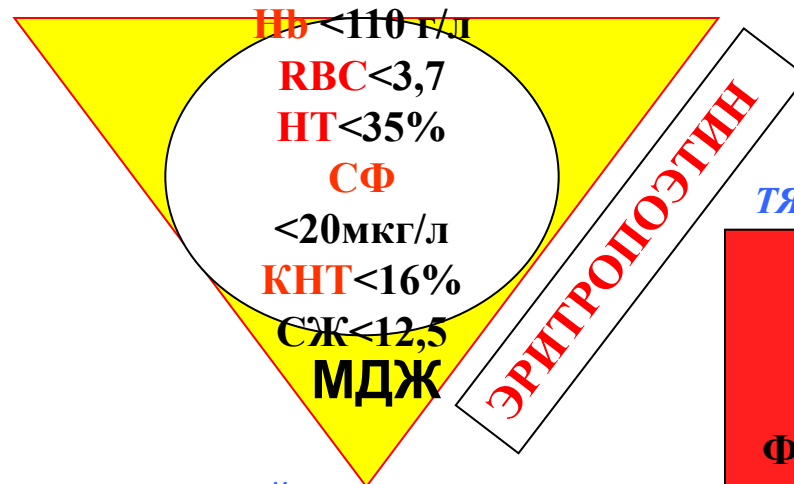
Алгоритм профилактики и лечения ЖДС у беременных

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

натошак

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

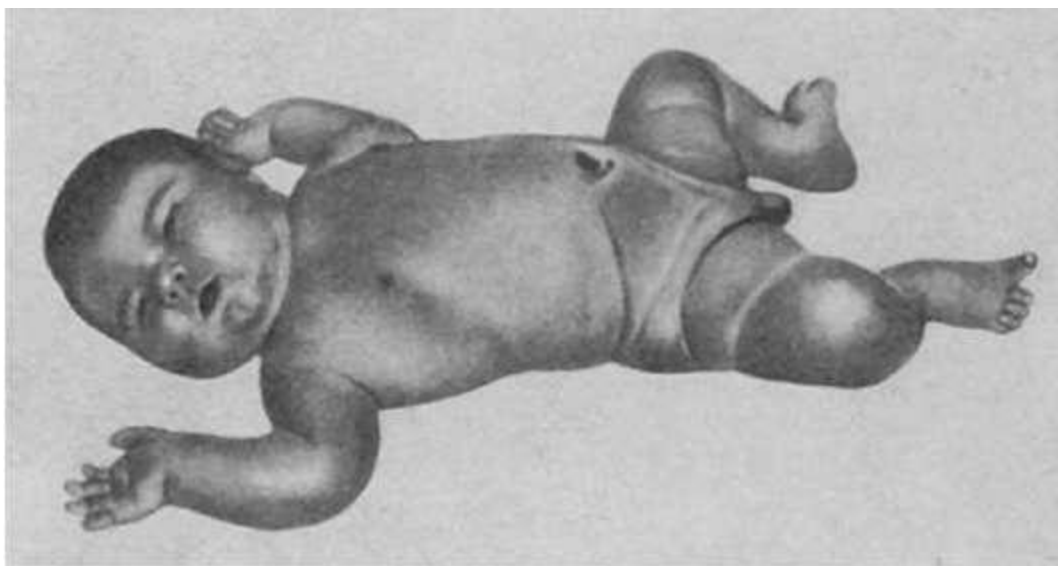
- Специфическим осложнением беременности при сахарном диабете является многоводие, которое наблюдается в 20-30% случаев.
- Акушерские осложнения : слабость родовых сил, асфиксия плода, клинически узкий таз, дистоция плечиков плода, травматизм матери и плода.

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**

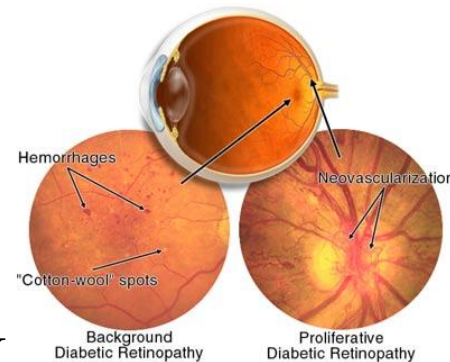


**Синдром каудальной
регрессии
(сиреномелия)**

- 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!