



Преждевременные роды, реальность, превенция.

Главная акушерка
ГАУЗ «Республиканский
перинатальный
центр МЗ РБ»
С.Ф.Иванова

2021г.

**25 декабря 2018 года подписан Федеральный закон от 25.12.2018
№ 489-ФЗ "О внесении изменений в статью 40 Федерального
закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской
Федерации" и Федеральный закон "Об основах охраны здоровья
граждан в Российской Федерации" по вопросам клинических
рекомендаций»**



С 01 января 2019 года абсолютно все клинические рекомендации, ранее утвержденные во всех областях медицины, **становятся ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ** к применению

Стандарты медицинской помощи исключены из системы контроля качества медпомощи, они будут выполнять медико-экономическую функцию. Закреплено, что стандарты разрабатываются на основе КР.

Во главу угла ставятся КР как основа всей системы управления качеством медицинской помощи.

Нормативная документация




МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздрав России)

ПРИКАЗ
20 октября 2020 г. № *1130 н*
Москва

Об утверждении
Порядка оказания медицинской помощи
по профилю «акушерство и гинекология»

В соответствии с пунктом 11 части 2 статьи 14 и пунктом 2 части 1 статьи 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2019, № 52, ст. 7770) приказываю:

1. Утвердить:

Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» согласно приложению № 1;
форму индивидуальной медицинской карты беременной и родильницы (форма № 111/у-20) согласно приложению № 2;
форму обменной карты беременной, роженицы и родильницы (форма № 113/у-20) согласно приложению № 3;
форму медицинской карты беременной, роженицы и родильницы, получающей медицинскую помощь в стационарных условиях (форма № 096/у-20), согласно приложению № 4;
форму карты пациента гинекологического профиля (вкладыш в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях) согласно приложению № 5;
форму карты пациента дневного стационара акушерско-гинекологического профиля (вкладыш в карту стационарного больного) согласно приложению № 6;
форму карты пациента гинекологического отделения стационара (вкладыш в карту стационарного больного) согласно приложению № 7;
форму карты пациента при искусственном прерывании беременности медикаментозным методом (вкладыш в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, или в карту стационарного больного) согласно приложению № 8;


МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

Нормальная беременность

МКБ 10:Z32.1, Z33, Z34.0, Z34.8, Z35.0-Z35.9, Z36.0, Z36.3
Год утверждения (частота пересмотра):2020

ID:288
URL

Профессиональные ассоциации

• ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ)

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ


МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

Преждевременные роды

МКБ 10:O60, O60.0, O60.1, O60.2, O60.3, O47.0, O42
Год утверждения (частота пересмотра):2020

ID:KP331/1
URL

Профессиональные ассоциации

• ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ) •
Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов (АААР)

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

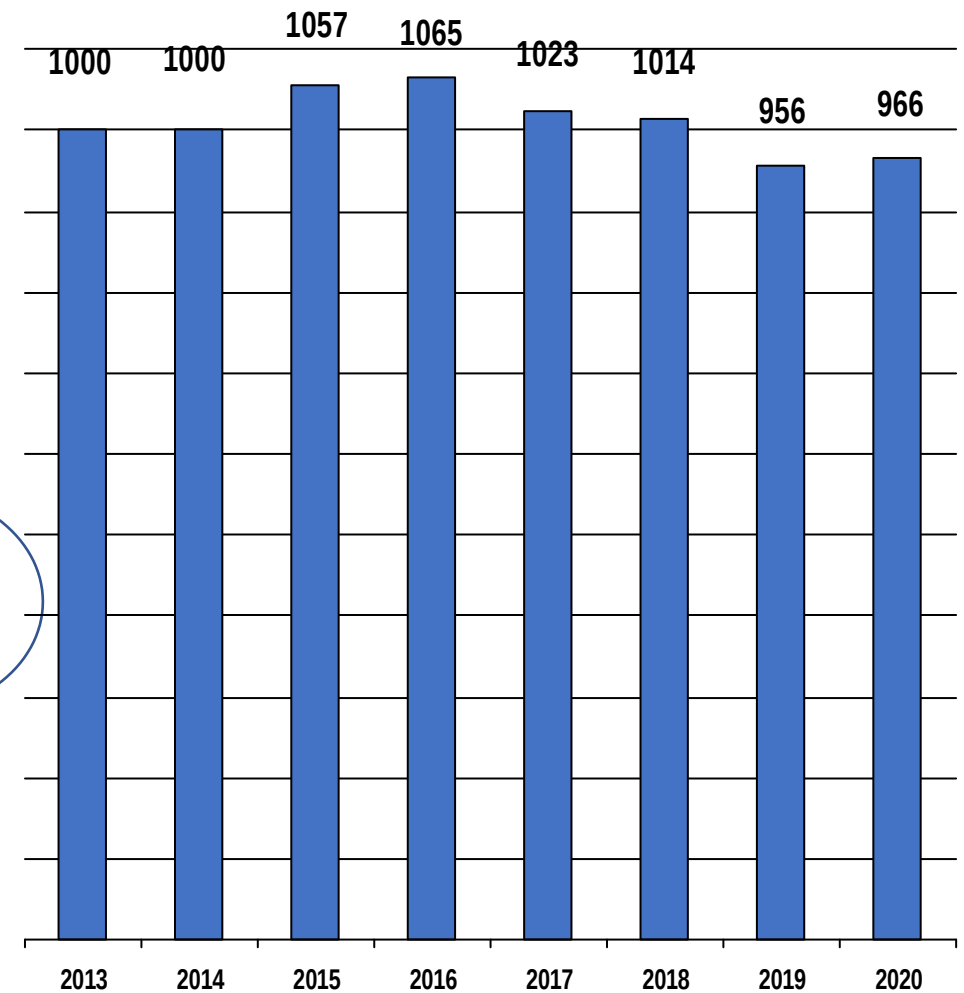


Преждевременные роды по месту
родоразрешения



Снижен
иЕПР на
1 уровне
в 1,6
раза

Преждевременные роды в РБ



За последние 20 лет во всем мире не удастся снизить частоту преждевременных родов (ВОЗ)

Вопреки усилиям научного и практического акушерства частота ПР не имеет тенденции к

снижению

% преждевременных родов на 1 уровне



Заиграевская ЦРБ- 28,5%
Прибайкальская ЦРБ- 25%
Тункинская ЦРБ- 12%

Баунтовская ЦРБ- 9,8%
Джидинская ЦРБ- 9,5%
Баргузинская ЦРБ- 12%
Кабанская ЦРБ-6,6%
Кижингинская ЦРБ-6,3%
Еравнинская ЦРБ-5,9%

5,1%

Хоринская ЦРБ- 4,6%
Северобайкальск-4,3%
Курумканская ЦРБ- 4,2%
Гусиноозерская ЦРБ- 3,7%
Мухоршибирская ЦРБ-3,4%
Бичурская ЦРБ-3%
Закаменская ЦРБ-3%
Муйская-2%
Кяхтинская ЦРБ-1,9%
Окинская-0
Иволгинская ЦРБ- 0
Нижнеангарск-0
Тарбагатайская ЦРБ-0



Преждевременные роды

- Причины неизвестны
- Диагноз эмпирический
- Методы лечения обсуждаются
- Прогноз непредсказуемый
- Затраты колоссальные



Портрет пациентки со спонтанными преждевременными родами

-худые
-курящие
-незамужем

-имевшие преждевременные роды
-есть мочеполовая инфекция



НОРМАТИВНАЯ БАЗА

- Разработан порядок организации медицинской помощи при угрожающих или начавшихся преждевременных родах для медицинских организаций I группы
- карта наблюдения при эвакуации беременных с преждевременными родами

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ

- Прогнозирование недонашивания при пренатальном скрининге в 11-14 недель
- Профилактика невынашивания и недонашивания при высоком риске

МОНИТОРИНГ И МАРШРУТИЗАЦИЯ

- Д-час
- Эвакуация при угрожающих и начавшихся родах
- Токолиз
- Аудит преждевременных родов

(Исследования Национального института здоровья детей и развития человека, США,
10 центров, 2929 женщин)

Предикторы преждевременных родов:



Относящиеся к прошлым беременностям/или перенесенным операциям

1 и более преждевременных родов

38%

1 и более поздних выкидышей

47%

2 и более медабортов

39%

Более 4 родов

41%

Конизация/ампутация шейки матки

15%



Относящиеся к данной беременности

**Низкий социально- экономический
статус**

9%

Стресс на работе и/или в семье

17%

Возраст менее 18 и более 34 лет

26%

**Многоплодная/индуцированная
беременность**

14%

Алкогольная/никотиновая интоксикация

19%

пародонтит

22%

Способствующие развитию преждевременных родов при данной беременности



Цервико- вагинальная инфекция	33%
Предлежание плаценты	6%
ПОНРП	6%
Инфекции мочевыводящих путей	13%
многоводие	4%
Преждевременное созревание плаценты	4%
Сахарный диабет тяжелый	19%
Тяжелая ЭГП	7%
гипертермия	0
Хирургические вмешательства при беременности	0
травмы	0



Беременные с риском преждевременных родов:

- - 1 и более преждевременных родов в анамнезе;
- - 1 и более поздних выкидышей в анамнезе;
- - 2 и более абортов;
- - высокий паритет > 4 родов;
- - конизация/ампутация шейки матки;
- - возраст < 18 лет или > 34 лет;
- - низкий социально-экономический статус;
- - многоплодная/индуцированная беременность;
- - алкогольная/никотиновая интоксикация;
- - инфекция (вагинит, бактериальный вагиноз, бессимптомная бактериурия, пародонтит);
- - многоводие;
- - маточные кровотечения (перманентная угроза прерывания, ПОНРП, предлежание плаценты);
- - ИЦН;
- - тяжелая экстрагенитальная патология;
- - хирургические вмешательства и травмы при настоящей беременности;
- - высокий риск недонашивания по результатам скрининга в сроке 11-13,6 недель (1/100 и менее);

Беременные данной группы, мониторируются в АКДЦ РПЦ как беременные высокого риска, для них составляется индивидуальный план ведения беременности с учетом риска преждевременных родов и проводятся меры профилактики преждевременных родов:

- скрининг и лечение бессимптомной бактериурии и вагинальной инфекции;
- по показаниям УЗ-цервикометрия с 15-16 до 24 недель беременности с кратностью 1 раз в 1-2 недели с наложением шва, установкой акушерского pessaria при ИЦН;
- назначение препаратов прогестерона.



- **Рекомендовано определить срок беременности и родов по дате последней менструации и данным ультразвукового исследования (УЗИ) при 1-м визите беременной пациентки.**
- УЗИ является более точным методом определения срока беременности и родов .
- При расчете срока родов по дате последней менструации необходимо прибавить 280 дней (40 недель) к первому дню последней менструации (при 28-дневном менструальном цикле).
- При наступлении беременности в результате ВРТ расчет срока родов должен быть сделан по дате переноса эмбрионов (дата переноса «плюс» 266 дней (38 недель) «минус» число дней, равное сроку



Сбор анамнеза должен включать следующие данные пациентки:



возраст,

наличие профессиональных вредностей,

наличие вредных привычек (курение, алкоголь, наркотические препараты),

семейный анамнез (указание на наличие у родственников 1-й линии таких заболеваний как СД, ТЭО, ГБ, психические заболевания, акушерские и перинатальные осложнения),

характер менструаций (возраст менархе, длительность и регулярность менструального цикла, продолжительность менструального кровотечения, болезненность),

акушерский анамнез (число беременностей и родов в анамнезе и их исход, наличие осложнений беременности, родов и/или аборт, весоростовые показатели и состояние здоровья рожденных детей, способ достижения беременности - самопроизвольная беременность или беременность в результате ВРТ),

перенесенные и имеющиеся гинекологические заболевания, оперативные вмешательства на органах малого таза,

перенесенные и имеющиеся соматические заболевания (в частности, детские инфекции, заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания почек, эндокринные заболевания, аллергические заболевания, ТЭО и др.),

рекомендовано провести пальпацию молочных желез при 1-м визите беременной пациентки с целью скрининга рака молочной железы. При обнаружении узловых образований молочных желез рекомендовано направить пациентку на консультацию к онкологу.



ИМТ

- вес и рост женщины должны быть определены во время первого визита для подсчета ИМТ;
- $\text{ИМТ} = \text{вес (кг)} / \text{рост (м)}^2$ в квадрате:
- большего внимания заслуживают пациентки с ИМТ, отличным от нормального, особенно с низким и ожирением.

Категория	ИМТ (кг/м ²)	Рекомендуемая прибавка массы тела	
		за всю беременность (кг)	еженедельная (кг/неделю) (во 2-м и 3-м триместре)
Недостаток массы тела	< 18,5	12,5 - 18	0,44 - 0,58
Нормальная масса тела	18,5 - 24,9	11,5 - 16	0,35 - 0,50
Избыток массы тела	25,0 - 29,9	7 - 11	0,23 - 0,33
Ожирение	≥30,0	5 - 9	0,17 - 0,27

Беременные пациентки с ожирением ($\text{ИМТ} \geq 30 \text{ кг/м}^2$) составляют группу высокого риска перинатальных осложнений: самопроизвольного выкидыша, ГСД, гипертензивных расстройств, преждевременных родов, оперативного родоразрешения, антенатальной и интранатальной гибели плода, ТЭО .

Беременные с $\text{ИМТ} \leq 20 \text{ кг/м}^2$ составляют группу высокого риска ЗРП.





Обследование

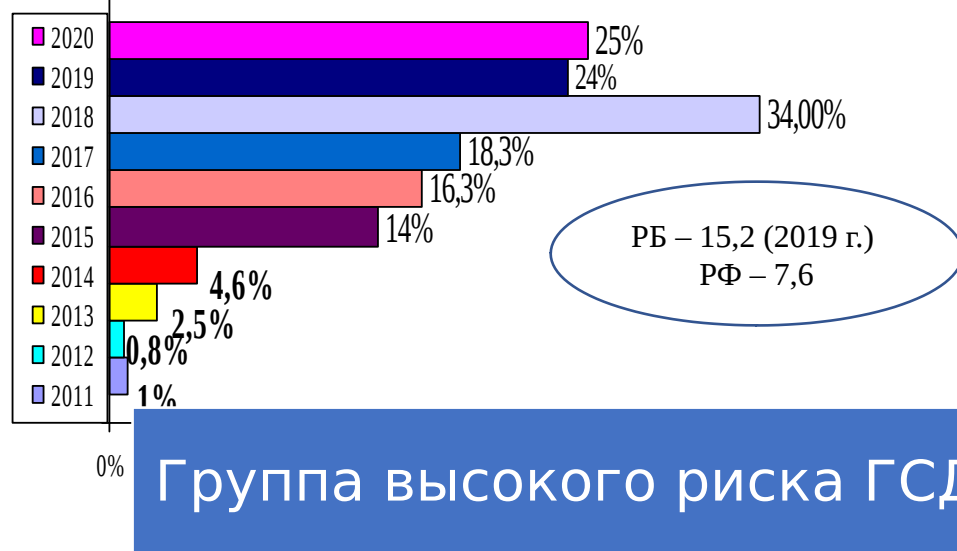
ОАК, ОАМ	- при первой явке; - при 2-м триместре; - при 3-м триместре
Исследование мочи на протеинурию	- при первой явке; - при 2-м триместре; - при 3-м триместре - после 22 недель беременности каждую явку
биохимический анализ крови (общий белок, мочеви́на, креатинин, общий билирубин, прямой билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза)	- при первой явке; - при 3-м триместре
Группа крови и резус- фактор, микробиологическое исследование средней порции мочи (на выявление бессимптомной бактериурии, так как раннее выявление бактериурии и проведение терапии снижает риск развития пиелонефрита, ПР и ЗРП)	- при первой явке;
ИФА IgM, IgG к вирусу краснухи	- при первой явке;
Коагулограмма (АЧТВ, ПТВ, фибриноген, тромбоциты)	- при первой явке; - при 3-м триместре
Кал по Като и соскоб на яйца глист (СанПиН 3.2.3215-14) при 1 явке	- при первой явке;
Мазок на микрофлору	- при первой явке; - при 3-м триместре
Цитологическое исследование мазка с поверхности шейки матки и из цервикального канала	- прошло более 3-х лет; - прошло более 1 года (ASCUS, LSIL, HSIL)

Параклиническое обследование

ИФА на иммуноглобулины класса М и G к <i>Treponema pallidum</i>	- при первой явке; - 30 недель; - 36 недель
ИФА на иммуноглобулины класса М и G и антиген р24/25 (Agp24/25) к ВИЧ	- при первой явке; - 28-30 недель; - 34-36 недель
ИФА на иммуноглобулины класса М и G к вирусу гепатита В или антиген HBS Ag	- при первой явке; - 30 недель;
ИФА на иммуноглобулины класса М и G к вирусу гепатита С или антиген HCV	- при первой явке; - 30 недель;



Частота сахарного диабета

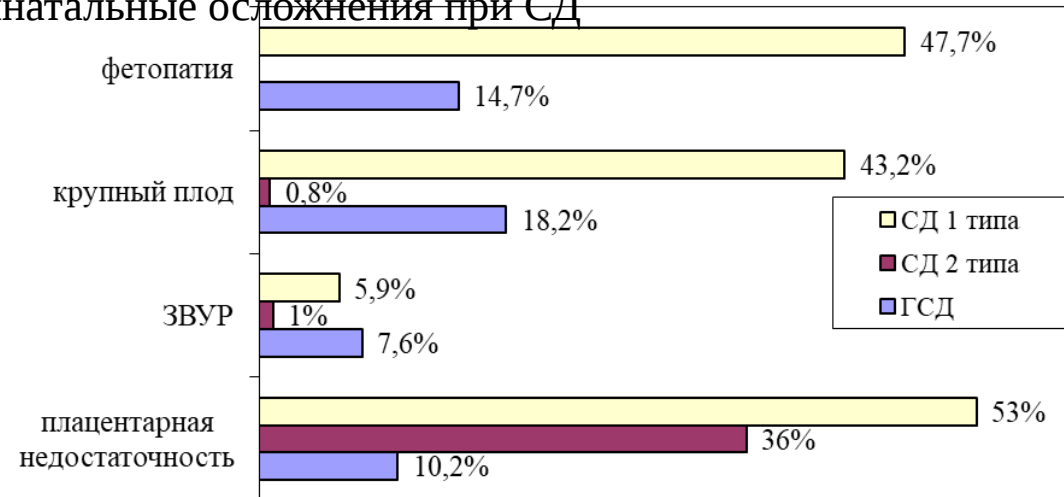


пациентки с ИМТ ≥ 30 кг/м²

в анамнезе на роды плодом с массой тела $\geq 4,5$ кг

ГСД, отягощенным по сахарному диабету семейным анамнезом

Перинатальные осложнения при СД



- рекомендовано направлять пациентку на проведение перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ) с 75 г глюкозы в 24-26 недель беременности в случае, если у нее не было выявлено нарушение углеводного обмена;
- рекомендовано направлять пациентку группы высокого риска ГСД на проведение ПГТТ с 75 г глюкозы при 1-м визите в случае, если у нее не было выявлено нарушение углеводного обмена. Уровень убедительности рекомендаций С
- рекомендовано направлять пациентку **группы высокого риска ГСД на проведение ПГТТ с 75 г глюкозы при 1-м визите** в случае, если у нее не было выявлено нарушение углеводного обмена.



Форма протокола скрининга в I триместре



Министерство здравоохранения Российской Федерации
Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии

Лаборатория диагностики, скрининг РБС и др. заболеваний ДМБС ДМБС
Биохимические маркеры сыворотки крови
Дата забора: 19.04.2014, проба 14041902 Оборудование: Delfia Xpress

Биохимические маркеры сыворотки крови

Дата забора: 19.04.2014, проба 14041902

Оборудование: Delfia Xpress

Free b-hCG (свободная бета-субъединица ХГЧ)	39,00 МЕ/л	эквивалентно 1,215 МоМ
PAPP-A (Ассоциированный с беременностью белок А)	1,350 МЕ/л	эквивалентно 0,842 МоМ
PIGF (Плацентарный фактор роста)	26,70 pg/ml	эквивалентно 1,252 МоМ

Расчет рисков

Пациентке даны все необходимые разъяснения и она подтвердила их понимание.

Доктор: Alexey Kholin, FME Id: 76997

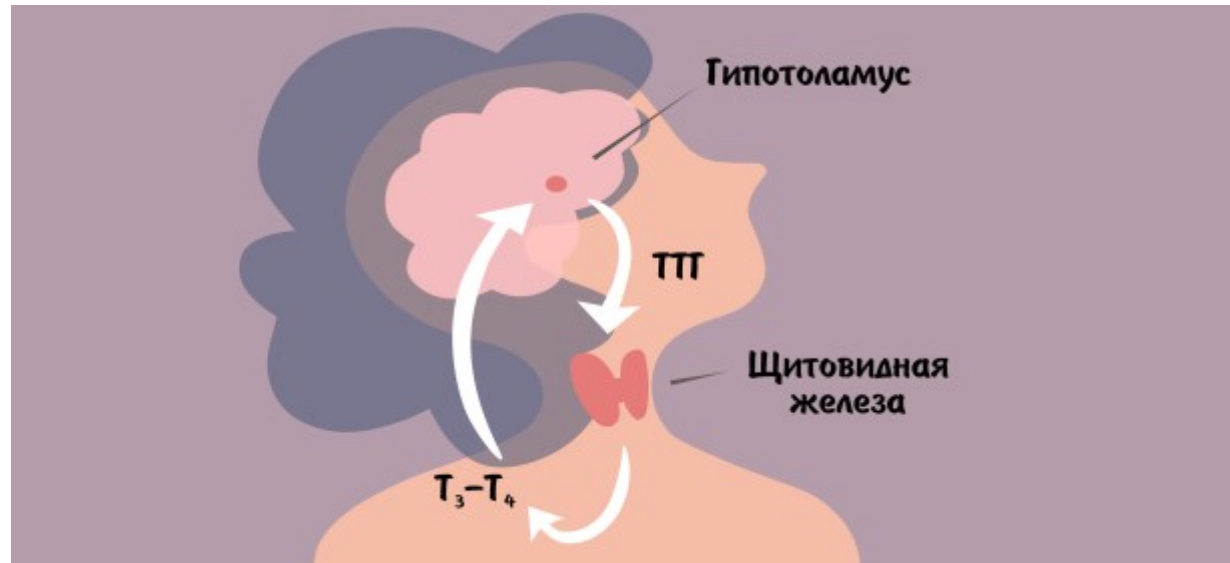
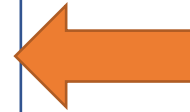
Состояние	Базовый риск	Индивидуальный риск
Трисомия 21	1: 894	1: 17876
Трисомия 18	1: 2096	<1: 20000
Трисомия 13	1: 6599	<1: 20000
Преэклампсия до 34 недель беременности		<1: 20000
Преэклампсия до 37 недель беременности		1: 3097
Преэклампсия до 42 недель беременности		1: 110
Задержка развития плода до 37 недель беременности		1: 1070
Самостоятельные роды до 34 недель беременности		1: 296



Референсное значение уровня ТТГ у беременной женщины составляет $<3,0$ МЕ/мл.

При $\text{ТТГ} \geq 3,0$ МЕ/мл беременную женщину следует направить на консультацию к врачу-эндокринологу.

Рекомендовано направлять пациентку на определение уровня ТТГ однократно при 1-м визите для раннего выявления и терапии гипотиреоза.



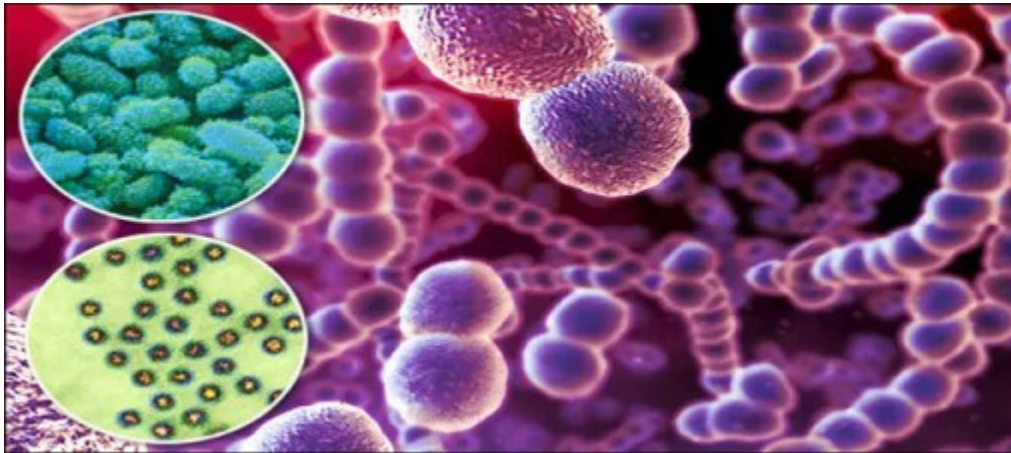


Рекомендовано направлять резус-отрицательную пациентку на определение [антирезусных антител при 1-м визите, затем при отсутствии антител в 18-20 недель беременности и в 28 недель беременности.](#)

У резус-отрицательных женщин следует определить резус-фактор мужа/партнера. При резус-отрицательной принадлежности крови мужа/партнера определение антирезусных антител не проводится. При неизвестной или резус-положительной принадлежности крови мужа/партнера беременной женщине **можно предложить неинвазивное определение резус-фактора плода по циркулирующим в крови матери внеклеточным фрагментам плодовой ДНК.**

При определении резус-отрицательной принадлежности крови у плода определение антирезусных антител в крови матери не проводится.

Не рекомендовано направлять пациентку на рутинное определение антител к группе крови I(O) во время беременности из-за отсутствия доказательной базы предикции гемолитической болезни плода по системе ABO



**Обследование на
носительство стрептококка
группы В**

и последующая терапия во время беременности приводит к уменьшению колонизации стрептококком родовых путей женщин и рождению детей с признаками внутриутробной инфекции.

Рекомендовано направлять пациентку на микробиологическое или молекулярно-биологическое исследование соскоба из цервикального канала на носительство стрептококка группы В (*S. agalactiae*) в 35-37 недель беременности.

При положительном
результате исследования
пациенткам назначается
антибиотикопрофилактик
а в родах



Беременной пациентке группы высокого риска ПЭ рекомендовано назначить пероральный прием ацетилсалициловой кислоты с 12 недель беременности до родов по 150 мг/день. Уровень убедительности рекомендаций А (

Комментарий: К группе высокого риска развития ПЭ относятся пациентки с указанием на раннюю и/или тяжелую ПЭ в анамнезе.

Беременной пациентке группы высокого риска позднего выкидыша и ПР рекомендовано назначить препараты прогестерона с 1-го визита до 34 недель беременности. Уровень убедительности рекомендаций А

Комментарий: К группе высокого риска развития позднего выкидыша и ПР относятся пациентки с указанием на наличие поздних выкидышей/ПР в анамнезе.

Беременной пациентке группы высокого риска самопроизвольного выкидыша в 1-м триместре рекомендовано назначить препараты прогестерона с 1-го визита до 20 недель беременности. Уровень убедительности рекомендаций А

Комментарии: К ГВР развития с/в в 1-м триместре относятся пациентки с указанием на привычный выкидыш в анамнезе. Назначение препаратов прогестерона пациенткам с беременностью, наступившей в результате ВРТ, производится по заключению врача акушера-гинеколога Центра ВРТ.

ASPREE trial:

effect of aspirin in prevention of preterm preeclampsia in subgroups of women according to their characteristics and medical and obstetrical history

- Комбинированный скрининг (11-13 нед): оценка клинических факторов риска, АД, PI маточных артерий, биохимические маркеры(PAPP,PLGF)
- При выявлении высокого риска $> 1/100$ аспирин 150мг в день с 11-14 нед до 36 нед
- Ранняя преэклампсия 1,6% (13 из 798)- группа аспирина vs 4,3% (35/822)- группа плацебо

Выводы:

- **Снижение риска ранней преэклампсии на 62% при приеме аспирина**
- Отсутствует снижение риска ранней преэклампсии в группе хронической артериальной гипертензии при приеме аспирина

Liona C. Poon, M.D., David Wright, Ph.D., Daniel L. Rojnik, M.D., Argyro Syngelaki, Ph.D., Juan Luis Delgado, M.D., Theodora Tsokaki, M.D., Gergo Leipold, M.D., Ranjit Akolekar, M.D., Siobhan Shearing, R.M., Luciana de Stefani, M.D., Jacques C. Jani, M.D., Walter Plasencia, M.D., Nikolaos Evangelinakis, M.D., Otilia Gonzalez-Vanegas, M.D., Nicola Persico, M.D., Kypros H. Nicolaides, M.D.

American Journal of Obstetrics and Gynecology 31 July 2017

00:09:00



в 11-13,6 недель
беременности



Проведение скрининга 1-го триместра, который включает комбинацию УЗИ толщины воротникового пространства (ТВП), исследования ХГ и РАРР-А с последующим программным расчетом индивидуального риска рождения ребенка с ХА

с 15-16 до 24 недель беременности с кратностью 1 раз в 1-2 недели (показание с/в/ПР в анамнезе)

Рекомендовано направлять беременную пациентку группы высокого риска позднего выкидыша и ПР на проведение УЗИ шейки матки (УЗ-цервикометрии)

во время 2-го УЗИ (при сроке беременности 18-20,6 недель), и в 3-м триместре беременности (при сроке беременности 30-34 недели)

Рекомендовано направлять беременную пациентку ГВР акушерских и перинатальных осложнений (ПЭ, ПР, ЗРП) на проведение ультразвуковой доплерографии маточно-плацентарного кровотока



Соответствие ВДМ сроку беременности

Срок беременности	ВДМ
20-21 нед	18-24 см
22-23 нед	21-25 см
24-25 нед	23-27 см
26-27 нед	25-28 см
28-29 нед	26-31 см
30-31 нед	29-32 см
32-33 нед	31-33 см
34-35 нед	32-33 см
36-37 нед	32-37 см
38-39 нед	35-38 см
40-42 нед	34-35 см

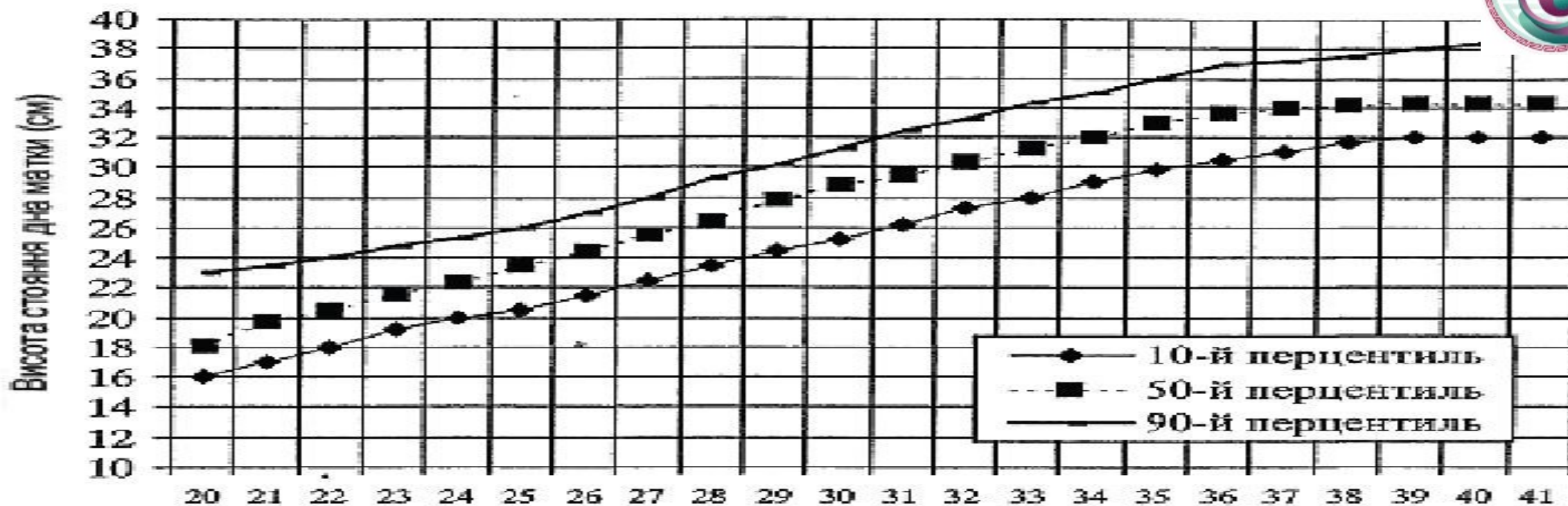
Динамическое измерение ВДМ и ОЖ при правильном проведении является скрининговым методом для выявления нарушений темпа роста плода.

В норме до 30 недель прирост ВДМ составляет 0,7-1,9см в неделю 36 недель и более 0,1-0,4см в неделю.

Отставание размеров ВДМ на 2см и более по сравнению с нормой или отсутствие прироста в течение 2-3 недель при динамическом наблюдении указывает на задержку роста плода.



Гравидограмма



Если ВДМ согласно гравидограмме ниже 10-й или выше 90-й перцентили распределения ВДМ, то необходимо проведение УЗИ для оценки развития плода и определения количества околоплодных вод.



Приказ МЗ РБ 1685-ОД от 27.11.2017г

- У всех беременных, взятых на диспансерный учёт в государственных медицинских организациях, трижды за беременность (при постановке на учёт, в 30 и 36 недель гестации) оценивается степень перинатального риска с применением шкалы перинатального риска утверждённого настоящим приказом.

ЛИСТ МАРШРУТИЗАЦИИ

- Лист маршрутизации беременной женщины на родоразрешение (оформляется в 35-36 недель и вклеивается в обменную и индивидуальную карты беременной на 1 странице)
 - Ф.И.О. беременной женщины _____
 - Женская консультация (кабинет) _____
 - (наименование медицинской организации) _____
 - Место проживания _____
 - _____
 - Лечащий врач _____
 - (Фамилия, имя, отчество) _____
 - Диагноз в 35-36 недель: _____
- _____
- Дородовая пренатальная диагностика
 - Кабинет пренатальной диагностики Дата проведения, заключение
 - УЗИ – экспертное
 - (11-14 недель)
 - Биохимический скрининг
 - (11-14 недель)
 - УЗИ экспертное
 - (19-21 неделя)
 - УЗИ + доплерометрия
 - (32 -34 недели)
- Степень риска развития осложнений: _____
 - (низкая, средняя, высокая)
- Подлежит родоразрешению в учреждении родоразрешения _____ группы,
 - (I, IIB, IIIA)
- (Указать наименование медицинской организации для родоразрешения)
- Дородовая госпитализация: показана/нет _____
 - (указать в каком сроке беременности)
- Беременная информирована об уровне медицинской организации и необходимости госпитализации Подписи пациента и членов её семьи
 - Дата направления на родоразрешение
 - Плановое
 - Экстренное
 - Дата _____
- Подпись лечащего врача (с расшифровкой) _____ (_____)
 - (Ф.И.О.)
- Подпись заведующей женской консультацией (заместителя главного врача) с расшифровкой _____ (_____)



Актография:

- Методика Cardiff: «считай до 10» с 9 ч утра до 21 ч. Если плод не сделал 10 движений до 21 ч женщина должна обратиться к врачу
- Методика Sadovsky: Подсчет шевелений плода в течение 1 ч. Если пациентка не ощути... плода в течение 2 ч должна обратиться к врачу



ВНИМАНИЕ!

ВАЖНАЯ

ИНФОРМАЦИЯ!



NB! Ухудшение шевеления плода в течение суток – тревожный симптом.

О нем необходимо сообщить будущей матери на первых приемах не позже 20-й недели.



Профилактика предикторов преждевременных родов

Неуправляемые	Управляемые
Преждевременные роды в анамнезе	<u>Курение</u>
Возраст менее 18 и более 34 лет	Алкоголизм
Тяжелая ЭГП	Недоступность антенатальной помощи
Низкий социально- экономический статус	<u>Пародонтит</u>
Конизация ампутация шейки матки	<u>Бактериурия</u>
ПОНРП Кровотечение	Генитальная инфекция
Многоплодие, многоводие	Интенсивная работа
травмы	стресс

		Факт 2020	План на 2021
1	показатель ранней постановки на учет беременности;	81,6	85%
2	% преждевременных родов;	7,8%	7,0%
3	% беременных женщин, обследованных на бессимптомную бактериурию	90%	95%
4	% беременных женщин, просанированных у стоматолога	65%	80%
5	отсутствие ВПР плода, не выявленных во время беременности;	12%	0%
6	% назначения аспирина при высоком риске преэклампсии	60%	95%
7	% концентрации преждевременных родов на 2 и 3 уровень	88%	90%

С целью снижения мертворождений при преждевременных родах необходимо:



1. информирование общественности о повышенном риске преждевременного рождения детей, зачатых с помощью ВРТ или индукции овуляции;
2. Антиникотиновые и антиалкогольные компании;
3. своевременное выявление и лечение инфекций полового тракта и мочевыводящих путей, ИППП;
4. профилактика преэклампсии.
5. Предгравидарная подготовка

Модификация образа жизни, работа, путешествия

- отказ от вредных привычек;
- полноценный сон;
- ограничение физических нагрузок;
- достаточное количество белка в пище (ПНЖК);
- нормализация веса;

