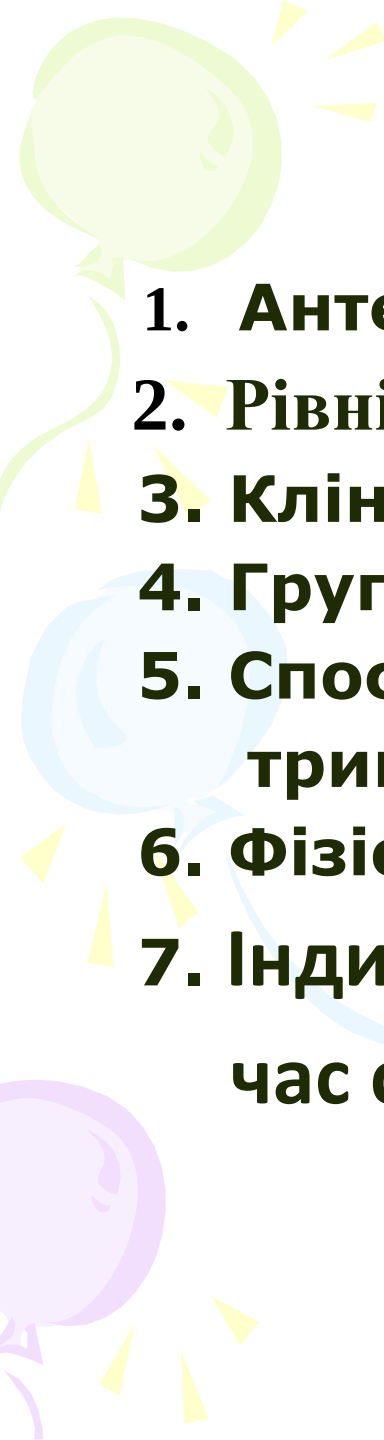


МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ  
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Для лікарів-інтернів циклу «Здоров'я жінки»  
з фаху «Загальна практика сімейна медицина»  
на кафедрі акушерства і гінекології №2

**Фізіологічна вагітність: визначення термінів і строку  
пологів, контроль за станом здоров'я жінки і плода,  
періодичні огляди і консультування. Призначення засобів  
пренатальної профілактики. Підготовка до пологів.  
Виявлення патології вагітності. Контроль хронічних  
захворювань у вагітної**

Доктор мед.наук, професор  
ЛІХАЧОВ Володимир Костянтинович



# **ПЛАН ЛЕКЦІЇ**

- 1. Антенатальна допомога**
- 2. Рівні надання антенатальної допомоги**
- 3. Клініко-лабораторне обстеження вагітних**
- 4. Групи ризику вагітних**
- 5. Спостереження за вагітністю по триместрах**
- 6. Фізіологічні зміни під час вагітності**
- 7. Індикатори якості медичної допомоги під час спостереження за вагітністю**



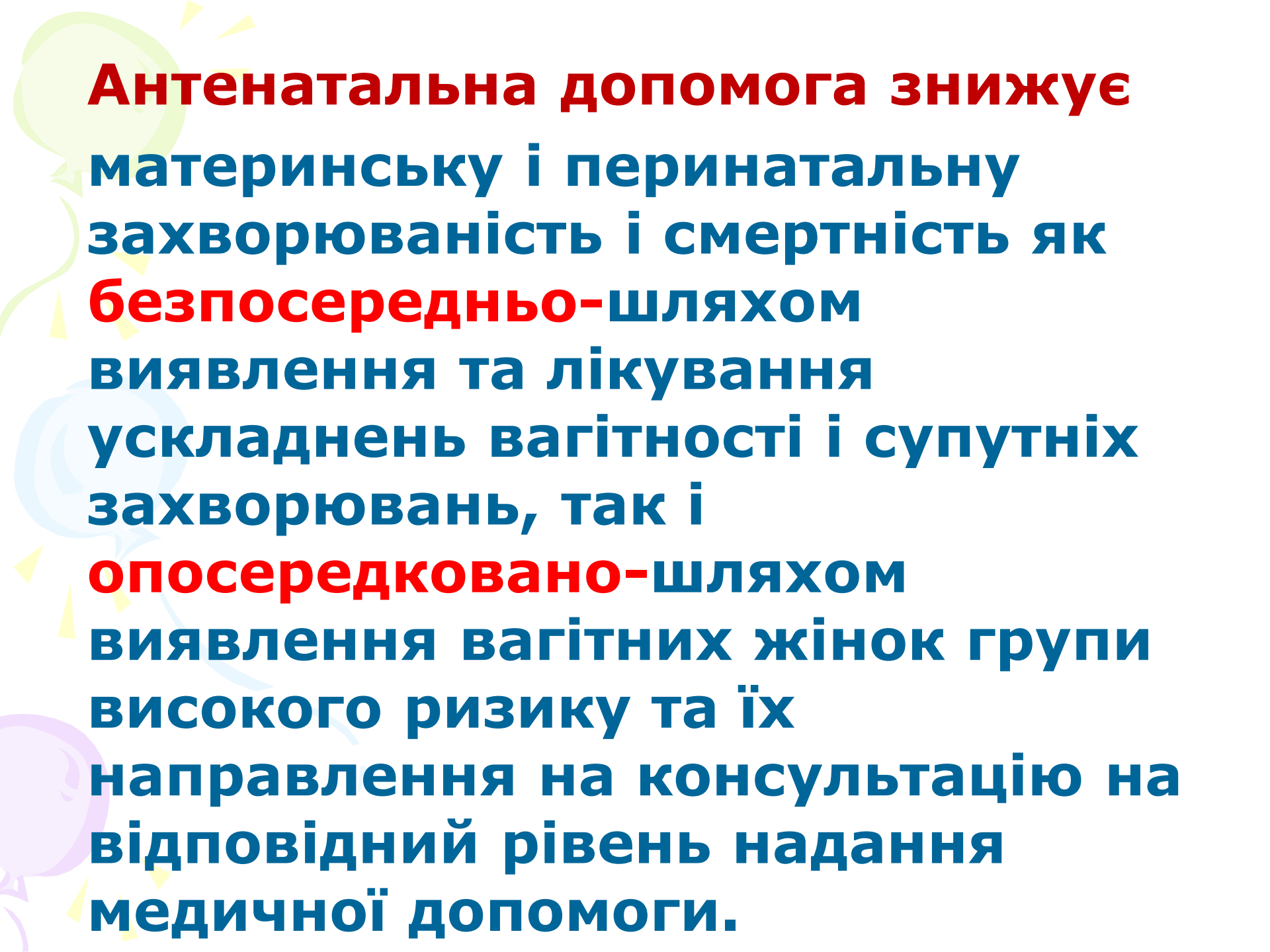
**СТАНДАРТИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**  
**«НОРМАЛЬНА ВАГІТНІСТЬ»** 9 серпня  
2022 року No1437

**МІНІСТЕРСТВО**  
**ОХОРОНИЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**НАКАЗ №417**  
від 15.07.2011 р.

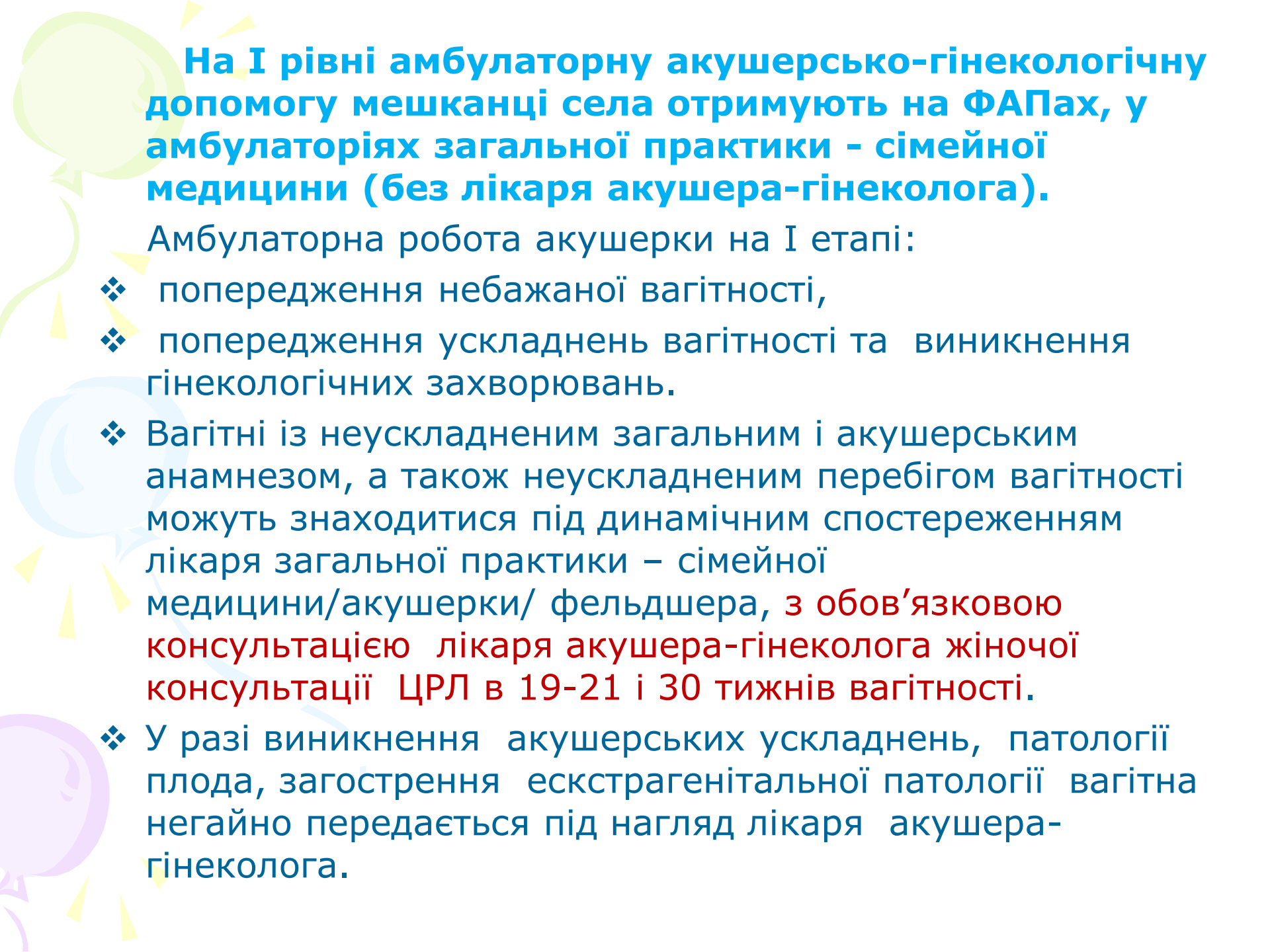


**Стандарти медичної допомоги (СМД) розроблені на основі клінічної настанови «Нормальна вагітність», яка ґрунтується на принципах доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій, відображених в клінічних настановах, а саме:**

- **WHO recommendations on antenatal care for a**
- **positive pregnancy experience. (Рекомендації Всесвітньої організації охорони**
- **здоров'я, World Health Organization), 2016; Department of Health. Clinical**
- **Practice Guidelines: Pregnancy Care. (Настанова Департаменту охорони**
- **здоров'я Уряду Австралії, Australian Government Department of Health), 2020;**
- **Ultrasound Section for ultrasound screening in uncomplicated pregnancy. Practice**
- **guidelines of the Polish Society of Gynecologists and Obstetricians (Практичне**
- **керівництво Товариства гінекологів і акушерів Польщі), 2020.**



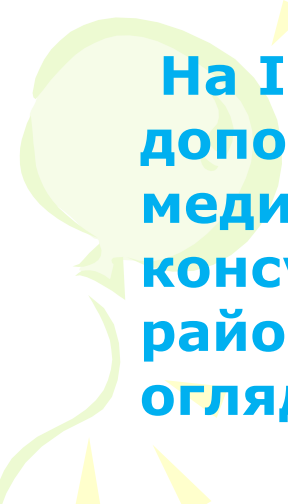
**Аntenатальна допомога знижує**  
**материнську і перинатальну**  
**захворюваність і смертність як**  
**безпосередньо-шляхом**  
**виявлення та лікування**  
**ускладнень вагітності і супутніх**  
**захворювань, так і**  
**опосередковано-шляхом**  
**виявлення вагітних жінок групи**  
**високого ризику та їх**  
**направлення на консультацію на**  
**відповідний рівень надання**  
**медичної допомоги.**



**На I рівні амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу мешканці села отримують на ФАПах, у амбулаторіях загальної практики - сімейної медицини (без лікаря акушера-гінеколога).**

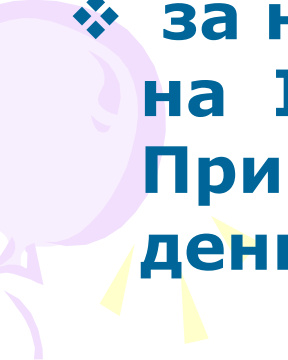
Амбулаторна робота акушерки на I етапі:

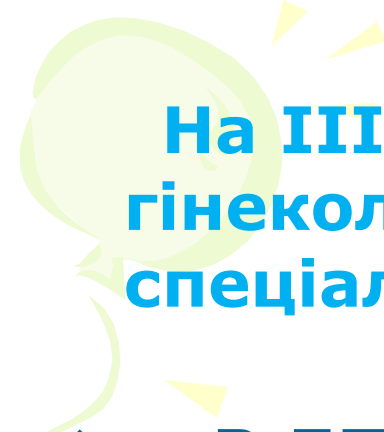
- ❖ попередження небажаної вагітності,
- ❖ попередження ускладнень вагітності та виникнення гінекологічних захворювань.
- ❖ Вагітні із неускладненим загальним і акушерським анамнезом, а також неускладненим перебігом вагітності можуть знаходитися під динамічним спостереженням лікаря загальної практики – сімейної медицини/акушерки/ фельдшера, **з обов'язковою консультацією лікаря акушера-гінеколога жіночої консультації ЦРЛ в 19-21 і 30 тижнів вагітності.**
- ❖ У разі виникнення акушерських ускладнень, патології плода, загострення ескстрагенітальної патології вагітна негайно передається під нагляд лікаря акушера-гінеколога.



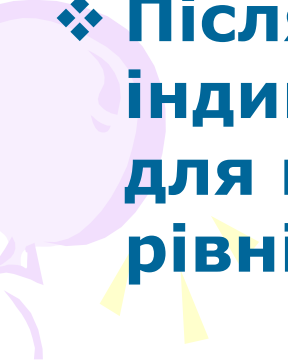
**На II рівні амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу вагітним і гінекологічним хворим здійснює медичний персонал ЦРЛ, ЦМЛ, МЛ, жіночих консультацій, гінекологічних кабінетів центральних районних лікарень, центрів планування сім'ї, оглядових кабінетів поліклінік.**

**У ЛПЗ II рівня спостерігаються вагітні:**

- ❖ без ускладненого перебігу вагітності,**
  - ❖ з акушерськими ускладненнями,**
  - ❖ із супутньою тяжкою екстрагенітальною патологією,**
  - ❖ із вродженими вадами розвитку плода.**
  - ❖ за наявності показань вагітні скеровуються на III рівень надання медичної допомоги. При необхідності вагітні направляються у денні стаціонари.**
- 



**На III рівні амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу здійснюють спеціалісти обласних лікарень.**

- ❖ **В ЛПЗ III рівня забезпечується поглиблене виконання обсягу медичного обстеження, який не може бути виконаний на попередніх етапах надання медичної допомоги вагітним та гінекологічним хворим.**
  - ❖ **При необхідності проводиться консультування, додаткове обстеження іншими спеціалістами.**
  - ❖ **Після проведеного обстеження складається індивідуальний план спостереження вагітної для медичного персоналу перших двох рівнів.**
- 



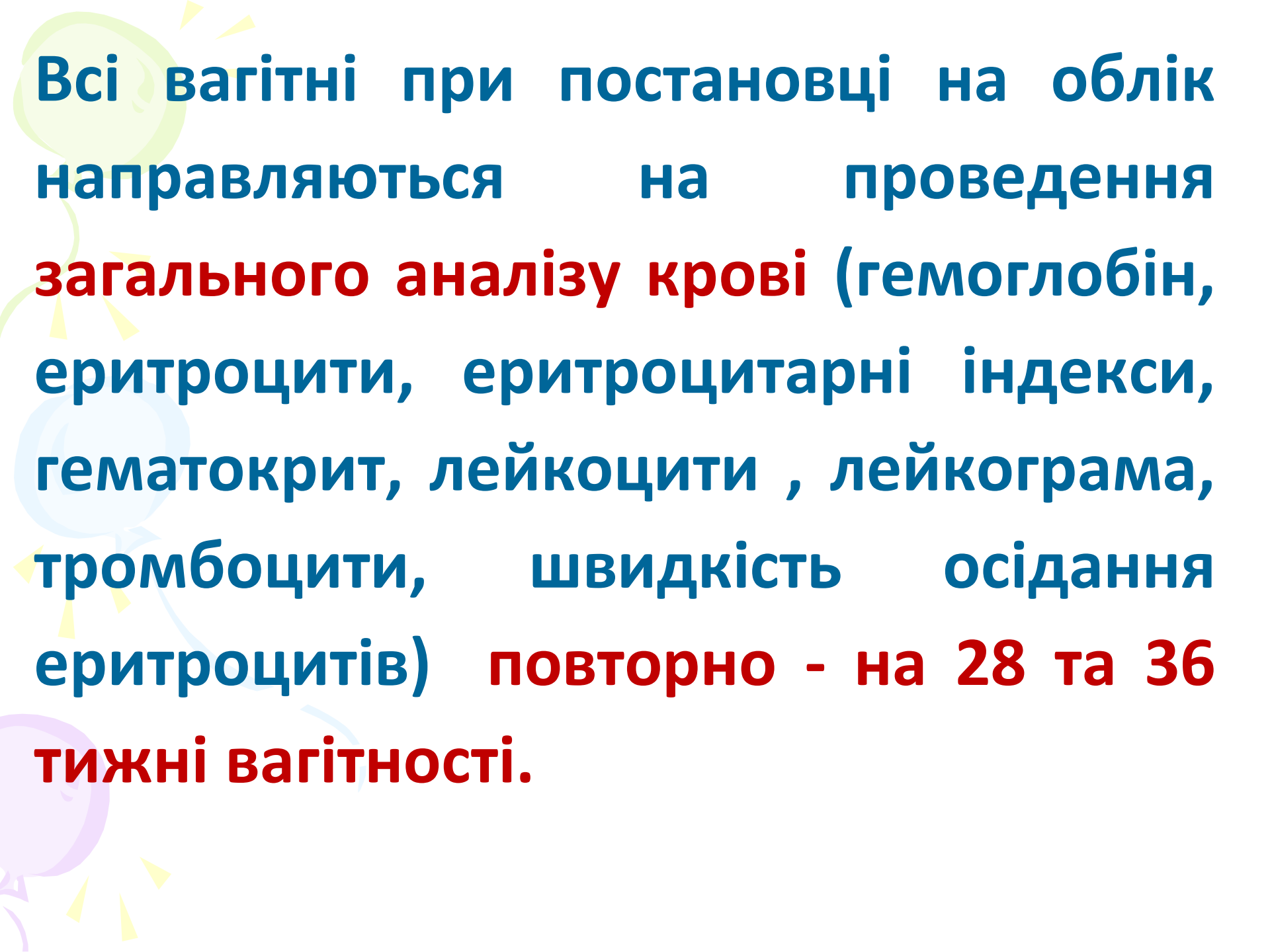
# Організація диспансерного нагляду за вагітними

Метою диспансерного нагляду за вагітними є збереження здоров'я жінки та народження здорової дитини.

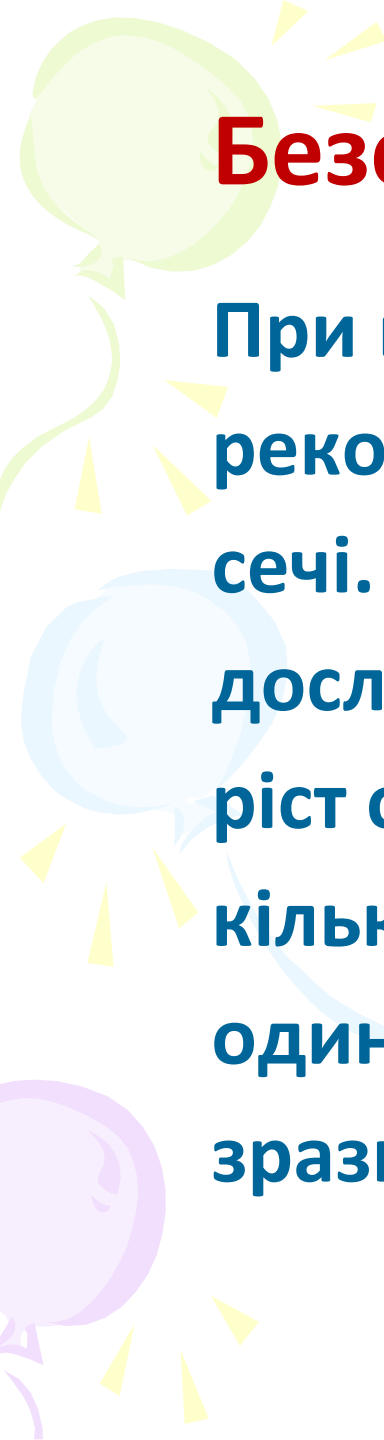
- ❖ Перший візит вагітної (**бажано до 12 тижнів**) є найбільш тривалим за часом і передбачає: збір анамнезу, загальне та акушерське обстеження, заповнення медичної документації (Індивідуальна карта вагітної і породіллі - **форма №111/о** та Обмінна карта - **форма № 113/о**), визначення обсягу і термінів лабораторного обстеження, заповнення вагітною анкети за згодою, інформаційної згоди.
- ❖ Обмінна карта видається вагітній з моменту встановлення на облік.
  - Після першого візиту фахівець, який спостерігає вагітну, обов'язково отримує інформацію від лікаря загальної практики – сімейної медицини /дільничного терапевта про стан здоров'я вагітної. У разі спостереження вагітної у лікаря загальної практики – сімейної медицини він заповнює цей додаток сам.

# Організація диспансерного нагляду за вагітними

- ❖ Вагітні з екстрагенітальними захворюваннями підлягають динамічному спостереженню профільного спеціаліста. Після отримання висновку профільних спеціалістів комісійно вирішується питання про можливість виношування вагітності та визначається план її ведення.
- ❖ Жінки групи високого ризику виникнення у плода вродженої/спадкової патології підлягають направленню на медико-генетичне консультування.
- ❖ Вагітні, які не входять до групи високого ризику виникнення у плода вродженої/спадкової патології повинні бути проінформовані про доцільність одночасного проведення УЗД (**11 -13 тиж., 18-21 тиж.** вагітності), біохімічного скринінгу вагітних



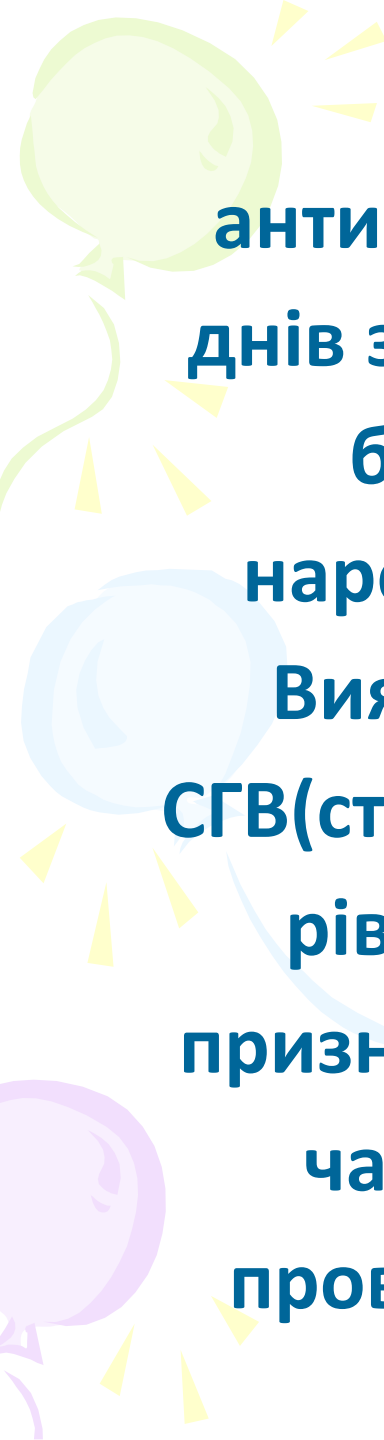
**Всі вагітні при постановці на облік  
направляються на проведення  
загального аналізу крові (гемоглобін,  
еритроцити, еритроцитарні індекси,  
гематокрит, лейкоцити , лейкограма,  
тромбоцити, швидкість осідання  
еритроцитів) повторно - на 28 та 36  
тижні вагітності.**



# Безсимптомна бактеріурія (ББУ)

При взятті на спостереження.

рекомендується посів середньої порції сечі. При бактеріологічному дослідженні зразка в якому виявлено ріст однакового виду бактерій у кількості  $\geq 10/5$  колонієутворювальних одиниць (КУО)/мл у двох послідовних зразках з інтервалом **понад 24 години**.



**Вагітним з ББУ рекомендується**

**антибактеріальна терапія протягом семи днів з метою попередження персистуючої бактеріурії, передчасних пологів і народження дітей з малою масою тіла.**

**Виявлення безсимптомної бактеріурії СГВ(стрептококи гр. В) під час вагітності при рівні менше 10/5 КУО/мл не вимагає призначення антибактеріальної терапії під час вагітності, але є показанням для проведення антибіотикопрофілактики у пологах.**

## Rh-негативній належності крові

у вагітної та Rh-позитивній або невідомій належності крові у батька майбутньої дитини проводиться скринінг на наявність антитіл до еритроцитів за **системою Резус** під час першого антенатального візиту і **повторно в 28 тижнів** вагітності. Якщо батьківство точно відомо, то визначення резус-фактора батька дитини може бути запропоновано всім резус-негативним вагітним жінкам.



# Профілактика Rh-імунізації

проводиться шляхом

внутрішньом'язового введення 1  
дозы (250 або 300 мкг) Анти-D (rh)  
імуноглобуліну всім Rh-негативним  
несенсибілізованим жінкам в терміні  
28-34 тижні вагітності, якщо резус-  
фактор плода невідомий або відомо,  
що плід є резус-позитивним.

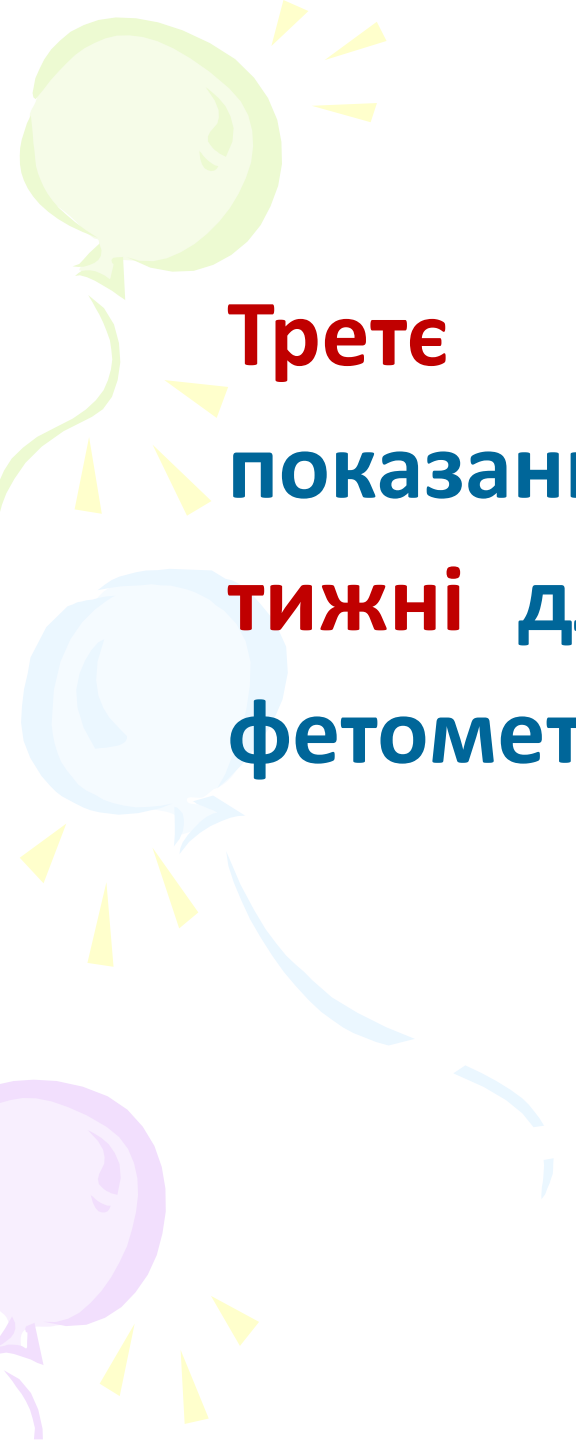
# • Перший скринінг

- Доцільно проведення **пренатального скринінгу - УЗД** у терміні 11+0–13+6 тижнів
- **забір венозної крові вагітної для дослідження рівнів біохімічних маркерів** (вільного  $\beta$ -хоріонічного гонадотропіну людини, асоційованого із вагітністю протеїна-A плазми PAPP-A; опційно – фактору росту плаценти PlGF) - **для розрахунку індивідуального ризику жінки щодо наявності розповсюдженої хромосомної патології у плода (трисомії 21, 18, 13 хромосом) і прогнозування ризику прееклампсії.** Основною метою цього УЗД є оцінка анатомічних структур плода, пошук ранніх вад розвитку і мінорних ехо-маркерів, уточнення терміну вагітності та передбачуваної дати пологів.



У групі вагітних низького ризику друге УЗД проводиться у терміні **18-22 тижні** для детальної оцінки анатомічної будови плода, виключення більш пізніх вад розвитку і контролю за перебігом вагітності.

При виявленні **ознак хромосомної патології** у плода, вроджених вад розвитку плода вагітній групи середнього та високого ризику проводиться консультація **лікаря-генетика** для вибору подальшого обстеження; за показаннями - консультації інших фахівців, пренатальний консилиум.



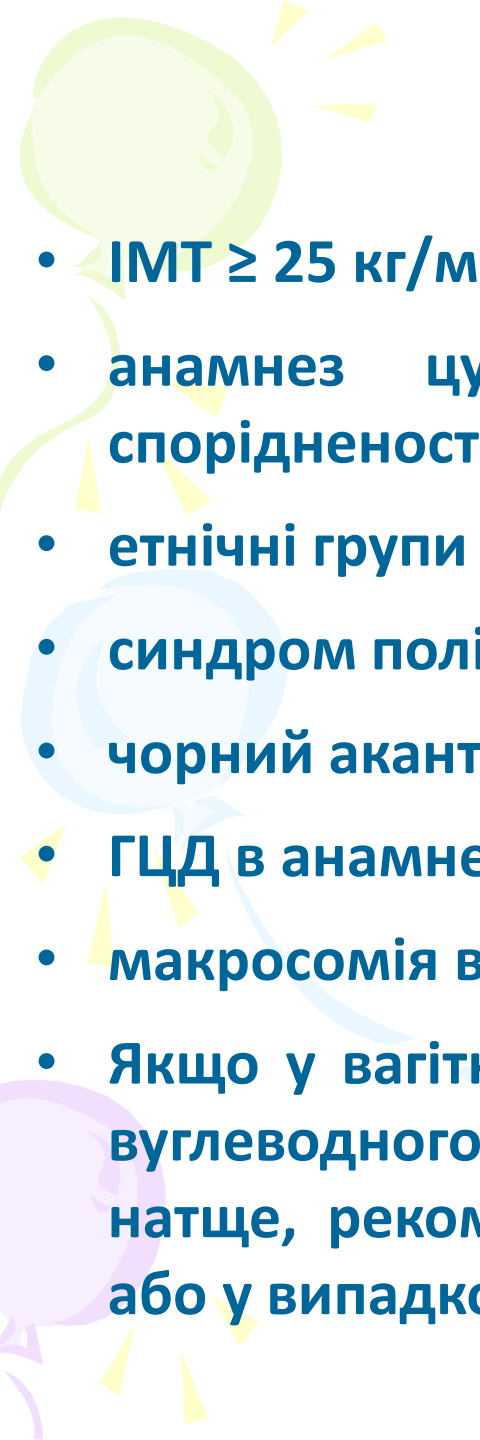
**Третє** **УЗД** виконується за  
показаннями у терміні **28-32**  
**тижні** для оцінки стану плода і  
фетометрії.

# Гравідограма

З 20 тижнів вагітності всім жінкам проводиться вимірювання висоти стояння дна матки (ВДМ)

Необхідно направляти жінок для ультразвукової фетометрії після 24 тижнів вагітності у наступних випадках:

- ВДМ на  $\geq 3$  см нижче за очікувану для даного терміну вагітності;
- Одноразове вимірювання ВДМ нижче 10-го перцентіля
- Декілька вимірювань ВДМ - повільне зростання або відсутність динаміки зростання плода.

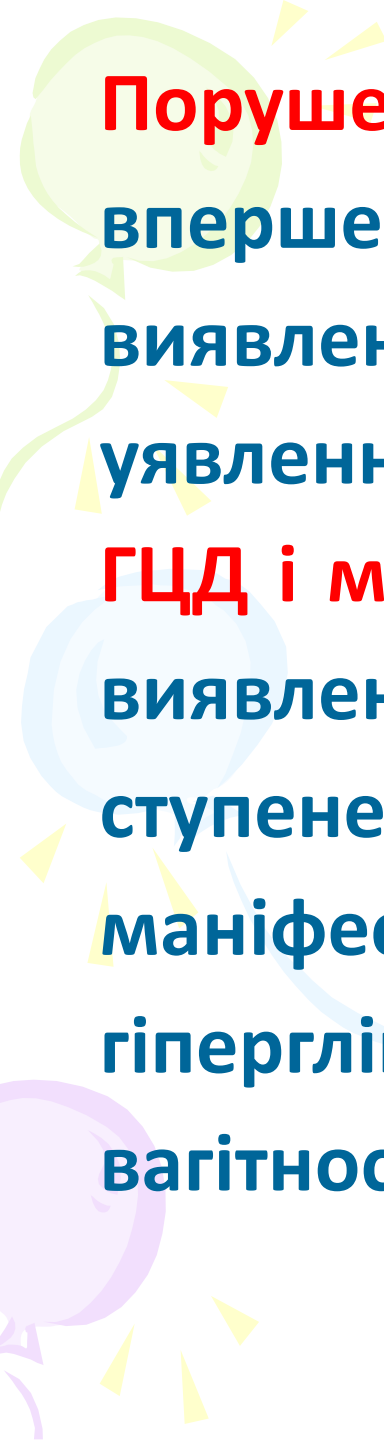


## Фактори ризику ГЦД :

- $IMT \geq 25 \text{ кг/м}^2$
- анамнез цукрового діабету у родичів 1-го ступеня спорідненості,
- етнічні групи з високою поширеністю цукрового діабету,
- синдром полікістозних яєчників,
- чорний акантоз,
- ГЦД в анамнезі,
- макросомія в анамнезі.
- Якщо у вагітної є один чи більше факторів ризику порушень вуглеводного обміну, у I триместрі, окрім визначення глікемії натще, рекомендовано визначення вмісту глюкози після їди або у випадковий час протягом дня.

Всім вагітним проводиться діагностика ГЦД у терміні між **24 і 28-м** тижнями вагітності шляхом **2-х годинного перорального тесту толерантності до глюкози**

ПТТГ проводять у ранковий час після 8-годинного утримання від їжі за умови відсутності прийому кортикостероїдів, гострих захворювань, травм чи оперативних втручань. Глікемію визначають у плазмі венозної крові лабораторним методом (**не за допомогою експрес-аналізатора!**). Після забору крові натще (при рівні глікемії  $<5,1$  ммоль/л) вагітній дають випити упродовж 3-5 хвилин 75 г глюкози, яку розчинено у 300 мл негазованої води (можна додати сік свіжого лимона). Повторні забори крові здійснюють через 1 та 2 години.



**Порушення вуглеводного метаболізму, що**  
вперше виникло у II-III триместрі або вперше  
виявлено під час вагітності, за сучасними  
уявленнями, поділяються на дві категорії:  
**ГЦД і маніфестний цукровий діабет, уперше**  
виявлений. Ці дві категорії розрізняються за  
ступенем гіперглікемії і тим, що при  
маніфестному цукровому діабеті  
гіперглікемія не зникає після закінчення  
вагітності, як при ГЦД.

# Діагноз ГЦД або маніфестного

Тест вважається позитивним, якщо хоча б один показник - глікемія натще та/або після навантаження відповідає наведеним діагностичним критеріям.

Натще.

Через 1 год.

Через 2 год.

- Норма  $5,1 < 10,0 < 8,5$
- Гестаційний цукровий діабет  $5,1 - 6,9 / 10,0 - 11,0 / 8,5 - 11,0$
- Маніфестний цукровий  
діабет вперше виявлений  $\geq 7,0 \geq 11,1 \geq 11,1$

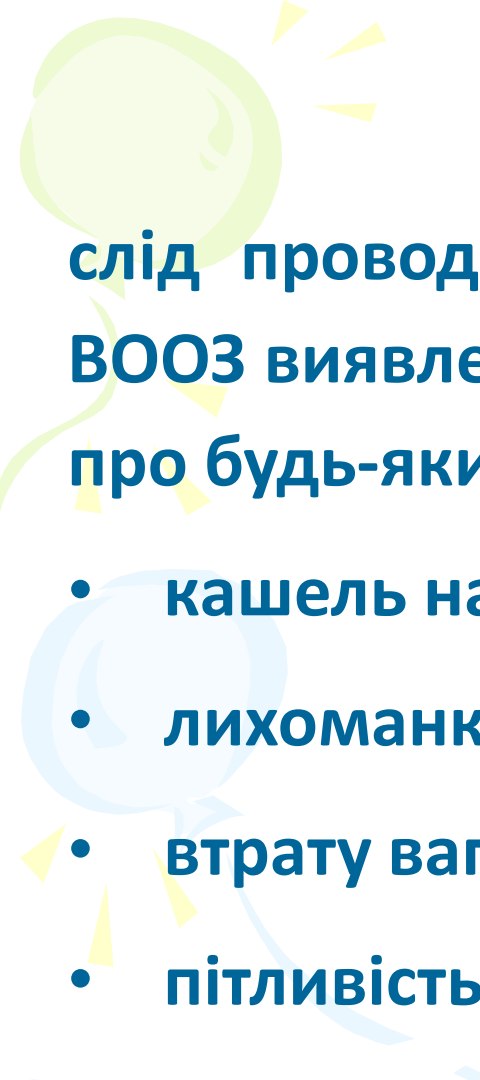
У разі встановлення одного з двох вищезазначених діагнозів вагітну в подальшому спостерігають спільно лікарі акушер-гінеколог і ендокринолог згідно з чинним клінічним протоколом медичної допомоги.

## Скринінг на стрептококи групи В (СГВ)

Проводиться для планування АТБ профілактики під час пологів в терміні 36+0-37+6 тижнів вагітності проводиться всім жінкам, крім випадків наявності бактеріурії СГВ (*Streptococcus agalactiae*) під час даної вагітності або народження інфікованого СГВ новонародженого в анамнезі.

Для отримання зразка для бактеріологічного дослідження на СГВ спочатку проводиться забір матеріалу без використання дзеркал з **нижньої частини піхви** (близько до входу), а потім - з **прямої кишки** (через анальний сфінктер).





## Скринінг на ТБ

слід проводити з використанням рекомендованого ВООЗ виявлення симптомів: вагітні, які повідомляють про будь-який із чотирьох симптомів, наприклад:

- кашель на момент обстеження,
- лихоманку,
- втрату ваги
- пітливість уночі.

можуть мати захворювання на туберкульоз і потребують обстеження з метою виявлення або спростування ТБ та інших захворювань.

Вагітних жінок слід заохочувати до  
регулярного вживання

**йодованої солі**, а також за відсутності  
протипоказань розглянути можливість

щоденного перорального прийому  
препаратів мікроелементів, які містять

**200 мкг йоду** в формі йодиду калію для  
забезпечення оптимальної функції  
щитоподібної залози як до, так і під час  
вагітності.

Жінкам з помірним ризиком розвитку **ДНТ** або інших вроджених аномалій, чутливих до ФК, або якщо батько дитини також має помірний ризик, потрібні дієта з багатими на **фолати** продуктами і щоденний прийом **1,0 мг ФК до 12 тижнів** вагітності, починаючи як мінімум за 3 місяця до зачаття. Після 12 тижнів - щоденний прийом 0,4-1,0 мг ФК впродовж всієї вагітності.

# Групи ризику виникнення прееклампсії

**Жінки, які мають щонайменше один фактор високого ризику:**

- цукровий діабет 1 або 2 типу;
- хронічна артеріальна гіпертензія;
- гіпертензивні розлади під час попередніх вагітностей;
- хронічна хвороба нирок;
- аутоімунні захворювання (системний червоний вовчак, антифосфоліпідний синдром);
- багатоплідна вагітність;

**Або два фактори помірного ризику з наступних:**

- перша вагітність;
- вік вагітної жінки 40 років та старше;
- інтервал між вагітностями більше 10 років;
- ІМТ 35 кг/м<sup>2</sup> або більше при першому зверненні до жіночої консультації;
- сімейний анамнез прееклампсії.

# Вагітним з групи ризику прееклампсії рекомендується:

**100-150 мг** на добу ацетилсаліцилової кислоти щодня з **12 до 36** тижнів вагітності ввечері (при призначенні ацетилсаліцилової кислоти збільшують дозу фолієвої кислоти до 800 мкг (0,8 мг) на добу).

У групах населення зі зниженим споживанням кальцію з їжею (< 600 мг на добу) для зниження ризику прееклампсії вагітним із **16 тижнів** вагітності до розродження рекомендується щоденний прийом всередину препаратів кальцію в дозі 1,5-2 г в перерахунку на елементарний кальцій.

**Симптоми, пов'язані з механічними причинами,** тазовий біль, печія і варикозне розширення вен, часто прогресують при збільшенні терміну вагітності.

**Нудота та блювання** поширені під час вагітності і найчастіше зникають до терміну **16-20** тижнів. Медикаментозні методи лікування нудоти і блювання повинні застосовуватися за наявності виражених симптомів, які не зменшуються при використанні немедикаментозних методів терапії.

**Печія під час вагітності** – частий симптом, який вагітні можуть лікувати самотійно безрецептурними засобами, що містять антациди.

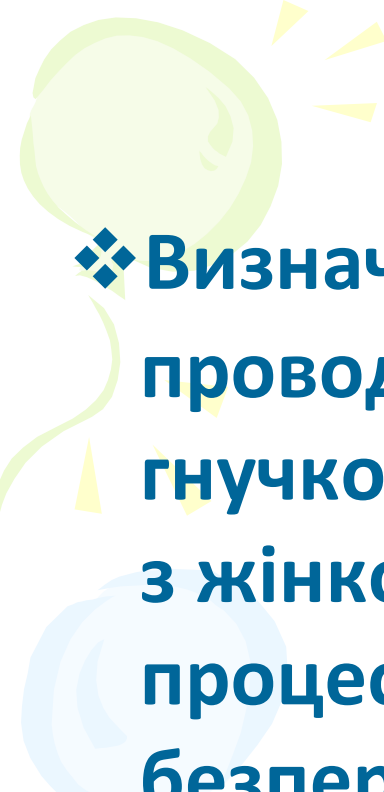
Можлива причина **судом у ногах** – харчовий дефіцит магнію та кальцію, тому застосування відповідних лікарських засобів може бути показаним для симптоматичного лікування.

Для попередження **болю в попереку** і тазового болю рекомендуються регулярні фізичні вправи протягом всієї вагітності. Залежно від доступності зазначених засобів і переваг вагітної можуть застосовуватися різні методи лікування, такі, як фізіотерапія, носіння бандажу і акупунктура.

**Фізичні вправи** для профілактики болю в попереку і тазового болю під час вагітності можна виконувати на землі або в воді. У той час як фізичні вправи можуть бути корисними для зменшення болю в попереку, вони можуть посилити біль, обумовлений дисфункцією лобкового симфізу, і не рекомендуються при цьому стані.

Для профілактики **Аортокавального синдрому** вагітним можна рекомендувати уникати сну на спині після 28 тижнів вагітності та розглянути можливість використання подушок, щоб зберегти своє положення під час сну.





❖ Визначення **графіка візитів** та заходів, які проводяться під час кожного візиту, вимагає гнучкості. ДПД повинна плануватися спільно з жінкою на підставі потреб, виявлених у процесі обстеження, з наголосом на безперервність допомоги.



❖ Різні жінки потребуватимуть різних аспектів догляду в різний час. Якщо будь-які обстеження виявлять необхідність подальшого спостереження, можуть знадобитися додаткові візити.

- При неявці вагітної на запланований огляд, причина з'ясовується за вказаним контактним телефоном. **У разі неявки на 2 і більше обов'язкових візитів** та/або систематичного невиконання рекомендацій і призначень, лікар/фельдшер/акушерка, які спостерігають за вагітною, повинні інформувати завідуючого жіночою консультацією та керівника, якому підпорядкований ЛПЗ з відміткою в медичній документації.
- У разі виявлення асоціальної поведінки вагітної лікар має письмово інформувати працівників соцслужби.

# Індикатори якості медичної допомоги 1

1. Раннє взяття вагітних під спостереження (до 12 тижнів вагітності).
2. Охоплення вагітних проведенням УЗД до 22-х тижнів вагітності.
3. Охоплення вагітних обстеженням на ВІЛ.
4. Охоплення вагітних обстеженням на сифіліс.
5. Охоплення вагітних обстеженням на безсимптомну бактеріюрію.
6. Обстеження вагітних обстеженням на стрептококи групи В.
  - Запропонувати обстеження на гонорею вагітній з групи ризику.
  - Запропонувати обстеження на хламідіоз вагітній молодше 25 років.
  - У регіонах з високою поширеністю ІПСШ розглянути можливість проведення обстеження на хламідіоз та гонорею всім вагітним.
  - Запропонувати обстеження на трихомоніаз вагітній, яка має симптоми.
  - Запропонувати обстеження на цитомегаловірус вагітній, яка часто контактує з великою кількістю маленьких дітей.

# Індикатори якості медичної допомоги 2

- Запропонувати обстеження функції щитовидної залози вагітній з симптомами або високим ризиком дисфункції щитовидної залози (тиреотропний гормон, вільний тироксин).
- Запропонувати дослідження на дефіцит вітаміну D лише за наявності відповідних показань.
- Запропонувати обстеження на хромосомні аномалії (дослідження рівнів біохімічних маркерів: вільного  $\beta$ -хоріонічного гонадотропіну людини, асоційованого із вагітністю протеїна-A плазми PAPPA; опційно - фактору росту плаценти PlGF).
- Запропонувати скринінг шийки матки вагітній, якій не проводили скринінг протягом рекомендованого періоду.
- Консультувати жінку щодо заходів профілактики токсоплазмозу та цитомегаловірусної інфекції.

# Індикатори якості медичної допомоги 3

При тазовому передлежанні плода обговорити варіанти, включно з зовнішнім поворотом плода для переведення у головне передлежання.

Запропонувати обстеження на стрептококи групи В у терміні 36+0-37+6

Вакцинація, включаючи грип та кашлюк. 16–19 тижнів:

Рекомендувати введення Анти-D (rh) імуноглобуліну резус-негативним неімунізованим жінкам у терміні 28-34 тижні

Рекомендувати повторне обстеження на сифіліс на початку III триместру 29–34 тижні:

# Індикатори якості медичної допомоги 4

У разі отримання першого негативного результату тестування на ВІЛ при зверненні у другому триместрі (13-24 тижні включно), друге обстеження проводиться в 32-36 тижнів вагітності.

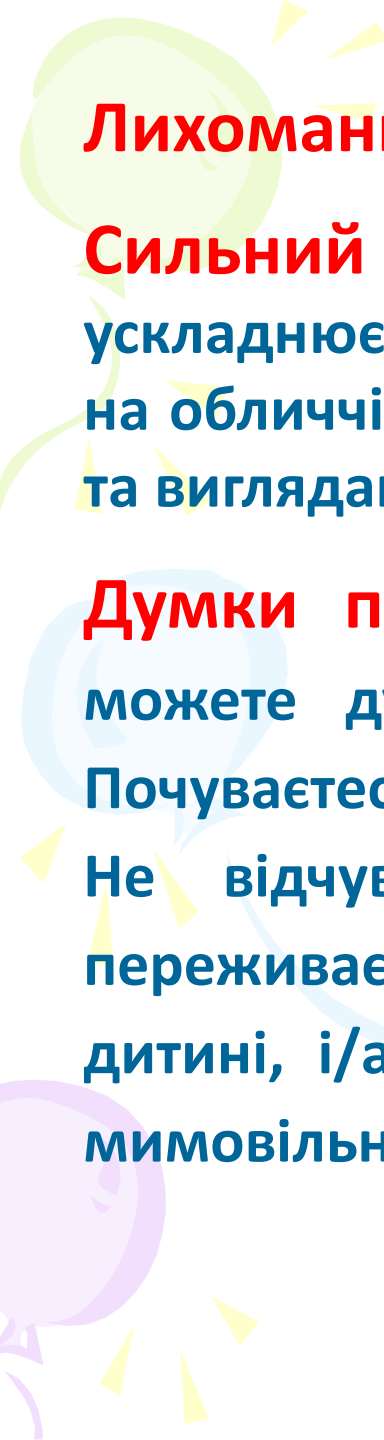
- У разі негативного результату другого тестування на ВІЛ у вагітних, які мають підвищений ризик інфікування ВІЛ, а саме: жінка з серодискордантної пари (ВІЛ-негативна вагітна жінка, ВІЛ-позитивний партнер); людина, яка вживає наркотики ін'єкційним шляхом або секс-працівник; жінка, яка має нового статевого партнера з невідомим ВІЛ-статусом; жінка, в якої виявлена ІПСШ – проводиться третє обстеження із виявлення серологічних маркерів ВІЛ у терміні вагітності 32-36 тижнів або під час пологів з використанням інструментальних методів або швидких (експрес) тестів.

# **Загрозливі симптоми, за наявності яких вагітній слід негайно звернутися за медичною допомогою**

**Головний біль** Відчувається, що він найгірший у житті, триває навіть після лікування медикаментами та вживання рідини, починається раптово з сильного болю Пульсує і знаходиться на одній стороні голови над вухом, супроводжується помутнінням зору або запамороченням

**Запаморочення або непритомність** Ви втрачаєте свідомість, запаморочення, які тривають або починаються і минають протягом декількох днів, відчуття розриву у часі, про який Ви не пам'ятаєте

**Зміни зору** Ви бачите спалахи світла або яскраві плями, сліпі плями або втрата зору протягом короткого часу, зір розмитий, Ви не можете зосередитися, або бачите подвоєні предмети



**Лихоманка** Температура 38°C або вище

**Сильний набряк рук або обличчя** Набряк на руках ускладнює згинання пальців або носіння кілець, припухлість на обличчі заважає повністю відкрити очі - вони відчуються та виглядають набряклими, губи і рот набрякли.

**Думки про заподіяння шкоди собі або дитині** Ви можете думати про те, щоб нашкодити собі, тому що: Почуваєтеся дуже сумно, безнадійно або недостатньо добре, Не відчуваєте, що контролюєте своє життя, постійно переживаєте, Ви можете думати про те, щоб нашкодити своїй дитині, і/або у Вас можуть виникнути страшні думки, які мимовільно з'являються, або яких важко позбутися.



## **Проблеми з диханням**

Ви відчуваєте задишку раптово або через деякий час, ніби не можете дихати достатньо глибоко, щоб отримати достатньо повітря в легені, У горлі та/або в грудях відчувається відчуття стиснення, утруднене дихання, коли Ви лягаєте на ліжко, наприклад, Вам потрібно підперти голову подушками, щоб спати.

## **Біль у грудях або прискорене серцебиття**

Відчуття стиснення або тиску в центрі грудної клітки, або біль, що поширюється на спину, шию або руку, зміни серцебиття, наприклад: прискорене серцебиття або стукіт у грудях, нерегулярний серцевий ритм або пропуски серцебиття

## **Сильна нудота чи блювання**

- Ви відчуваєте сильну нудоту
- Ви не можете пити більше 8 годин або їсти більше 24 годин
- Є часте блювання, і Ви не можете утримувати воду або іншу рідину в шлунку
- Ви маєте: сухість у роті, головний біль, спантеличеність, лихоманку, запаморочення

## **Сильний біль у животі, який не зникає**

- Є гострий, колючий або схожий на судоми біль у животі, який не зникає
- Біль у животі починається раптово і є сильним, або з часом посилюється
- Є також сильний біль у грудях, плечах або спині

## **Зміна рухів плода під час вагітності**

**Ви відчуваєте, що плід перестав рухатися або рухається менше, ніж раніше**

**Сильний набряк, почервоніння або біль у нижній або верхній кінцівці під час вагітності або до 6 тижнів після пологів**

- Є набряк, біль або болючість у нозі - зазвичай у ділянці литкового м'яза або в одній нижній кінцівці:
  - о При дотику уражена ділянка ноги болісна або безболісна
  - о Є біль, коли Ви згинаєте ногу, під час стояння або ходьби
  - о Уражена ділянка також може бути червоною, набряклою і теплою на дотик
- Ви відчуваєте біль, чутливість або набряк у руці, як правило, лише з одного боку

## **Вагінальна кровотеча, розрив плодових оболонок або виділення з піхви при вагітності**

- Є будь-які кров'яністі виділення або кровотеча з піхви
- Витікає рідина з піхви (навколоплодові води)
- Є виділення з піхви з неприємним запахом

## **Посилена втома**

- Ви раптом дуже втомилися і ослабли, що не схоже на хронічну втому
- У вас не вистачає енергії
- Після тривалого сну Ви не відчуваєте себе бадьорою
- Ви відчуваєте таку втому, що не встаєте, щоб подбати про дитину
- Ви сумуєте після народження дитини

# **ПОКАЗАННЯ ДО НАПРАВЛЕННЯ НА МЕДИКО-ГЕНЕТИЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ**

- Вік вагітної 35 років і більше. Вік чоловіка 40 років і більше.
- Наявність у одного з подружжя хромосомної перебудови або вади розвитку.
- Наявність в анамнезі дітей з:  
спадковими хворобами обміну,  
спадковими хворобами, пов'язаними зі статтю;  
вродженою гіперплазією кори наднирників;  
вродженими вадами розвитку – ізольованими  
або множинними;  
хромосомними захворюваннями;  
розумовою відсталістю;  
мертвонародженням.  
Наявність вищезазначеної патології серед  
родичів.

## **ПОКАЗАННЯ ДО НАПРАВЛЕННЯ НА МЕДИКО-ГЕНЕТИЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ (продовження)**

- Кровнородинний шлюб.
- Звичне невиношування вагітності не встановленого генезу.
- Несприятливі впливи у ранні терміни вагітності (захворювання, діагностичні або лікувальні процедури, прийом медикаментів).
- Ускладнений перебіг вагітності (загроза переривання з раннього терміну, яка не піддається терапії, багатоводдя і маловоддя).
- Патологія плода, виявлена при ультразвуковому дослідженні.
- Зміна показників скринінгових факторів: альфа-фетопротейну, хоріонічного гонадотропіну, естріолу.
- Наявність у подружжя шкідливих факторів, пов'язаних із професією.
- Первинна аменорея, порушення менструального циклу не встановленого генезу.
- Сім'ї з непліддям.
- Медико-генетичну консультацію бажано проводити поза вагітністю або в її ранні терміни (6-8 тижнів) з детальною випискою про перебіг попередніх вагітностей, пологів, стану новонародженого.

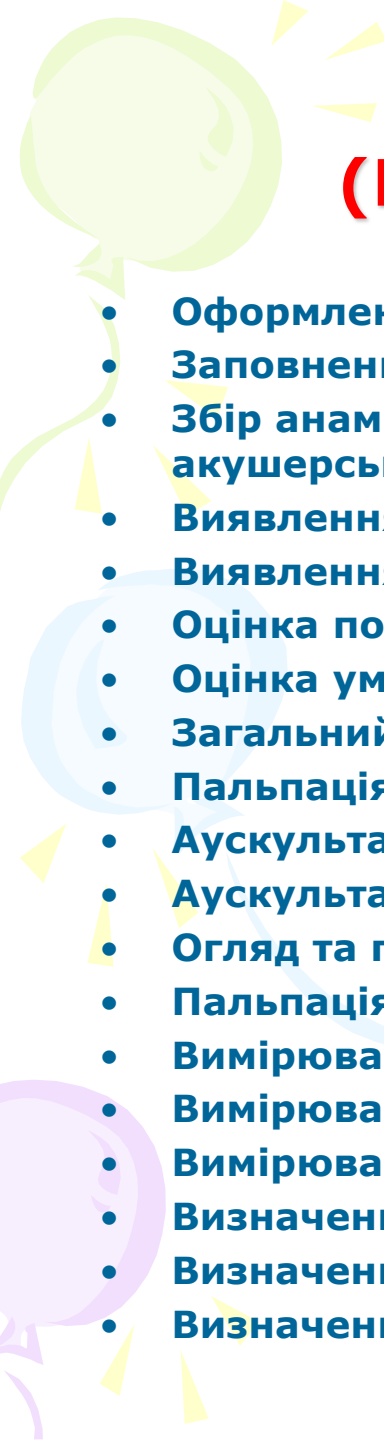
# **Показання для обстеження на інфекції перинатального періоду:**

- - хронічні запальні захворювання геніталій;
- - гострі респіраторні вірусні інфекції під час цієї вагітності;
- - самовільні викидні в анамнезі;
- - мертвонародження в анамнезі;
- - багатоводдя, маловоддя під час цієї вагітності;
- - патологічні зміни шийки матки (ерозія шийки матки, дисплазія шийки т.ін.);
- - безпліддя в анамнезі.

## Програми допологової освіти зазвичай охоплюють низку тем:

- **фізичне благополуччя** (харчування, фізична активність, куріння, алкоголь, здоров'я порожнини рота);
- **емоційне благополуччя і психічне здоров'я під час вагітності та після народження дитини** (прихильність між матір'ю і плодом, адаптація до змін, очікування, навички подолання труднощів, розуміння, коли звернутися за допомогою);
- **пологи** (періоди пологів, пози, дихання і розслаблення, підтримка, знеболювання);
- **розродження** (нормальні пологи, інструментальні пологи, кесарів розтин, розриви промежини);
- **особливості для жінок з ускладненнями під час попередньої вагітності або пологів**;
- **грудне вигодовування** (контакт «шкіра до шкіри», переваги раннього грудного вигодовування, прихильність, грудне вигодовування як фізіологічна норма);
- **раннє батьківство** (нормальна поведінка новонародженого, вкладання, безпека сну, імунізація, прихильність до немовляти);
- **способи пошуку підтримки і створення громадських мереж після народження дитини.**



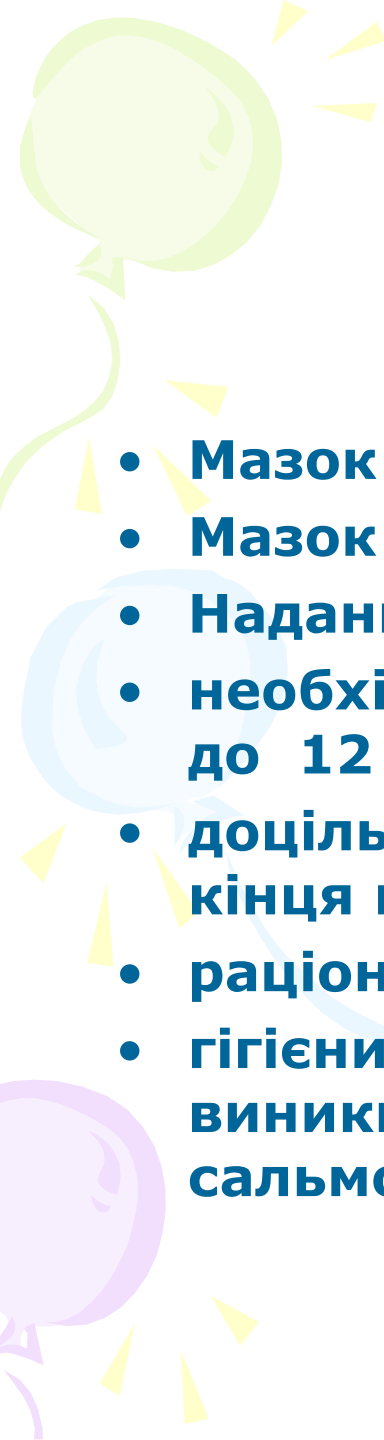


# **1-ий візит (Бажано до 12 тижнів вагітності)**

- **Оформлення медичної документації**
- **Заповнення жінкою анкети вагітної**
- **Збір анамнезу (загального, включаючи психічні захворювання, акушерського, гінекологічного; стан здоров'я батька дитини)**
- **Виявлення факторів ризику гестаційного діабету**
- **Виявлення факторів ризику прееклампсії**
- **Оцінка показань до направлення на медико-генетичну консультацію**
- **Оцінка умов праці**
- **Загальний огляд**
- **Пальпація щитовидної залози**
- **Аускультация серця**
- **Аускультация легенів**
- **Огляд та пальпація молочних залоз**
- **Пальпація лімфатичних вузлів**
- **Вимірювання артеріального тиску**
- **Вимірювання пульсу (частота, ритмічність)**
- **Вимірювання температури тіла**
- **Визначення зросту**
- **Визначення маси тіла**
- **Визначення індексу маси тіла**

# 1-ий візит

- Гінекологічний огляд (в дзеркалах та бімануальне дослідження)
- УЗД в терміні вагітності від 11+1 день до 13 тижнів та 6 днів (визначення терміну вагітності, вимірювання комірцевого простору та виявлення УЗ маркерів вродженої та хромосомної патології)
- Призначення лабораторного обстеження:
- Загальний аналіз сечі, включаючи тест на наявність білка
- Посів сечі (скринінг на безсимптомну бактеріурію)
- Група крові та резус-фактор
- наявність резус-антитіл (при Rh- негативній належності крові у вагітної та Rh- позитивній у батька майбутньої дитини)
- Загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів
- Серологічне обстеження на сифіліс (перше)
- Тест на ВІЛ-інфекцію (перший)
- Тест на наявність HBsAg



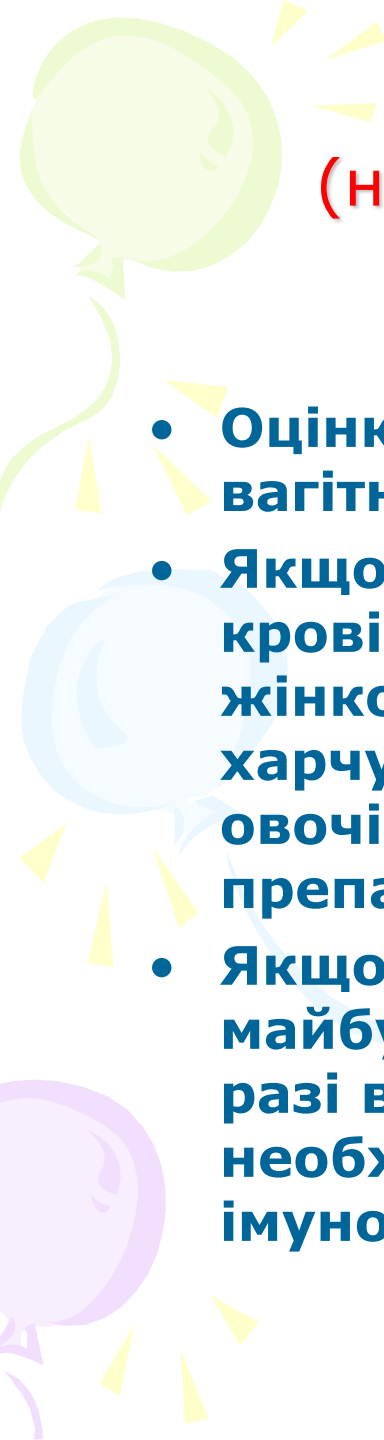
# 1-ий візит

- Мазок на цитологічне дослідження
- Мазок на флору (за показами)
- Надання вагітній розгорнутої інформації щодо:
- необхідності прийому фолієвої кислоти (400 мкг) до 12 тижнів вагітності
- доцільності ведення щоденнику самопочуття до кінця вагітності
- раціонального харчування під час вагітності
- гігієни харчування для зниження ризику виникнення харчових інфекцій (лістеріоз, сальмонельоз, токсоплазмоз)

# 1-ий візит

Рекомендації щодо здорового способу життя, включаючи:

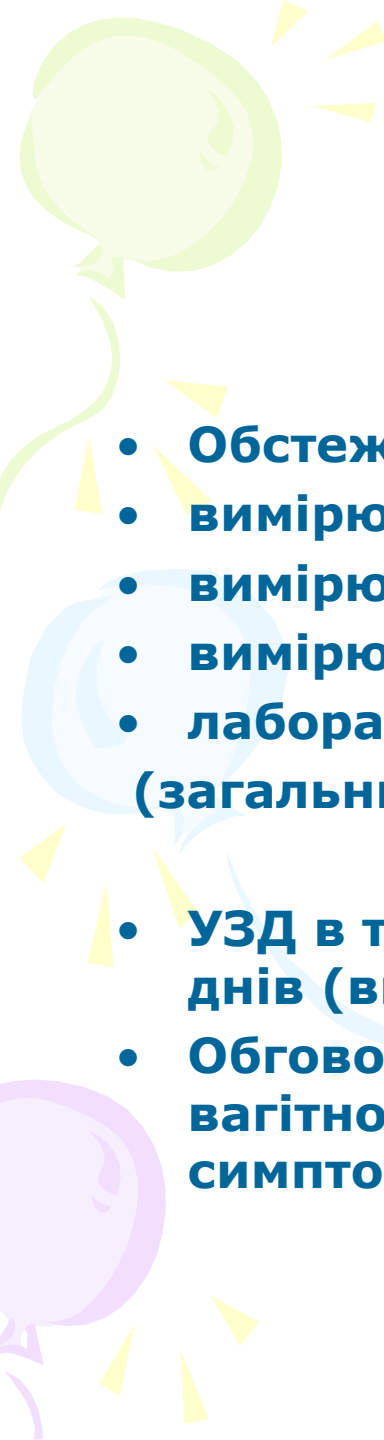
- припинення паління
- вживання алкоголю
- наркотичних речовин
- оптимальних умов праці під час вагітності
- внутрішньоутробного розвитку плода
- статевого життя протягом вагітності
- фізичні вправи, включаючи такі, що зміцнюють м'язи тазового дна
- необхідності відвідування школи відповідального батьківства протягом вагітності, бажано з партнером
- можливих загрозливих симптомів під час вагітності
- Скерування вагітної до дільничного терапевта за «Випискою з амбулаторної карти»
- Заповнення вагітною інфомованої згоди
- У випадку, якщо спостереження за вагітною здійснює сімейний лікар, така виписка заповнюється цим лікарем при першому візиті вагітної.



## **2-ий візит**

**(не пізніше 2 тижнів після 1-го візиту)**

- **Оцінка та обговорення результатів обстежень з вагітною**
- **Якщо рівень гемоглобіну в загальному аналізі крові складає менш ніж 110 г/л, обговоріть з жінкою питання необхідності раціонального харчування (вживання м'яса, бобових, зелених овочів, цитрусових) та доцільність прийому препаратів заліза**
- **Якщо у вагітної Rh-негативний, а у батька майбутньої дитини Rh- позитивний тип крові, у разі відсутності у неї антитіл, обговоріть необхідність введення їй анти-резус імуноглобуліну в 28-32 тижні вагітності**



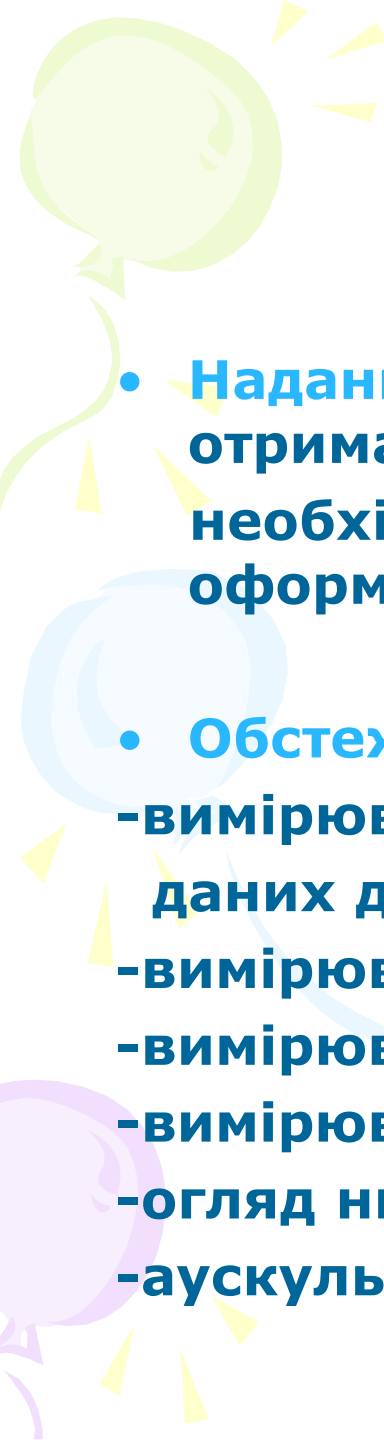
# 2-ий візит

- **Обстеження вагітної:**
- **вимірювання артеріального тиску**
- **вимірювання пульсу (частота, ритмічність)**
- **вимірювання температури тіла**
- **лабораторне обстеження -  
(загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка)**
- **УЗД в терміні вагітності від 18 тижнів до 20 тижнів та 6 днів (визначення структурних аномалій плода)**
- **Обговорення даних, занесених в щоденник самопочуття вагітної з особливою увагою до можливих загрозливих симптомів**

### **3-й візит**

(19-21 тиждень вагітності, після проходження другого УЗД)

- **Надання розгорнутої інформації** щодо результатів попереднього УЗД
- **Обстеження вагітної:**
  - вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми
  - вимірювання артеріального тиску
  - вимірювання пульсу (частота, ритмічність)
  - вимірювання температури тіла
- **Направлення на обстеження:**
  - тест на ВІЛ-інфекцію (другий, в 22-23 тижні вагітності)
  - загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка
  - Обговорення даних, занесених в щоденник самопочуття вагітної з особливою увагою до можливих загрозливих симптомів

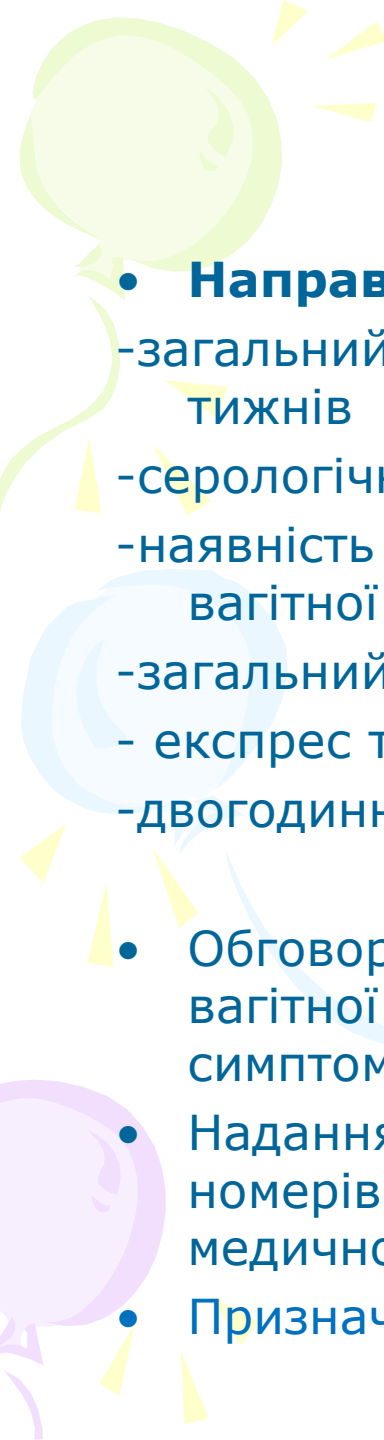


## **4-ий візит**

### **(25-26 тижнів вагітності)**

- **Надання розгорнутої інформації щодо: всіх отриманих результатів обстежень необхідності проведення обстежень перед оформленням відпустки по вагітності та пологам**
- **Обстеження вагітної:**
  - вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми**
  - вимірювання артеріального тиску**
  - вимірювання пульсу (частота, ритмічність)**
  - вимірювання температури тіла**
  - огляд нижніх кінцівок**
  - аускультация серцебиття плода**

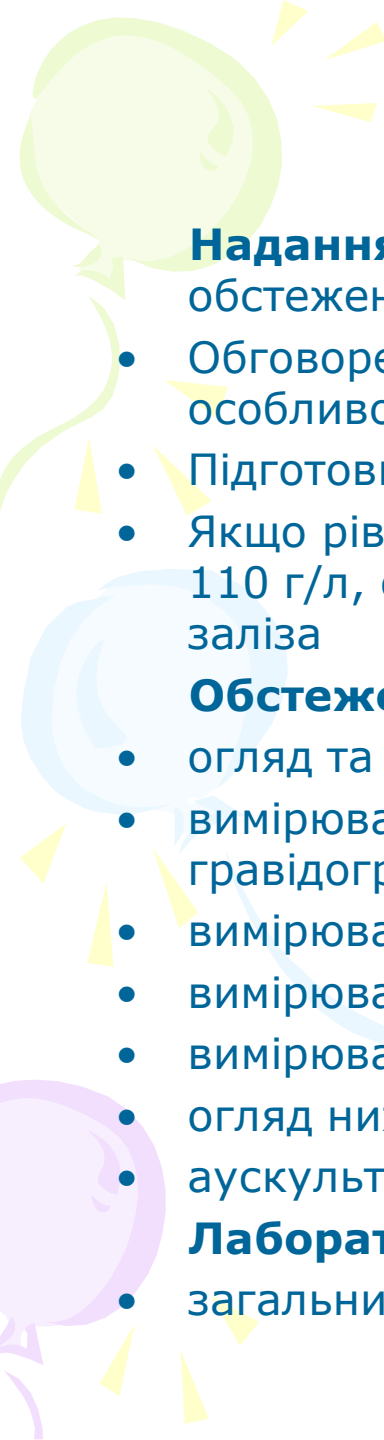




## 4-ий візит (25-26 тижнів вагітності)

- **Направлення на обстеження:**

- загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів в 29 тижнів
  - серологічне дослідження на сифіліс (друге) в 29 тижнів
  - наявність резус-антитіл (при Rh- негативній належності крові у вагітної та Rh- позитивній у батька майбутньої дитини)
  - загальний аналіз сечі або
  - експрес тест на наявність білка
  - двогодинний тест толерантності до глюкози всім вагітним
- Обговорення даних, занесених в щоденник самопочуття вагітної з особливою увагою до можливих загрозливих симптомів.
  - Надання вагітній адрес пологових будинків (відділень) та їх номерів телефонів, куди можна негайно звернутись за медичною допомогою
  - Призначення анти-резус імуноглобуліну



# 5-ий візит (30 тижнів вагітності)

**Надання розгорнутої інформації щодо** всіх отриманих результатів обстежень

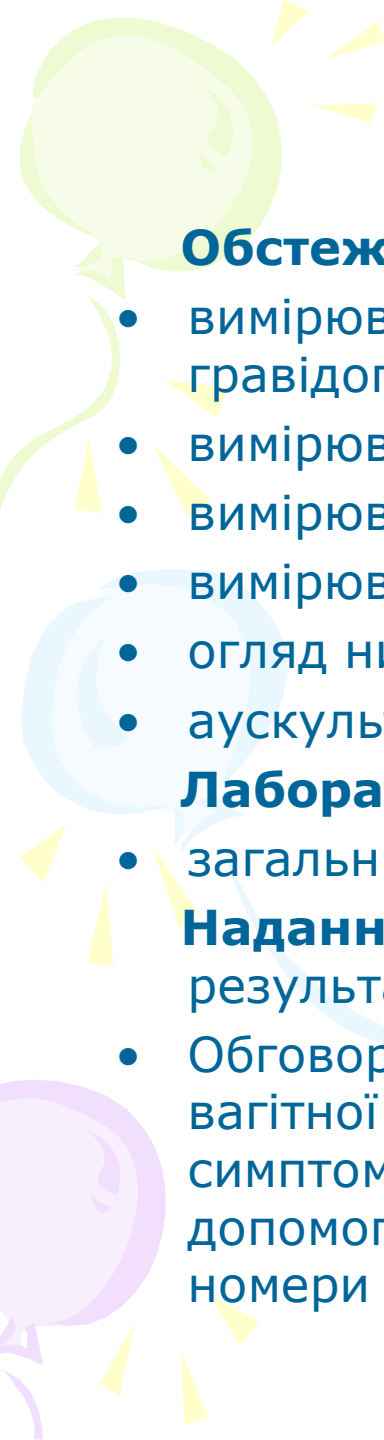
- Обговорення даних, занесених в щоденник самопочуття вагітної з особливою увагою до можливих загрозливих симптомів
- Підготовка до пологів та народження дитини, партнерських пологів
- Якщо рівень гемоглобіну в загальному аналізі крові складає менш ніж 110 г/л, обговоріть з жінкою питання необхідності прийому препаратів заліза

## **Обстеження вагітної:**

- огляд та пальпація молочних залоз
- вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми
- вимірювання артеріального тиску
- вимірювання пульсу (частота, ритмічність)
- вимірювання температури тіла
- огляд нижніх кінцівок
- аускультация серцебиття плода

## **Лабораторне обстеження:**

- загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка



## **6-ий візит** **(34 - 35 тижнів вагітності)**

### **Обстеження вагітної:**

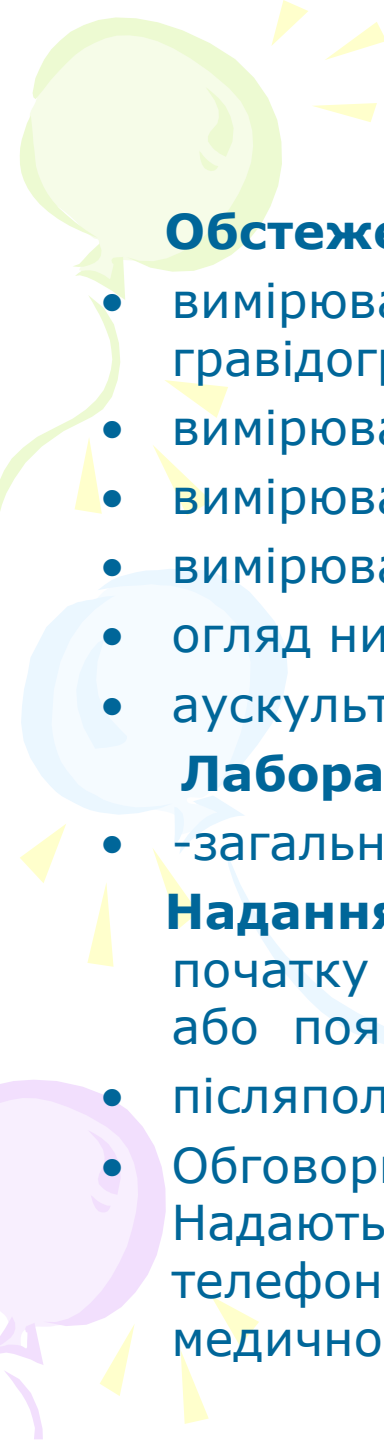
- вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми
- вимірювання артеріального тиску
- вимірювання пульсу (частота, ритмічність)
- вимірювання температури тіла
- огляд нижніх кінцівок
- аускультация серцебиття плода

### **Лабораторне обстеження:**

- загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка

**Надання розгорнутої інформації** щодо всіх отриманих результатів обстежень

- Обговорення даних, занесених в щоденник самопочуття вагітної з особливою увагою до можливих загрозливих симптомів та необхідності своєчасного звернення за медичною допомогою. Надають адреси пологових будинків (відділень) та номери телефонів куди може звернутись жінка.



# 7 -ий візит (38 тижнів вагітності)

## Обстеження вагітної:

- вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми
- вимірювання артеріального тиску
- вимірювання пульсу (частота, ритмічність)
- вимірювання температури тіла
- огляд нижніх кінцівок
- аускультация серцебиття плода

## Лабораторне обстеження:

- -загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка

**Надання розгорнутої інформації щодо:** дій жінки у разі початку пологової діяльності, вилиття навколоплідної рідини або появи можливих загрозливих симптомів;

- післяпологової контрацепції
- Обговорюють дані занесені в щоденник самопочуття вагітної. Надають адреси пологових будинків (відділень) та номери телефонів куди повинна звернутись жінка за своєчасною медичною допомогою



## 8 -ий візит (40 тижнів вагітності)

### Обстеження вагітної:

- вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми
- вимірювання артеріального тиску
- вимірювання пульсу (частота, ритмічність)
- вимірювання температури тіла
- огляд нижніх кінцівок
- аускультация серцебиття плода

**Лабораторне обстеження:** загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка

### Надання розгорнутої інформації щодо:

- можливих дій при переношеній вагітності,
- післяпологової контрацепції
- адрес пологових будинків (відділень) та номерів телефонів куди може звернутись жінка за своєчасною медичною допомогою.
- Обговорюють дані занесені в щоденник самопочуттів вагітної

# 9 – ий візит (41 тиждень вагітності)

## Обстеження вагітної:

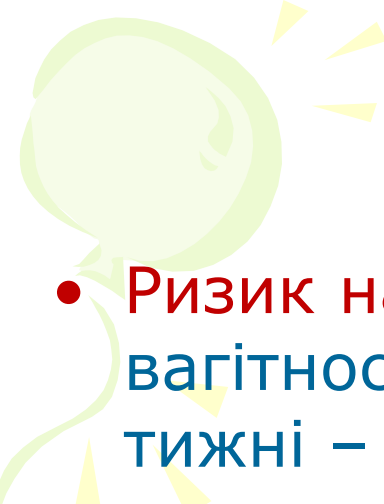
- вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми
- вимірювання артеріального тиску
- вимірювання пульсу (частота, ритмічність)
- вимірювання температури тіла
- огляд нижніх кінцівок
- аускультация серцебиття плода

**Лабораторне обстеження:** загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка

## Надання розгорнутої інформації щодо:

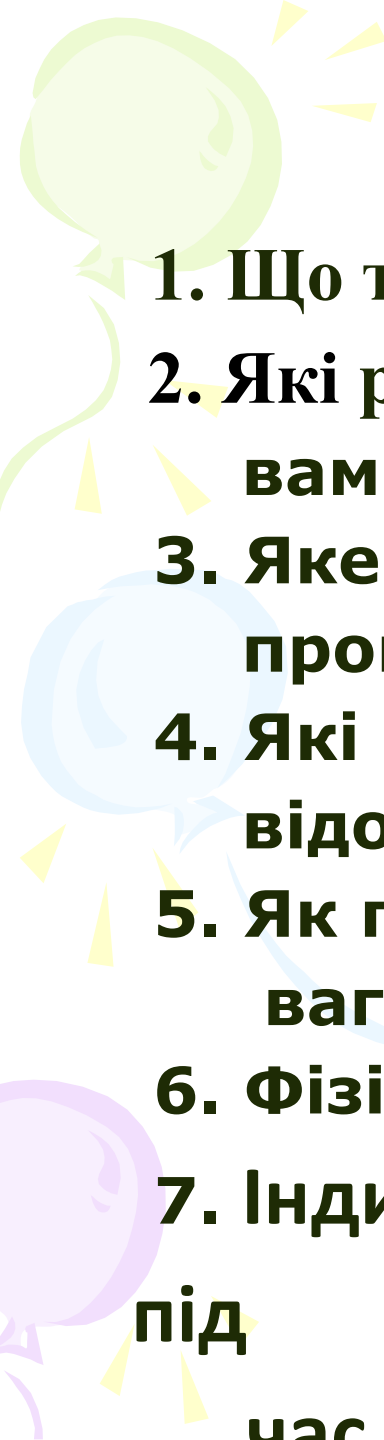
- можливої подальшої тактики ведення вагітності (індукція пологової діяльності або «очікувальне» ведення, обговорення позитивних та негативних наслідків кожного з варіантів)
- післяпологової контрацепції.
- адрес пологових будинків (відділень) та номерів телефонів куди може звернутись жінка за своєчасною медичною допомогою

Обговорюють дані занесені в щоденник самопочуття вагітної



## 9 – ий візит (41 тиждень вагітності)

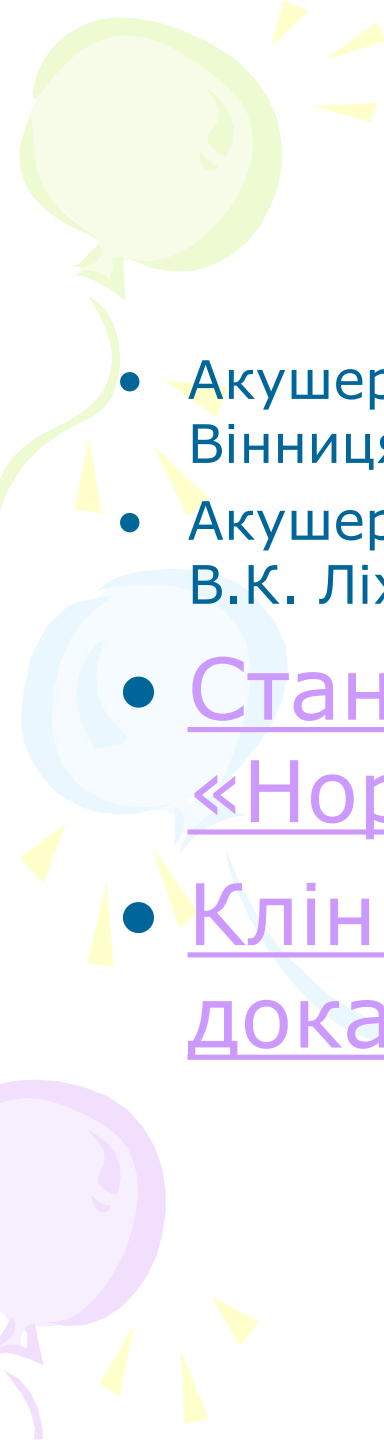
- Ризик народження мертвого плода у терміні вагітності 37 тижнів складає 1 на 3000, на 42 тижні – 3 на 3000, на 43 тижні – 6 на 3000.
  - Жінкам з неускладненим перебігом вагітності індукцію пологів потрібно запропонувати після 41 тижня вагітності
  - Якщо вагітна обирає індукцію пологової діяльності –скеровується в пологовий стаціонар.
  - Якщо вагітна обирає «очікувальну» тактику ведення – пропонується посилений антенатальний моніторинг, починаючи з 42 тижня вагітності: КТГ 2 рази на тиждень, УЗД з визначенням кількості амніотичної рідини
- 



# **ПИТАННЯ**

- 1. Що таке антенатальна допомога ?**
- 2. Які рівні надання антенатальної допомоги вам відомі ?**
- 3. Яке клініко-лабораторне обстеження проводять під час вагітності ?**
- 4. Які групи ризику серед вагітних вам відомі ?**
- 5. Як проводиться спостереження за вагітністю по триместрах ?**
- 6. Фізіологічні зміни під час вагітності ?**
- 7. Індикатори якості медичної допомоги під час спостереження за вагітністю ?**





# Література

- Акушерство. Том 1.. Базовий курс. / В.К. Ліхачов.- Вінниця:Нова Книга,2021.-392с.
- Акушерство. Том 2. Сучасна акушерська практика / В.К. Ліхачов.-Вінниця: Нова Книга, 2022.- 512 с.
- Стандарти медичної допомоги «Нормальна вагітність»
- Клінічна настанова, заснована на доказах «Нормальна вагітність»