

І. Р. Ніцович

Акушерство та гінекологія

Том 1. Фізіологічне акушерство



Чернівці
2023

ОБСЬЯЖКОВИЙ ПРИМІРНИК

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Акушерство та гінекологія

Том 1. Фізіологічне акушерство

Навчальний посібник

І.Р.Ніцович



636597

Чернівці
БДМУ
2023

НАЦІОНАЛЬНА 3
НАУКОВА МЕДИЧНА
БІБЛІОТЕКА УКРАЇНИ
01033, м.Київ, вул.Л.Толстого, 7

УДК 618.1/.2(075.8)

Н 70

Рекомендовано Вченою радою Буковинського державного медичного університету як навчальний посібник для студентів та лікарів-інтернів медичних факультетів (протокол № 11 від «23» березня 2023 р.).

Автор:

І.Р. Ніцович – кандидат медичних наук., доцент, доцент закладу вищої освіти кафедри акушерства та гінекології Буковинського державного медичного університету.

Рецензенти:

д.мед.н., проф. Ліхачов В.К. – завідувач кафедри акушерства та гінекології №2 «Полтавський державний медичний університет» МОЗ України;

д.мед.н., проф. Геряк С.М. – завідувач кафедри акушерства та гінекології №2 «Тернопільський державний медичний університет ім. Я.І. Горбачевського» МОЗ України.

Ніцович І.Р. Акушерство та гінекологія. Том 1. Фізіологічне акушерство: навч. посіб. / І.Р. Ніцович.– Чернівці: БДМУ, 2023.– 322 с.: іл. (331), табл., схеми (120).

ISBN 978-617-519-027-2

У навчальному посібнику наведено сучасні дані для опанування базових знань з акушерства, засновані на принципах доказової медицини, гайдлайнах, клінічних настановах, протоколах, практичних рекомендаціях.

Підручник сформований на сучасній програмній базі, написаний на високому теоретичному і практичному рівні. В першому томі наведено дані і уявлення з фізіологічного акушерства – фізіологічного перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду, акушерські підходи до анатомічних особливостей жіночого таза і плода, акушерської термінології, діагностики стану вагітної та внутрішньоутробного плода, транзиторні стани новонароджених, заповнення партограми, інтерпретація лабораторних досліджень. Описано етапи розвитку пологової діяльності, ведення фізіологічних пологів, перинатальної охорони плода, фізіології і патології періоду новонародженості.

Видання широко ілюстровано кольоровими рисунками, фотографіями, таблицями, схемами. Навчальний посібник розрахований на студентів 4-6 курсів вищих медичних закладів освіти з дисципліни «Акушерство та гінекологія», спеціальності «Медицина», лікарів-інтернів, практичних лікарів акушерів-гінекологів.

УДК 618.1/.2(075.8)

ISBN 978-617-519-027-2

© Ніцович І.Р., 2023.

ЗМІСТ	Стор
<i>ВСТУП</i>	3
Розділ I. ФІЗІОЛОГІЯ ВАГІТНОСТІ	5
Психопрофілактична підготовка вагітних до пологів	9
Підготовка до партнерських пологів	10
Обстеження жінок під час вагітності	11
Клінічний маршрут пацієнта при взятті вагітної під медичний нагляд	13
Преконцепційна підготовка вагітної до народження дитини	17
Графік візитів вагітної до лікаря	18
Харчування вагітних	24
Відпочинок та фізичне навантаження	26
Вітамінні та мікроелементи	29
Зміни в організмі жінки при вагітності	35
РОЗДІЛ II. ЗАПЛІДНЕННЯ ТА РОЗВИТОК ПЛІДНОГО ЯЙЦЯ. ПЕРІНАТАЛЬНА ОХОРОНА ПЛОДА	50
Ембріогенез	53
Критичні періоди розвитку ембріона і плода	57
Класифікація вроджених вад розвитку плода	59
Діагностика вагітності та визначення терміну вагітності	60
Пренатальна («дородова») діагностика	63
Вирахування терміну вагітності та пологів	68
Розділ III. МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ВАГІТНИХ. ЖІНОЧИЙ ТАЗ. ПЛІД ЯК ОБ'ЄКТ ПОЛОГІВ	71
Об'єктивне акушерське обстеження	72
Таз з акушерської точки зору	73
Площини порожнини малого тазу	83
Плід як об'єкт пологів	90
Вирахування передбачуваної ваги плода	94
Вирахування передбачуваної довжини плода	95
Акушерська термінологія	96
Зовнішнє акушерське обстеження	97
Вислуховування серцебиття плода у вагітних	102
Внутрішнє акушерське обстеження	104
Визначення положення голівки плода по відношенню до площин тазу	111
Додаткові методи обстеження вагітних	116
Ультразвукове дослідження при вагітності	116
Допплерометрія плода	127
Кардіотокографія плода	136
Біофізичний профіль плода	153
Амніоскопія	161
Фетоскопія. Біопсія ворсин хоріону	162
Плацентоцентез (біопсія плаценти)	165
Амніоцентез	165
Кордоцентез. Біопсія шкіри плода	167

Цитогенетичні методи дослідження в акушерстві Каріотипування	169
Біохімічні дослідження маркерних сироваткових білків	170
Тести функціональної діагностики діяльності яєчників	173
Методи оцінки готовності організму вагітної до пологів	176
Сучасні підходи підготовки вагітних до пологів	180
Алгоритм побудови акушерського діагнозу при вагітності	182
Розділ IV. ФІЗІОЛОГІЯ ПОЛОГІВ. ЗНЕБОЛЕННЯ ПОЛОГІВ	
Механізм скорочення матки	183
Передвісники пологів	189
Фізіологічний прелімінарний період	195
Періоди пологів	199
Нормальна скоротлива діяльність матки	204
Принципи ведення нормальних пологів	209
Методи оцінки ступеня розкриття шийки матки	212
Знеболення пологів	214
Положення жінки в I періоді пологів	226
Спостереження та допомога в II періоді пологів	229
Біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання	236
Біомеханізм пологів при задньому виді потиличного передлежання	243
Первинна обробка новонародженого	246
Десять кроків теплового ланцюжка	255
Ведення III періоду пологів	255
Розділ V. ФІЗІОЛОГІЯ ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ. ФІЗІОЛОГІЯ ПЕРІОДУ НОВОНАРОДЖЕНОСТІ	
Післяпологовий (пуерперальний) період	264
Післяпологові захворювання неінфекційної етіології	272
Післяпологова контрацепція	273
Алгоритм побудови акушерського діагнозу роділлям	274
Фізіологія періоду новонародженості	274
ДОДАТКИ	
Використання партограми	290
Інтерпретація лабораторних показників	297
Вітаміни для вагітних і годуючих	317
Список умовних скорочень	318
Використана література	319

ВСТУП

*«Вчитель! Перед ім'ям твоїм,
дозволь смиренно схилити коліна!»*

Історія становлення та розвитку нашого вищого медичного навчального закладу, кафедри акушерства та гінекології нерозривно пов'язана з людьми, які коли-небудь в ній працювали. Різні люди, різні долі... Але всіх їх об'єднувало одне спільне бажання - служити своїй найбільшій професії - професії лікаря, викладача, і одній з шляхетних наук - медицині. Звикаючи до деяких людей, ми часто перестаємо помічати їх, займаємося буденними проблемами, не віддаємо собі звіту в тому, що нам випало щастя кожен день спілкуватися з чудовою людиною. І тільки в момент, коли втрачаємо щастя спілкування з кимось, починаємо розуміти, кого втратили і наскільки непоправна ця втрата.

Започатковане багатотомне видання присвячуємо світлій пам'яті свого батька, лікаря акушера-гінеколога, досвідченого педагога та науковця, завідувача кафедри акушерства та гінекології (1992-1994 рр.) Буковинського державного медичного університету, доцента Ніцовича Романа Михайловича (07.10.1929 - 09.05.2017), знаного на Буковині та за її межами «жіночого Бога», висококласного хірурга, і в зв'язку з квілеєм.



Не дарма говорять: «Людина жива, поки про неї пам'ятають». Ми шануємо пам'ять нашого Вчителя, вченого, геніального хірурга, який врятував життя тисячам потребуючим допомоги. Від лікаря залежить лише п'ятдесят відсотків здоров'я хворої, решта п'ятдесят - залежить від самої пацієнтки. Радість життя завжди переплітається з журбою втрат. Це істина, з якою кожній людині приходится жити. Нажаль істинне значення та цінність людини приходять іноді лише після її смерті.

Справжній учитель та спеціаліст цінний саме тим, скількох людей він навчив. За свою більш ніж 50-ти річну тернисту лікарську, наукову та викладацьку діяльність Роман Михайлович став талановитим лікарем, організатором охорони здоров'я, педагогом, лектором, наставником студентської молоді, блискучим хірургом-оператором, чудовим акушером. Він навчив та виховав велику плеяду справжніх висококваліфікованих лікарів, хірургів та спеціалістів з акушерства та гінекології, повернув здоров'я тисячам пацієнтів, прийняв не одну сотню пологів. Від нього вчилися не лише лікувати хворого, а й у першу чергу – людяності, порядності, душевності, безкорисливості, професіоналізму.

Сотні випускників медичного університету пройшли незабутню школу його професійного та педагогічного таланту. Серед них чимало сьогоденних академіків, професорів, докторів і кандидатів наук, досвідчених спеціалістів в усіх куточках України, близького та далекого зарубіжжя. Роман Михайлович передав своїм учням не тільки професійні знання, він прищеплював їм принципи, якими має керуватися лікар у своєму ставленні до хворого. Його життя було присвячено служінню народу, збереженню його здоров'я. Це взірець для всіх нас, і для майбутнього молодого покоління, що лише розпочинає освоєння медицини, і для зрілих лікарів. Ті, що прийдуть після нас, будуть іншими, кращим чи гіршим, але іншими. І ми хотіли б, щоб вони успадкували повагу до хворого, примножили набуті знання та навички своїх вчителів, попередників.

Ми пишаємося тим, що мали честь вчитися азів практичного і оперативного акушерства та гінекології у людини, відданої улюбленій справі. Таким безвідмовним лікарем та вчителем Роман Михайлович Ніцович назавжди залишиться у наших серцях та пам'яті.

В ніч, в родзал, в момент критичний
Він на виклик швидко виїжджа,
І рубець тоненький, косметичний
Під руками — наче вишива...
Скільки доброти в його обличчі!
Акушерів мудрих атаман,
Охоронець всіх жінок одвічний
Любий наш Михайлович Роман!
Без гучних живе він декламацій,
А в душі поезія цвіте!
Акушерства Бог, доцент і майстер праці
Має руки й серце золоте... (М.Ткач).

Наші попередники могли задовольнятися тим рівнем освіти, який вони отримали в своїй молодості. Але що стосується нас, то ми повинні знову і знову приступати до навчання, якщо не хочемо відстати від життя.

Незважаючи на значні досягнення медицини, частота проявів, утруднена діагностика та лікування акушерської й перинатальної патології залишаються високою і посідають головне місце в структурі материнської смертності. Зниження материнської і неонатальної захворюваності та смертності в значній мірі залежить від вірної тактики ведення вагітності, пологів та вчасного вибору методу розродження. У цьому плані дуже важливо вдосконалювати структуру та організацію роботи акушерсько-гінекологічних установ, підвищувати кваліфікацію медичних кадрів.

Все ширше впроваджуються сучасні інформативні методи дослідження, такі як ультразвукове сканування, цервікоамніоскопія, кардіотокографія, комп'ютерний моніторинг під час пологів, лапаро- та гістероскопія. Тому акушерська практика має ґрунтуватися на глибоких знаннях і розумінні лікарем суті фізіологічних і патологічних процесів та наслідкових змін, що відбуваються в організмі матері й плода.

В наших виданнях висвітлені з сучасних позицій медицини питання раціонального ведення вагітності у жінок з різними видами патології, питання використання інформативних методів дослідження, лікування і контролю під час ведення пологів. Узагальнені важливі моменти з діагностики акушерської патології, більше уваги присвячено візуальним зображенням, фотографіям, схемам, таблицям, що певною мірою пояснює суть фізіологічних та патологічних процесів. Розглянуто регуляторні механізми скорочувальної діяльності матки при фізіологічних пологах, висвітлені сучасні принципи ведення пологів; детально описані клініка, діагностика та лікування аномалій пологової діяльності, ведення пологів при акушерській патології, вузьких тазах, невірних положеннях і передлежаннях плода, передчасних пологах та інші.

У навчальних посібниках узагальнені дані літератури останніх років, найбільш повний виклад нових важливих практичних аспектів діагностики та лікування в клініці та досвід співробітників кафедри акушерства та гінекології Буковинського державного медичного університету, які мають значний практичний, педагогічний і науково-дослідницький досвід у різних напрямках акушерства та гінекології. Сподіваюсь, що ця допомога буде корисною акушерам-гінекологам, студентам медичних вузів і лікарям суміжних спеціальностей які працюють у первинній ланці охорони здоров'я.

Посібники задумано і написано як настільні книги для студентів та лікарів, які дають відповіді на їхні повсякденні питання. І якщо наш задум вдався хоча б частково, будемо вважати свою працю не марною. Хочу побажати студентам та лікарям глибоко вникнути в матеріал, розібратися з усіма питаннями, з тим, щоб стати прекрасними лікарями і, незважаючи ні на що, отримувати задоволення від своєї лікувальної-профілактичної та просвітницької діяльності.

В посібнику використано рекомендації фахових товариств світу, дані Кохрейнівської бібліотеки, адаптовано згідно рекомендацій медичної школи США («Current diagnosis and treatment. Obstetrics and gynecology» — eleventh edition. — 2012. Author — Alan H. de Cherny et al.), асоціації акушерів-гінекологів Канади («Програма по зниженню материнської та неонатальної смертності та захворюваності — ALARM»).

Нам не страшно, що ми навчимо студента, лікаря і він піде від нас, нам страшно, що ми не навчимо і він залишиться за межами медичної професії. Коріння наук гіркі, плоди солодкі. Добре робить той, хто вчиться на помилках інших.

Висловлюю вдячність нашим попередникам — співробітникам кафедри акушерства та гінекології, вченим, лікарям акушерам-гінекологам, авторам численних підручників, атласів, посібників, монографій, плідна праця яких сприяла вивченню та вдосконаленню акушерської майстерності, написанню даних посібників.

Висловлюю ширю подяку рецензентам, колегам за критичні зауваження і пропозиції щодо змісту посібників. Усі критичні зауваження, пропозиції та побажання читачів прийму з глибокою вдячністю для подальшого вдосконалення посібників.

Знати, щоб передбачити. Передбачити, щоб діяти. Діяти, щоб попередити. (Огюст Конт).

І Р Ніцович



Розділ І. ФІЗІОЛОГІЯ ВАГІТНОСТІ.

В Україні створена 3-рівнева система акушерсько-гінекологічної допомоги.

Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога. Сучасна організація амбулаторної гінекологічної допомоги передбачає проведення заходів з питань профілактики виникнення гінекологічних захворювань, раннього їх виявлення та надання лікувальної та реабілітаційної допомоги. Значущою ланкою залишаються профілактичні огляди. Зокрема, допомогою в оглядових кабінетах забезпечуються всі жінки, які звернулися вперше в поточному році до поліклініки

Основними принципами організації амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги є етапність (рівні) надання медичної допомоги, за узагальненими нормативами (стандартами) надання медичної допомоги, систематичний, кваліфікований, доступний в селах і містах лікарський, фельдшерський, сестринський профілактичний нагляд за жінками.

На I етапі амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу жінки отримують у лікарських амбулаторіях та дільничних лікарнях (без лікаря акушера-гінеколога). Амбулаторна робота акушерки на I етапі, в основному, має профілактичний характер з метою попередження ускладнень вагітності та виникнення гінекологічних захворювань.

На II етапі амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу вагітним та гінекологічним хворим здійснює медичний персонал сільської амбулаторії та дільничної лікарні, лікар акушер-гінеколог ЦРЛ. У лікувальних закладах II етапу спостерігаються вагітні без ускладненого перебігу вагітності.

На III етапі амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу здійснюють спеціалісти обласних лікарень. У ЛПЗ III етапу забезпечується поглиблене виконання обсягу медичного обстеження, який не може бути виконаний на попередніх етапах надання медичної допомоги вагітним та гінекологічним хворим. За необхідності проводиться консультативне обстеження іншими спеціалістами.

Стационарна медична акушерсько-гінекологічна допомога.

Стационарна акушерська допомога населенню надається в самостійних пологових будинках або в пологових відділеннях, які входять до складу лікарень. Організація їх роботи будується за єдиним принципом відповідно до діючого законодавства, наказів, розпоряджень, інструкцій, вказівок. Структура пологового будинку повинна відповідати вимогам будівельних норм (площа для матері та дитини – 9 м²) і правил щодо лікувально-профілактичних закладів; оснащення – таблицю устаткування пологового будинку; санітарно-протиепідемічний режим – діючим нормативним документам.

До I рівня відносяться районні, центральні районні та міські лікарні, в яких відсутні відділення анестезіології та інтенсивної терапії. Забезпечується цілодобове чергування анестезіолога (чергування вдома). Лікувальні заклади цього рівня забезпечують розродження вагітних з низьким ступенем акушерського та перинатального ризику розвитку ускладнень, надання медичної допомоги гінекологічним хворим.

До II рівня відносяться районні лікарні, ЦРЛ та акушерські відділення міських лікарень, міські пологові будинки, у яких є відділення анестезіології та інтенсивної терапії, а також черговий неонатолог цілодобово. Лікувальні заклади цього рівня забезпечують розродження вагітних низького і високого (за сукупністю факторів) ступеня акушерського та перинатального ризику, а також виконують усі функції установ I рівня, в тому числі надання кваліфікованої допомоги гінекологічним хворим, окрім спеціалізованої гінекологічної допомоги.

До III рівня відносяться міські, обласні пологові відділення, перинатальні центри та центри репродуктивного здоров'я, які є клінічними базами кафедр акушерства і гінекології III-IV рівня акредитації, а також пологові відділення обласних лікарень, які мають у своєму складі відділення акушерської реанімації та інтенсивної терапії новонароджених; інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України.

Лікувальні заклади цього рівня забезпечують розродження вагітних вкрай високого та високого ступеня акушерського та перинатального ризику, з тяжкою екстрагенітальною патологією, надання спеціалізованої допомоги гінекологічним хворим. Організація роботи пологових будинків або пологових відділень будується за єдиним принципом відповідно до діючого законодавства.

Основні завдання акушерського стаціонару: • надання кваліфікованої медичної допомоги вагітним, родільям, породільям, заснованої на доказовій медицині,

• впровадження в практику сучасних безпечних методів ведення пологів та періоду новонародженості; • проведення профілактичних заходів щодо ускладнень вагітності, пологів, післяпологового періоду та інфекційних захворювань серед матерів і дітей; • інформаційна робота серед вагітних, породіль та їх сімей.

Структурні відділення акушерського стаціонару

Фізіологічне акушерське відділення (санітарний пропускник, палати патології вагітних, пологовий блок, післяпологові палати, післяпологові палати спільного перебування матері та дитини, маніпуляційна, оглядові, палати інтенсивної терапії, дитяче відділення).

Особливістю пологового будинку (акушерського відділення) зі спільним перебуванням матері і дитини є активна участь матері в догляді за новонародженою дитиною.

При спільному перебуванні матері і дитини після пологів обмежується контакт новонародженого з медичним персоналом, знижується можливість інфікування дитини госпітальними штамами мікробів, створюються сприятливі умови для заселення організму новонародженого мікрофлорою матері. При такому режимі є можливість навчити матір навичкам виходжування та догляду за новонародженим.

Організація акушерських стаціонарів передбачає створення індивідуальних пологових палат у відповідності вимог Цивільного кодексу щодо конфіденційності стану здоров'я пацієнта, забезпечення

комфортних умов спільного перебування матері та новонародженого в індивідуальній палаті з метою забезпечення дотримання «теплого ланцюжка» та профілактики інфекційних захворювань у породіль та новонароджених.

Індивідуальні пологові палати оснащуються функціональним ліжком або ліжком-трансформером для приймання пологів та перебування на ньому породіллі під час усього періоду госпіталізації, засобами для ведення пологів (м'ячі, стілець, шведська стінка, спеціальний килимок), сповивальним столиком. Після пологів мати й дитина спільно перебувають до виписки із стаціонару.

Палата для госпіталізації вагітних, роділь та породіль з інфекційними захворюваннями в стадії гострих клінічних проявів оснащується функціональним ліжком або ліжком-трансформером для приймання пологів та перебування на ньому породіллі під час усього періоду госпіталізації, необхідним медичним обладнанням та засобами для ведення пологів (м'ячі, стілець, шведська стінка, спеціальний килимок).

Медичний персонал акушерського стаціонару дозволяє присутність партнера не більше 2 осіб (чоловіка, членів родини, близьких) на пологах відповідно до порядку, затвердженого головним лікарем ЗОЗ з урахуванням бажання роділлі. Присутність членів родини за наявності в них туберкульозу або гострих проявів інфекційного захворювання в акушерському стаціонарі не допускається. Особи, присутні на пологах, повинні бути в чистому домашньому одязі та змінному взутті. Дозволяються відвідування матері (з урахуванням її бажання) і дитини в акушерському стаціонарі близькими родичами (не більше 2 осіб одночасно) та їх допомога в догляді за новонародженим і породіллю. Можливість відвідування породіллі членами родини до 14 років вирішується головним лікарем стаціонару.

Виписка з акушерського стаціонару за умови фізіологічного перебігу пологів та післяпологового періоду здійснюється на 3-тю добу після пологів.

Протипоказання для спільного перебування матері і дитини

Протипоказання з боку матері:

- тяжкі форми пізніх гестозів;
- екстрагенітальні захворювання в стадії декомпенсації;
- операційні втручання з важкими порушеннями гомеостазу;
- гострі інфекційні генітальні та екстрагенітальні захворювання;
- розриви промежини III ступеня.

Протипоказання з боку новонародженого:

- недоношеність IV ступеня;
- внутрішньоутробна гіпотрофія плода III ступеня;
- асфіксія при народженні (середнього і важкого ступенів);
- родова травма з порушеннями функцій життєво важливих систем;
- важкі вроджені вади;
- гемолітична хвороба важкого ступеня;
- синдром дихальних розладів II і III ступенів.

Епідеміологічний нагляд – це система постійних комплексних спостережень за динамікою епідемічного процесу внутрішньолікарняних інфекцій (носіїство, захворюваність, летальність та ін.), факторами, які впливають на їх поширення; аналіз і узагальнення одержуваної інформації з метою розробки рекомендацій і проведення профілактичних та протиепідеміологічних заходів.

У рамках нагляду здійснюється:

Оперативне спостереження за захворюваннями внутрішньолікарняними інфекціями (Додаток до наказу Міністерства охорони здоров'я України №4 від 1998 р.).

Спостереження за циркулюючими в акушерському стаціонарі лікарняними штамами мікроорганізмів на підставі даних етіологічної структури внутрішньолікарняних захворювань, результатів дослідження на носійство медичного персоналу, визначення поширеності умовно-патогенних мікроорганізмів у повітрі і на об'єктах навколишнього середовища.

Для визначення етіології внутрішньолікарняних інфекцій необхідне мікробіологічне дослідження патологічного матеріалу (виділення з верхніх дихальних шляхів медпрацівників та пацієнтів, фекалій вагітних жінок та новонароджених групи ризику, вагінальний вміст вагітних жінок та породіль груп ризику, навколорідні води, шлунковий вміст новонароджених груп ризику, кров, ліквор, гній, молоко) від хворого з підозрою на внутрішньолікарняне захворювання.

Бактеріологічне дослідження медичного персоналу акушерського стаціонару на наявність золотистого стафілококу проводиться 2 рази на рік при проведенні періодичних медичних обстежень і за показаннями. Досліджується матеріал з передніх відділів слизової оболонки носу. Бактеріологічне дослідження проводиться лабораторіями СЕС. Результати дослідження передаються до пологового будинку, де їх записують в санітарну книжку медичного працівника.

В акушерських стаціонарах проводиться обов'язкове обстеження на реакцію Васермана всіх вагітних, роділь, породіль, недообстежених в жіночих консультаціях. Вся інформація використовується для проведення оперативного аналізу, який проводиться епідеміологом СЕС.

Переделісники епідеміологічного неблагополуччя в пологовому будинку:

1. Поява серед новонароджених дітей із захворюваннями однієї клінічної нозоформи.
2. Реєстрація захворювання з тяжким клінічним перебігом (сепсис, абсцес, тощо).
3. Збільшення числа захворювань серед новонароджених в перші 5 днів після народження.
4. Випадки гнійно-запальних та інших інфекційних захворювань серед роділь і медичного персоналу.

5. Збільшення виявлення умовно-патогенних мікроорганізмів на предметах навколишнього середовища в пологовому залі, дитячих палатах, операційних на 15 %.

6. Перевищення допустимих рівнів бактеріального обсіювання повітря в приміщеннях акушерського стаціонару.

7. Аварійні ситуації.

8. Перевантаження пологових будинків на 30%.

Положення про жіночу консультацію (ЖК)

1. ЖК є структурним підрозділом пологового будинку або підпорядковується територіальному базовому лікувально-профілактичному закладу (ЛПЗ) для надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в районі діяльності з використанням сучасних медичних технологій та надання послуг по плануванню сім'ї, охороні репродуктивного здоров'я.

2. Планування діяльності фінансування, укомплектування штатами, оснащення ЖК діагностичною апаратурою, інструментарієм, господарським інвентарем та обладнанням проводиться відповідно до діючих нормативів в установленому порядку.

3. Персонал ЖК керується діючим законодавством, положенням про жіночу консультацію (наказ МОЗ України №503 від 28.12.2002 року), наказами, інструкціями, та іншими чинними нормативними актами органів охорони здоров'я, посадовими інструкціями.

4. Розрахункова площа приміщень ЖК повинна відповідати нормативним вимогам, що пред'являються до лікувальних закладів («Державні будівельні норми України. Будинки і споруди. Заклади охорони здоров'я. ДБН В.2.2-10-200Г»)

Основні завдання ЖК:

1. Надання висококваліфікованої акушерсько-гінекологічної допомоги населенню прикріпленої території.

2. Організація і проведення комплексу лікувально-профілактичних заходів, направлених на запобігання ускладнень вагітності, післяпологового періоду, гінекологічних захворювань, проведення профілактичних заходів по перинатальній охороні плода на основі сучасних досягнень науки і практики.

3. Впровадження в практику роботи сучасних методів та передових форм амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги по профілактиці, діагностиці і лікуванню вагітних жінок, гінекологічних хворих.

4. Раннє виявлення вагітних жінок (до 12 тижнів гестації) з метою визначення можливості виношування вагітності та диспансерного нагляду.

5. Систематичне клінічне, функціональне, ультразвукове та лабораторне обстеження вагітних з застосуванням сучасних методик з метою визначення ступеня та групи перинатального ризику, вибору раціональної акушерської тактики для забезпечення безпечного материнства.

6. Своєчасне виявлення ускладнень вагітності, екстрагенітальних і післяпологових захворювань, виявлення вагітних, потребуючих госпіталізації у відділення патології вагітних пологових будинків і інші лікувально-профілактичні заклади по профілю захворювання (екстрагенітальні, ендокринні захворювання, імуніконфлікти, невиношування вагітності та ін.).

7. Скерування вагітних жінок, які потребують лікування, в стаціонари денного перебування;

а. Забезпечення наступності в обстеженні і лікуванні з пологовим будинком, станцією швидкої і невідкладної медичної допомоги, поліклінікою для дорослих і дитячою поліклінікою, а також з іншими лікувально-профілактичними установами (протитуберкульозними, шкірно-венерологічними, онкологічним диспансерами та ін.);

б. Проведення занять з психопрофілактичної підготовки вагітних до пологів, залучення їх до навчання у «Школи відповідального батьківства», консультування в питаннях грудного вигодування немовлят;

с. Організація і проведення профілактичних гінекологічних оглядів з використанням сучасних методів обстеження (біохімічних, гормональних, кольпоскопічних, цитологічних, ультразвукового сканування) з метою раннього виявлення гінекологічних захворювань, своєчасного амбулаторного обстеження і лікування хворих.

8. Організація і проведення консультування сімей з питань планування сім'ї.

9. Диспансеризація хворих з гінекологічними захворюваннями згідно з «Нормативами надання медичної допомоги жіночому населенню за спеціальністю «Акушерство і гінекологія» в умовах амбулаторно поліклінічних лікувальних закладів».

10. Проведення роботи по програмі «Репродуктивне здоров'я жінок», рекомендації по застосуванню сучасних протизаплідних засобів з метою попередження непланованої вагітності, профілактика та лікування безпліддя, санітарно-просвітня робота.

11. Забезпечення амбулаторною акушерсько-гінекологічною допомогою жінок, що працюють на промислових підприємствах, розташованих у районі діяльності жіночої консультації, приймати активну участь у розробці і здійсненні лікувально-профілактичних заходів, що здійснюються адміністрацією промислових підприємств і громадських організацій по охороні здоров'я жінок.

12. Своєчасне надання відпустки у зв'язку з вагітністю та пологами згідно з діючим законодавством, експертиза тимчасової непрацездатності і видачу лікарняних листків, направлення у встановленому порядку осіб із стійкою втратою працездатності на лікарсько-консультативну комісію та МСЕК згідно з установленим порядком.

13. Виявлення і добір хворих із гінекологічними захворюваннями, що потребують санаторно-курортного лікування.

14. Організація медико-генетичного консультування подружжя, молоді, що збирається до шлюбу та сім'ї, в яких є високий ризик народження дітей з вадами розвитку або спадковими захворюваннями.

15. Забезпечення правового захисту жінок, згідно норм діючого законодавства, а при необхідності з участю юрисконсульта.

Керівництво ЖК здійснює завідувач ЖК, що безпосередньо підпорядковується керівнику лікувально-профілактичного закладу у склад до котрого входить ЖК, або його заступнику по медичній (лікувальній) роботі. Завідувач ЖК призначається у встановленому порядку.

Штат медичного персоналу ЖК встановлюється відповідно до чинних штатних нормативів. Згідно з наказом МОЗ України №33 від 23.02.2000р. штат формується з розрахунку: одна посада лікаря акушера-гінеколога на 3300 жінок старше 18 років. Посади акушерок вводяться відповідно до посад акушерів-гінекологів.

Для надання амбулаторної допомоги дітям і підліткам встановлюється посада лікаря-гінеколога дитячого та підліткового віку з розрахунку 0,5 посади на 10 тис. вказаного населення.

В ЖК передбачені посади терапевта на 60 тис. і стоматолога на 100 тис. дорослого населення.

Оснащення ЖК медичною апаратурою, інструментарієм, твердим інвентарем і господарським майном проводиться відповідно нормативам у встановленому порядку. ЖК у встановленому порядку складає і представляє плани і звіти про свою діяльність і веде обліково-звітну документацію. ЖК може бути клінічною (навчальною) базою вищого медичного закладу (факультету) для студентів, удосконалення лікарів, науково-дослідного закладу і медичного училища.

В структуру ЖК входять: – управління; – реєстратура;

– кабінети лікарів: акушерів-гінекологів, терапевта, стоматолога, психотерапевта, юриста. Кабінети спеціалізованих прийомів: планування сім'ї, невиношування вагітності, гінекологічної ендокринології, гінекології дитячого та підліткового віку, функціональної та пренатальної діагностики;

– господарча частина: – інші підрозділи:

а) лабораторія;

б) маніпуляційний кабінет;

в) операційна;

г) кабінет УЗД;

д) денний стаціонар;

е) фізіотерапевтичний кабінет;

з) соціально-правовий кабінет.

Фахівцями ЖК здійснюється методичне керівництво оглядовими кабінетами в багатoproфільних поліклініках за територіальним принципом.

Ведення вагітної в ЖК. Метою диспансерного нагляду за вагітними є збереження здоров'я жінки та народження здорової дитини. (наказ МОЗ України № 417).

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 та Обмінна карта), визначення обсягу і термінів лабораторного обстеження, заповнення вагітною анкети за згодою, інформативної 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.

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 можуть спостерігатись: лікарем загальної практики сімейної медицини, лікарем акушером-гінекологом, фельдшером, акушеркою.

Вагітні, які не входять до групи високого ризику виникнення у плода вродженої та спадкової патології повинні бути проінформовані лікарем загальної практики сімейної медицини, лікарем акушером-гінекологом, фельдшером, акушеркою, які спостерігають за вагітною, про доцільність одночасного проведення **ультразвукової діагностики (УЗД)** (11-13 тиж., 18-21 тиж. вагітності), біохімічного скринінгу вагітних (ХГЛ, плацентарного білка РАРР) та розрахунку ризику наявності у плода хромосомної та деякої вродженої патології.

При виявленні ознак наявності у плода вродженої чи спадкової патології вагітна скеровується на медико-генетичне консультування для вирішення тактики ведення вагітності та пологів. При підтвердженні виявленої патології проводиться пренатальний консилиум за участю лікаря акушера-гінеколога. УЗД плода може проводити фахівець, який має відповідну підготовку, за затвердженою схемою.

Під час кожного візиту всі дані фізикального, лабораторного та інструментального обстеження заносять в «Індивідуальну карту вагітної і породіллі» та «Обмінну карту» із зазначенням відповідних призначень, дати наступного відвідування і засвідчуються підписом лікаря та інформованою згодою вагітної за формою («Інформована згодна/незгодна»). У разі неускладненої вагітності оптимальна кількість візитів до фахівця за період спостереження становить в середньому **7-9 разів** (бажано разом з близькою людиною).

При виникненні ускладнень перебігу вагітності, якщо вагітна спостерігається лікарем загальної практики-сімейної медицини, фельдшером, акушеркою, вона негайно передається під нагляд лікаря акушера-гінеколога.

Частота відвідувань визначається лікарем за показаннями. Показання до додаткового візиту повинні бути обґрунтовані в медичній документації.

У разі виникнення ускладнень вагітності, які потребують стаціонарного лікування (чи лікування у денному стаціонарі) вагітна госпіталізується для обстеження і лікування у відділення (палату) патології вагітних пологового будинку (відділення) або спеціалізованого акушерського стаціонару або у гінекологічне відділення (у терміні до 22 тиж.), або у денний стаціонар.

За необхідністю лікування екстрагенітальної патології вагітна госпіталізується до 22 тижнів вагітності у терапевтичне відділення або у відділення за профілем захворювання або у відділення екстрагенітальної патології вагітних. В амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини, жіночих консультаціях вагітну та членів її родини готують до майбутнього батьківства в «Школі відповідального батьківства». Робота проводиться з використанням демонстраційних матеріалів, технічних засобів і предметів догляду за дитиною.

Психопрофілактична підготовка вагітних до пологів

Мета психопрофілактичної підготовки жінок до пологів (ввели в Україні К.І.Платанов (1925), О.Ю.Лур'є (1938), А.Й.Плотичер (1959) та І.З.Вельвовський (Харків, 1961) - зняти психогенний компонент пологового болю, відчуття страху і досягти позитивної психоемоційної установки на пологи як фізіологічний процес, при якому біль не обов'язковий, навчити мобілізувати свою волю для подолання страху перед пологами. Складається з дій, необхідних для проведення з самого початку вагітності, особливо за чотири тижні до пологів та під час їх протікання

Підготовка починає проводитись з початком вагітності: створення позитивних емоцій, уникнення страху перед пологами. Медичний психолог, лікар-психотерапевт проводять з жінками спеціальні заняття.

Для багатьох шкідливо залишається актуальним питання про включення в програму інформації про патології вагітності і можливі ускладнення, тому що це підвищує рівень тривожності жінки. Але сьогодні вже існує доказова база того, що інформованість жінки в цих питаннях допомагає уникнути багатьох патологічних станів. Психофізіологічна підготовка вагітної до пологів дозволяє нівелювати або не допустити розвитку післяпологового стресу, якому піддаються від 5 до 75% всіх жінок. Поширеність афективних патологій у жінок під час вагітності та в післяпологовому періоді становить 15-23%. Конфіденційне розслідування у Великобританії з приводу материнської смертності за останні 9 років показало, що 60% з них - це самогубства на тлі депресії, вчинені в період за 6 тижнів до пологів і 12 тижнів після (найбільш психологічно вразливий період для жінок).

Ознаки стресового розладу спостерігаються: у 33,2% жінок в кінці вагітності; у 45,7% на 4-у добу після пологів; у 32,5% через 6 місяців; у 18,2% через рік; у 19,2% через 2 роки.

Фактори ризику формування післяпологової депресії: Матеріально-побутові проблеми. Деструктивні мотиви зачаття. Небажана вагітність. Конфліктні відносини з близькими людьми, батьком дитини або власною матір'ю. Відсутність емоційної готовності до материнства і прийняття власної жіночності. Розлучення, смерть близької людини. Зміна соціального статусу і соціальна ізоляція. Соматичні захворювання, зловживання психоактивними речовинами. Нейроендокринні зрушення.

Післяпологова депресія зустрічається у 13 жінок незабаром після народження дитини, причому у 10% спостерігаються помірно або легке депресивний стан, психози з атипичним перебігом, маніакально-депресивний синдром, які вже потребують психологічної та психіатричної допомоги.

Доказовою медициною доведено, що: тривога і депресія під час вагітності призводить до: посилення нудоти і блювоти; збільшення частоти вживання тютюну і алкоголю, прееклампсії, інвазивних процедур, передчасних пологів, ЗВУР; розвитку післяпологової депресії, неефективного догляду за дитиною (надлишкове або недостатнє годування, через що часто зустрічається затримка розвитку дитини першого року життя). Страх, пов'язаний з пологами, призводить до дискоординації родової діяльності і частого використання епідуральної анестезії.

Доведені нелікарські методи корекції афективних порушень: психоосвітні і релаксаційні методики, медитативні техніки, психотерапія, музикотерапія, аутотренінг.

Питання, які можуть бути розкриті при груповій роботі в присутності майбутніх батьків: етапи розвитку сім'ї, сімейні ролі, подружні відносини, відносини з власними батьками. Проблеми, які вирішуються тільки при індивідуальній роботі: деструктивні мотиви зачаття, конфліктні відносини з близькими, емоційна неготовність до материнства, порушення гендерної ідентичності.

З 35 – 36 тижнів вагітності з жінкою проводять спеціальні заняття, під час яких її знайомлять з протіканням пологів, поведінці та прийомам, які сприяють знеболенню пологів.

Заняття 1. Лікар (медичний психолог) встановлює контакт з вагітною, з'ясовує її анамнез, особливо вік, освіта, професія, умови праці, домашні умови, шкідливі звички, стан емоційно-психічної сфери. Треба ретельно проаналізувати перебіг попередніх вагітностей.

Вагітні жінки повідомляють короткі знання про анатомічну будову жіночих статевих органів, про зміни, які відбуваються в організмі під час вагітності. Потрібно акцентувати увагу на змінах, що відбуваються під час вагітності та пологів. Жінка повинна отримати уяву про розвиток плода, положення, позицію, членорозташування, передлежачу частину, роль плаценти, навколоплідного міхура.

Пологи висвітлюють як нормальний фізіологічний акт, розповідають про три періоди пологів. Знайомлять жінку з особливостями першого періоду пологів, дають поняття про перейми, їх тривалість та регулярність.

підкреслюють фізіологічний характер змін, зв'язаних з розкриттям шийки матки, роз'яснюють роль плідного міхура, навколоплідних вод. Звертають увагу на те, що пологи потребують затрат фізичних сил. Тому важливо, щоб жінка під час пологів зберегла сили до вирішального моменту - вигнання плода.

Заняття 2. Розповідають, як повинна поводити себе жінка при появі потуг, та під час всього першого періоду пологів. Їх навчають заходам, що сприяють правильному перебігу пологів та зниженню больових відчуттів. Лікар розповідає про роль ЦНС у формуванні больових відчуттів, про безпідставність страху у зв'язку з майбутніми пологами, необов'язковість болю під час розродження.

Лежати спокійно. Під час перейм глибоко та ритмічно дихати. Поєднувати вдих та видих з легким поглажуванням нижньої половини живота кінчиками пальців двох рук, проводячи їх від середньої лінії над лобком зовні та вгору. Поглажувати шкіру у крижово-поперековій ділянці і поєднувати з диханням. Притискати шкіру до внутрішньої поверхні гребеня клубових кісток біля двох передньоверхніх остей та у зовнішніх кутах крижового ромбу. При натисканні біля передньоверхніх остей долоні розташовують вздовж стегон, натискування ж виконується кінцями великих пальців. Натискування у зовнішніх кутах крижового ромбу виконується підкладанням рук породіллі, стиснутих у кулаки. Рахувати перейми. У паузах між переймами відпочивати, та при змозі дрімати. Вагітні жінки повинні добре опанувати заходи та точно виконувати їх в послідовності, визначеній персоналом.

Заняття 3 Вагітних жінок знайомлять з протіканням пологів у другому і третьому періодах та характером відчуття породіллі. Радять раціональні положення на початку та наприкінці періоду вигнання. Навчають, як затримувати дихання при потугах, що для посилення потуг потрібно після глибокого вдиху затримувати дихання на 10-15 секунд, що сприяє посиленню м'язового напруження. Навчають правильному диханню та розслабленню усіх м'язів для зменшення сили потуги в момент виведення голівки. Знайомлять з перебігом післяпологового періоду довжиною та характером перейм.

Заняття 4. Вагітні розповідають, як підготувати молочні залози до годування малюка груддю, знайомлять з правилами особистої гігієни, ще раз наголошують на необхідності виконання лікувальної гімнастики.

Заняття 5. Коротко повторюють все вивчене на попередніх заняттях, перевіряють засвоєні жінками прийоми. Знайомлять з порядком та умовами в пологовому будинку, з обов'язковими та можливими маніпуляціями під час пологів (зовнішнє та піхвове дослідження, в/в уведення). Пояснюють необхідність суворого виконання усіх вказівок медичного персоналу, режиму харчування.

Психопрофілактичний метод підготовки вагітних до пологів розробляють у таких напрямках:

1. Доповнення фізичними вправами для вагітних. Це відбувається у 4 етапи: а) навчають вагітну правильно тримати тіло, дихати (грудне, черевне і змішане), розслабляти окремі групи м'язів, стежити за пульсом, диханням (самоконтроль); б) виконання простих гімнастичних рухів і вправ; в) засвоєння рухових навичок для виконання вправ (положення на спині, на боку); г) закріплення одержаних навичок і вдосконалення вправ. Ці вправи допомагають розслабити м'язи тіла, що сприяє економії власних сил і забезпечує повноцінний відпочинок у проміжках між переймами.

2. Аутогенне та гетерогенне тренування, самонавіювання на ослаблення больових відчуттів з урахуванням соматичної та акушерської патології. Курс аутотренінгу складає 9-10 занять по 25-30 хвилин. 3. Проведення сеансів декомпресії (сприяє зниженню больових відчуттів).

4. Призначення фізіотерапевтичних методів (УФО та інші).

ПІДГОТОВКА ДО ПАРТНЕРСЬКИХ ПОЛОГІВ

Фернанд Ламаз (Fernand Lamaze; 1891—1957) в 1950 році впровадив в акушерську практику принцип «партнерства в родах» і програму релаксації. (Наследие доктора Lamaze – рассказ человека, который изменил роды). Запоруку комфортних пологів він бачив в гармонійній підготовці тріади: розум (психологічний настрій, релаксація), тіло (положення тіла, способи розслаблення, нервово-м'язові вправи), дихання (дихальні методики).

В 70-х роках розроблено підходи, що включали в себе дозвіл роділлі ходити під час пологів і використовувати вертикальне положення для прискорення родів (Роберто Кальдейро-Барсія та інші), природні методи вигнання плода (Кіссінджер, Кальдейро-Барсія, Джойс Робертс, Елізабет Ноубл); більш тісний контакт між батьками і новонародженим (Маршал Клаус, Джон Кеннел); м'яке відношення з новонародженим (Фредерік Лебойер); акценти на емоційну підтримку при родах, створення домашнього оточення, можливості вільної і невимушеної поведінки матері (Мішель Оден, Гейл Петерсон, Клаус і Кеннел, Нільс Ньютон та інші); пологи в воду, філософія, вправи та гімнастика з йоги, дієта, правильне дихання в пологах, основи перинатальної психології (І.Б.Чарковський).

Необхідно поступово сформувані в сімейної пари правильне уявлення про вагітність і пологи, не викривлене побутовими стереотипами і страхами.

Програми допологової освіти зазвичай охоплюють низку тем і можуть включати в себе:

- 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.

Також пропонуються програми допологового навчання для подружніх пар, спрямовані на поліпшення відносин між подружжям та відносин між батьками і дітьми.

У курс підготовки до партнерських пологів включено: теоретичну освітню програму; програму фізичної підготовки до пологів; психологічну програму; виховну програму; метод гаптономії; метод арттерапії; методику музичної стимуляції розвитку плода і новонародженої дитини; метод релаксації з образом дитини; "щоденник вагітності сімейної пари".

Метод гаптономії починають використовувати в кінці II — на початку III триместрів вагітності після того, як з'явилися перші ознаки ворухіння дитини. Він полягає у поєднанні дотиків до живота матері з голосовою дією. Метод гаптономії проводять наступним чином:

- визначають час, коли дитина найбільш активна;
- за допомогою партнера проводять сеанс релаксації, який дає змогу жінці розслабитися, налаштуватися на внутрішнє відчуття дитини;
- жінка або її партнер кладе руку на живіт і вголос читає будь-який вірш, що відповідає ліричному настрою цього моменту. Можна використовувати мелодійну дитячу пісню. У процесі курсу гаптономії слід використовувати один і той самий текст вірша або пісні. Усе це поєднується з погладжувальними рухами або поплескувальними дотиками до живота вагітної. У процесі занять пара знаходить індивідуальні методи впливу на свою дитину за допомогою дотиків.

Курс розрахований на весь період вагітності. Через 2-3 тиж зазвичай встановлюють контакт з дитиною, про що свідчать ворухіння дитини під час проведення гаптономії. Жінки, які користуються цим методом, більш підготовлені до материнської ролі, легше налагоджують контакт із немовлям. Оскільки вони вчаться спостерігати за реакцією дитини на звуки голосу і певні фрази ще в період вагітності, їм легше реагувати на стан немовляти, розуміти його потреби.

Метод арттерапії (терапія мистецтвом) включає кілька модальностей: арттерапію, засновану на образотворчому мистецтві (живопис, колаж, інсталяції, ліплення), музикотерапію, драмтерапію, танцюрову терапію, літературну творчість. За допомогою всіх цих модальностей вагітні можуть виразити свої переживання в прийнятній для себе формі та змінити їх у позитивний бік. Також за допомогою технік, заснованих на методі арттерапії, майбутні матері можуть взаємодіяти з ненародженою дитиною і формувати у своїй свідомості її образ. Розвиток і вираження творчих ідей, які під час вагітності приходять до жінки, позитивно впливають на її самопочуття і настрій.

Метод релаксації з образом дитини також застосовується для виховання материнства і формування психологічного зв'язку матері з майбутньою дитиною. Проводиться у звичайних для релаксації умовах (неяскраве світло, тиха розслаблююча музика) і супроводиться голосом ведучого, що промовляє текст, який спрямовує фантазування матерів на образ дитини. У заняттях, спрямованих на підготовку сімейної пари, партнер навчається ролі ведучого.

Ведення «щоденника вагітності сімейної пари» дає змогу жінці та її партнерові побачити себе збоку, допомагає майбутнім батькам знайти різні варіанти вирішення складної ситуації, відчуття, що вони в змозі справлятися з проблемами. Щоденник дає можливість найбезпечнішим способом виражати будь-які негативні емоції. Ведення щоденника — це психологічне налаштування на те, щоб постійно аналізувати свій внутрішній світ, що стане в нагоді в майбутньому житті з дитиною.

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, 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 соціальної служби.

При фізіологічному перебігу вагітності якщо вагітна спостерігається лікарем загальної практики-сімейної медицини або фельдшером, акушеркою її необхідно скерувати на консультацію до лікаря акушера-гінеколога у терміні 19-21 і 30 тижнів вагітності.

При нагляді за вагітною в амбулаторних умовах лікарю загальної практики-сімейної медицини, лікарю акушера-гінеколога або фельдшеру, акушерці фельдшерсько-акушерського пункту необхідно дотримуватись плану ведення вагітних.

Обстеження жінок під час вагітності.

1. Збір анамнезу (загального, включаючи психічні захворювання, акушерського, гінекологічного; стан здоров'я батька дитини).

2. Загальний огляд; пальпація щитоподібної залози; аускультация серця і легенів; огляд і пальпація молочних залоз; пальпація лімфатичних вузлів, вимірювання зросту, маси тіла і розрахунок ІМТ (при постановці на облік).

3. Огляд та пальпація молочних залоз; вимірювання висоти стояння дна матки із занесенням даних до гравідограми; вимірювання АТ, пульсу (частота, ритмічність), температури тіла, вимірювання маси тіла (всім вагітним при кожному візиті); огляд нижніх кінцівок на наявність варикознорозширених вен; аускультация ЧСС плода (всім вагітним з 25-26 тижня вагітності).

4. Гінекологічний огляд (в дзеркалах та бімануальне дослідження) (при постановці на облік).
5. Мазок на цитологічне дослідження (при постановці на облік).
6. Мазок на флору (при постановці на облік за показаннями: при наявності скарг та клінічних проявів).
7. Лабораторні обстеження: -загальний аналіз сечі, включаючи тест на наявність білку (при постановці на облік і при кожному відвідуванні); -засів сечі для виявлення безсимптомної бактеріурії (при постановці на облік);
 - визначення групи крові та резус-належності (при постановці на облік);
 - аналіз крові на наявність антитіл при Rh негативній належності крові (при постановці на облік та у 28 тижнів);
 - загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів і гематокриту (при постановці на облік, у 29 тижнів вагітності, за показаннями);
 - серологічне обстеження на сифіліс (перше при постановці на облік, друге - у 29 тижнів вагітності);
 - тест на наявність HbsAg (при постановці на облік);
 - двогодичний тест толерантності до глюкози (всім вагітним у 25-26 тижнів).
8. Тест на ВІЛ-інфекцію (перший при постановці на облік, другий в 22-23 тижні вагітності). Якщо результат тесту позитивний – повторне обстеження не призначається. У разі першого звернення вагітної у терміні пізніше 23 тижнів – їй негайно призначається тестування крові на ВІЛ і у разі отримання негативного результату, повторне обстеження проводиться не пізніше 32 тижнів вагітності. У разі першого звернення вагітної пізніше 30 тижнів вагітності – їй негайно призначається тестування крові на ВІЛ і у разі отримання негативного результату, повторне обстеження проводиться експрес-методом в пологах.
9. УЗД: перше - в терміні вагітності від 11 до 13 тижнів+6 днів вагітності; друге - в терміні вагітності 18-21 тиждень. Проведення третього планового УЗД визначається індивідуально (висока група ризику вродженої вади серця або ін.) за показаннями у терміні 28-32 тижні для оцінки стану плода і фетометрії.
10. Біохімічний скринінг I триместру в терміні вагітності від 11 до 13⁶ тижнів днів вагітності (PAPP-A, вільний β-ХГ); II триместру у терміні 16-20 тижнів (АФП + вільний β-ХГ (double-test), або (АФП + вільний β-ХГ + вільний естріол (triple-test) з розрахунком індивідуального ризику наявності хромосомної та деякої вродженої патології плода (при інформованій згоді – всім або за показаннями). Вагітним жінкам, які пройшли біохімічний скринінг у I триместрі вагітності і не були включені до групи високого ризику, рекомендується у II триместрі визначати лише рівень АФП. (див. Методи дослідження в акушерстві).

Стандартне обстеження на інфекції перинатального періоду:

- 1.Визначення IgM доCMV, HSV, хламідій, токсоплазм у сироватці крові.
- 2.Визначення IgG до CMV, HSV, хламідій, токсоплазм (дослідження парних сироваток з інтервалом 2 тижні).
- 3.Визначення антигенів CMV, HSV, хламідій у матеріалі з цервікального каналу або уретри методом ІФА або ПЛР.

Рекомендації лікарю загальної практики - сімейної медицини При виявленні у вагітних наступних патологічних станів вони підлягають консультації акушера-гінеколога:

- анемія вагітних середнього та важкого ступеня (гемоглобін менше 90 г/л);
- загроза переривання вагітності без кров'янистих виділень із статевих шляхів;
- загроза переривання вагітності після стаціонарного лікування;
- затримка росту плода (без порушення функціонального стану плода);
- набряки вагітних без наявності гемодинамічних порушень.

Стани, які вимагають невідкладної консультації акушера-гінеколога у I триместрі вагітності:

- затримка менструації при позитивному тесті на вагітність і відсутності плідного яйця на УЗД;
- виявлення при УЗД ділянок відшарування хоріону, нечітка візуалізація ембріону;
- блювання вагітних середнього та важкого ступеня з кетонурією;
- періодичні тягнучі болі у нижній ділянці живота;
- приступи переймоподібного болю або регулярний переймоподібний біль унизу живота;
- кров'яністі виділення із піхви.

Стани, які вимагають невідкладної консультації акушера-гінеколога у II триместрі вагітності:

- періодичні тягнучі болі унизу живота;
- приступи переймоподібного болю або регулярний переймоподібний біль унизу живота;
- зміна характеру виділень (надмірні водянисті) або кров'яністі виділення із піхви;
- зміна характеру рухів плода за суб'єктивними відчуттями вагітної (хаотичні рухи, що тривають більше 30 секунд і виникають частіше 4 раз впродовж 1 години; менше ніж 10 рухів за 10 годин);
- зміна частоти серцевих скорочень плода при аускультатії – більше 170 уд/хв або менше 110 уд/хв;
- невідповідність розмірів матки (переважання або відставання) гестаційному терміну;
- виявлення Rh-антитіл у крові або УЗ-ознак гемолітичної хвороби плода (багатоводдя, подвійний контур голівки, набряк підшкірної клітковини, гепатоспленомегалія).

Стани, які вимагають невідкладної консультації акушера-гінеколога у III триместрі вагітності:

- періодичні тягнучі болі унизу живота;
- приступи переймоподібного болю або регулярний переймоподібний біль унизу живота;
- зміна характеру виділень (надмірні водянисті) або кров'яністі виділення із піхви;

- зміна характеру рухів плода за суб'єктивними відчуттями вагітної (хаотичні рухи, що тривають більше 30 секунд і виникають частіше 4 раз впродовж 1 години; менше ніж 10 рухів за 10 годин);
- зміна частоти серцевих скорочень плода при аускультатії – більше 170 уд/хв або менше 110 уд/хв.;
- невідповідність розмірів матки (переважання або відставання) гестаційному терміну;
- виявлення Rh-антитіл у крові або УЗ-ознак гемолітичної хвороби плода (багатоводдя, подвійний контур голівки, набряк підшкірної клітковини, гепатоспленомегалія);
- головний біль при поєднанні з підвищенням АТ;
- неконтрольована тяжка гіпертензія, гіпертензивний криз;
- поява або прогресування змін на очному дні.

Покази до негайної госпіталізації: кров'яністі виділення зі статевих шляхів;

- відходження навколо плодових вод;
- підвищення температури тіла вище 38°C;
- діастолічний АТ > 110 мм рт. ст.;
- головний біль; порушення зору;
- біль у епігастральній ділянці або правому подребер'ї;
- ознаки печінкової недостатності;
- олігурія (<25 мл/год);
- тромбоцитопенія (< 100 x 10⁹/л);
- будь-які стани, що супроводжуються порушенням життєво важливих функцій.

Покази до направлення вагітної на медико-генетичне консультування:

- вік вагітної 35 років і більше. Вік чоловіка 40 років і більше;
- наявність у одного з подружжя спадкової патології, хромосомної перебудови або вродженої вади розвитку;
- наявність у вагітної фенілкетонурії, муковісцидозу та інших спадкових захворювань;
- наявність вродині живих або померлих дітей зі спадковою або хромосомною патологією, вродженими вадами розвитку ізольованими або множинними, розумовою відсталістю, мертвнонародженням;
- наявність вище зазначеної патології серед родичів;
- кровноспоріднений шлюб;
- звичне невиношування вагітності невстановленого генезу у I триместрі вагітності;
- 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);
- вагітні після ДРТ;
- патологія плода, виявлена при пренатальному скринінгу (УЗД, біохімічні маркери, високий індивідуальний генетичний ризик виникнення хромосомної та деякої вродженої патології);
- наявність у подружжя шкідливих факторів, пов'язаних із професією.

Медико-генетичну консультацію бажано проводити поза вагітністю, або в її ранні терміни з детальною випискою про перебіг попередніх вагітностей, пологів, стану новонародженого, результатів обстеження, даних патолого-анатомічного дослідження.

Покази до направлення вагітної на денні стаціонари амбулаторно-поліклінічних закладів:

1. Прееклампсія легкого ступеню.
2. Компенсовані форми хронічної екстрагенітальної патології, що не потребують цілодобового нагляду (обстеження профільними фахівцями та лікування).
3. Необхідність визначення функціонального стану плода (КТГ, БПП, та ін.).
4. Стан після проведення допоміжних репродуктивних технологій.
5. Патологія амніотичної рідини для клініко-лабораторного обстеження.

Клінічний маршрут пацієнтки при взятті вагітної під медичний нагляд на територіях обслуговування амбулаторії ЗПСМ в сільській місцевості

Первинне звернення вагітної в сільській місцевості для постановки на облік з приводу вагітності може відбуватись до сімейного лікаря амбулаторії ЗПСМ, лікаря акушер-гінеколога поліклініки ЦРЛ.

При зверненні до амбулаторії ЗПСМ сімейний лікар здійснює весь перелік заходів, які визначені наказом МОЗ України від 15.07.2011 №417.

Перший УЗД-скринінг та лабораторні дослідження, які не проводяться в амбулаторії ЗПСМ, проводяться в поліклініці ЦРЛ з наступним відвідуванням лікаря акушер-гінеколога. Акушер-гінеколог контролює якість проведення заходів при першому відвідуванні, повторно оцінює необхідність медико-генетичного консультування та проведення першого біохімічного скринінгу та визначає можливість спостереження вагітної сімейним лікарем. Якщо лікар-акушер-гінеколог вирішує, що вагітна може спостерігатись силами лікарів первинної ланки, вагітна повертається з первинною медичною документацією (індивідуальна карта, форма №111/о) на дільницю.

У випадку наявності екстрагенітальної патології, яка згідно вимог наказу МОЗ України від 15.07.2011 №417 потребує динамічного спостереження профільних фахівців, віднесення вагітної до високого ризику перинатальних ускладнень на будь-якому етапі (згідно розділу 3 практичних настанов «Національні підходи до системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні», додається), спостереження здійснюється в жіночій консультації ЦРЛ, де ведеться і зберігається індивідуальна карта вагітної.

«Обмінна карта пологового будинку, пологового відділення лікарні» (форма №113/о) заповнюється в ЛПЗ при першому відвідуванні вагітної, знаходиться у неї та заповнюється медперсоналом (лікар акушер-гінеколог, лікар загальної практики-сімейної медицини) при кожному відвідуванні незалежно від етапу відвідування.

При первинному зверненні вагітної до лікаря оформляється первинна медична документація: «Індивідуальна карта вагітної та породиллі» (форма №111/о) та «Обмінна карта пологового будинку, пологового відділення лікарні» (форма №113/о). В подальшому індивідуальна карта вагітної (ф.№111/о) зберігається за місцем спостереження за вагітною (АЗПСМ, поліклініка жіночої консультації). Лікар видає вагітній для заповнення анкету вагітної, направляє вагітну для проведення лабораторних та інструментальних досліджень в АЗПСМ або поліклініку ЦРЛ (у відповідності до локального клінічного маршруту в залежності від оснащення АЗПСМ та з урахуванням зручності для вагітної). Карта інформованої згоди (додаток №3 до наказу МОЗ України від 15.07.2011 №417) оформляється лікарем загальної практики – сімейної медицини або лікарем акушер-гінекологом при первинному зверненні вагітної в поліклініку ЦРЛ.

Якщо лікар акушер-гінеколог ЦРЛ (лікар-консультант) визначає, що спостереження за вагітною здійснює лікар загальної практики - сімейної медицини, обов'язковим є відвідування акушера-гінеколога ЦРЛ:

- в 19-21 тиждень після проведення другого скринінгу та консультації в центрі антенатальної охорони плоду;
- в 25-26 тижнів з метою визначення показів для серологічної профілактики імунізаційної вагітності у резус-негативних жінок та проведення скринінгу на гестаційний діабет.
- в 30 тижнів спільно з районним акушером-гінекологом; під час відвідування уточнюється ризик перинатальних ускладнень, визначається місце пологорозршення вагітної, відкривається листок неприцездатності у зв'язку з вагітністю та пологами;
- в 40 тижнів при відмові вагітної від госпіталізації.

Лікар загальної практики - сімейної медицини самостійно направляє вагітних на медико-генетичне консультування, за показами визначеними наказом МОЗ України від 15.07.2011 №417, до фахівців центру антенатальної охорони та медичної генетики, на ультразвукові дослідження.

Рекомендації з нагляду за вагітними на територіях обслуговування АЗПСМ в сільській місцевості.

На I рівні амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу мешканці села отримують на ФАПах, у амбулаторіях загальної практики - сімейної медицини. Амбулаторна робота акушерки на I етапі має профілактичний характер з метою попередження небажаної вагітності, ускладнень вагітності та виникнення гінекологічних захворювань.

Вагітні із неускладненим загальним і акушерським анамнезом, а також неускладненим перебігом вагітності можуть знаходитися під спостереженням лікаря загальної практики - сімейної медицини, з обов'язковою консультацією лікаря акушера-гінеколога жіночої консультації ЦРЛ у терміни, що наведені в клінічному маршруті. У разі виникнення акушерських ускладнень, патології плода, загострення екстрагенітальної патології вагітна негайно направляється до лікаря акушера-гінеколога ЦРЛ (наказ МОЗ України від 15.07.2011 №417).

Перший візит вагітної (бажано до 12 тижнів) є найбільш тривалим за часом і передбачає: збір анамнезу, загальне та акушерське обстеження, заповнення медичної документації (форма №111/о «Індивідуальна карта вагітної і породиллі», форма №113/о «Обмінна карта пологового будинку, пологового відділення лікарні»), визначення обсягу і термінів лабораторного обстеження, заповнення вагітною анкети, інформаційної згоди (наказ МОЗ України від 15.07.2011р. №417). Обмінна карта видається вагітній з моменту встановлення на облік. У разі спостереження вагітної у лікаря загальної практики - сімейної медицини він заповнює виписку з амбулаторної карти. Якщо вагітна знаходиться під медичним наглядом лікаря-акушера-гінеколога, акушер-гінеколог отримує виписку з амбулаторної карти від лікаря загальної практики - сімейної медицини / дільничного терапевта.

Вагітні з екстрагенітальними захворюваннями підлягають динамічному спостереженню профільного спеціаліста. Перелік екстрагенітальних захворювань, що потребують динамічного спостереження визначено у додатку до наказу МОЗ України. Ця категорія вагітних спостерігається лікарями-акушерами-гінекологами ЦРЛ.

При наявності ускладнень теперішньої / попередньої вагітності жінка обов'язково спостерігаються у лікаря-акушера-гінеколога:

1. Рубець на матці.
2. Вагітність двійнею.
3. Аномалії розвитку статевих органів.
4. Обтяжений акушерський анамнез (звичне невиношування, репродуктивні втрати та передчасні пологи в анамнезі).
5. Rh-імунізація.
6. Наявність показів до накладання профілактичного / лікувального шва на шийку матки.
7. Гестаційний цукровий діабет.

Перинатальний ризик слід оцінювати при кожному відвідуванні вагітною лікаря. Такий підхід отримав назву динамічного перинатального ризику, чим підкреслюється можливість кардинальних змін індивідуального плану ведення вагітної на будь-якому етапі спостереження. Слід зазначити, що ступінь ризику може змінюватись багато разів протягом вагітності, але частіше – у бік підвищення

На сьогодні розглядаються наступні чинники ризику (згідно розділу 3 практичних настанов «Національні

підходи до системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні»):

1. Соціальні: 1. Соціальна ізоляція/відсутність соціальної підтримки.
2. Небажана вагітність.
3. Пізні звернення за перинатальним наглядом (після 28 тиж.).
4. Мати-одиначка.
5. Юний вік на момент зачаття (<17 років).
6. Інтервал між пологами та настанням даної вагітності <6 міс.
7. Вживання алкоголю та/або наркотичних засобів
8. Куріння.
9. Гестаційна депресія.
10. Насильство в родині.
11. Смерть партнера під час вагітності.
12. Втрата роботи.
13. Зміна місця мешкання.
14. Проміскуїтетна поведінка.
15. Статевий партнер у групі високого ризику щодо інфікування ВІЛ.

II. Соціально-економічні індикатори: 1. Безробіття.

2. Низька заробітна платня
3. Низький прибуток в родині
4. Пацієнт не має змоги додатково сплачувати певні витрати.
5. Пацієнтка не має телефонного зв'язку.

III. Медичні: А. Медичні та загальні індикатори: 1. Інфекції: - бактеріальний вагіноз; - хронічні інфекції (сечовивідних шляхів); - захворювання, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ); - ВІЛ; - туберкульоз.

2. Цукровий діабет.
3. Серцево-судинні захворювання.
4. Захворювання респіраторної системи (астма).
5. Захворювання печінки.
6. Системні захворювання сполучної тканини.
7. Розлади метаболізму.
8. Ендокринна патологія.
9. Неврологічна патологія.
10. Ізоімунна тромбоцитопенія.
11. Гемоглобінопатії.
12. Тяжка анемія.
13. Вегетаріанство (інші обмеження у харчуванні).
14. Порушення харчування (блювання вагітних, анорексія).
15. Патологічний набір маси тіла.
16. Вживання потенційно тератогенних медикаментів.
17. Травми.
18. Психічні захворювання.

Б. Акушерський анамнез:

1. Синдром втрати плода.
2. Багатоплідна вагітність.
3. Народження дітей із генетичними захворюваннями.
4. Народження дитини з низькою масою тіла.
5. Передчасні пологи (<37 тиж.).
6. Передчасний розрив плодових оболонок >24 год. перед народженням, незалежно від гестаційного віку.
7. Кровотеча в терміні після 20 тиж.
8. Преєклампсія/еклампсія.
9. Структурні аномалії матки.
10. Патологічний амніотичний індекс.
11. Затримка росту плода (ЗРП).
12. Аритмії плода.
13. Неголовне передлежання.
14. Ізоімунізація.
15. Хоріоамніонит.

IV. Генетичні: 1. Вік матері: 35 років та більше на момент передбаченої дати пологів.

2. Повторні спонтанні аборти та нез'ясована загибель плода.

3. Наявність вродженого дефекту, хромосомної патології або генетичної хвороби (вроджена вада серця, синдром Дауна, м'язова дистрофія, муковісцидоз) у будь-кого з батьків, раніше народжених дітей, близьких родичів батьків.

4. Сімейний анамнез:

- аутосомно-рецесивних хвороб (хвороба тей-сакса, таласемія тощо);
- аутосомно-домінантних хвороб (хорея Хантингтона);
- хвороб, зчеплених (асоційованих) зі статтю, X-зчеплених (X-асоційованих) хвороб (гемофілія).

У випадку виникнення ускладнень вагітності, лікар загальної практики сімейної медицини протягом 1 доби забезпечує надання інформації про вагітну лікарю-акушеру-гінекологу, за яким закріплена дільниця, та переведення вагітної під медичний нагляд лікаря-акушера-гінеколога.

У випадку отримання висновку профільних спеціалістів про наявність протипоказів до виношування вагітності (постанова Кабінету Міністрів України від 15.02.2006 №144 «Про реалізацію статті 281 Цивільного кодексу України») вагітна скеровується на ЛКК ЦРЛ та постійнодіючу комісію ДОЗ з визначення показів до штучного переривання вагітності (на базі обласного центру антенатальної охорони плоду) та вирішує питання про можливість виношування вагітності.

Жінки групи високого ризику виникнення у плода вродженої/спадкової патології підлягають направленню на медико-генетичне консультування в обласний центр антенатальної охорони плоду та медичної генетики, де також отримують кваліфіковану консультацію лікарів акушер-гінекологів центру та можливі уточнення до плану ведення вагітної.

Вагітні, які не входять до групи високого ризику розвитку у плода вродженої / спадкової патології повинні бути проінформовані лікарем загальної практики-сімейної медицини, лікарем-акушером-гінекологом, які спостерігають за вагітною, про доцільність одночасного проведення УЗД (11 -13 тиж., 18-21 тиж. вагітності), біохімічного скринінгу вагітних (визначення ХГ, плацентарного білка РАРР та розрахунку ризику наявності у плода хромосомної та деякої вродженої патології, який проводиться в обласному центрі антенатальної охорони плоду та медичної генетики).

При наявності у плода вродженої чи спадкової патології вагітна скеровується на медико-генетичне консультування для вирішення тактики ведення вагітності та пологів. При підтвердженні виявленої патології проводиться пренатальний консиліум за участю лікаря акушера-гінеколога. У разі пролонгування вагітності консиліумом визначається місце передбачуваного пологорозрішення.

УЗД плода може проводити фахівець, який має відповідну підготовку за затвердженою схемою протоколу (Додатки 8, 9 до наказу МОЗ України від 15.07.2011 №417). Другий ультразвуковий скринінг жінкам з районів області проводиться в обласному центрі антенатальної охорони плоду та медичної генетики. Направлення в центр для проведення УЗД, біохімічного скринінгу здійснює лікар загальної практики-сімейної медицини / лікар-акушер-гінеколог.

Під час кожного візиту всі дані фізикального, лабораторного та інструментального обстеження, заносять в індивідуальну карту вагітної і породіллі та обмінну карта пологового будинку, пологового відділення лікарні із зазначенням відповідних призначень, дати наступного відвідування і засвідчуються підписом лікаря та інформованою згодою вагітної за формою («Інформована – згідна / незгідна»).

У разі неускладненої вагітності оптимальна кількість візитів до фахівця за період спостереження становить в середньому сім - дев'ять разів (бажано разом з близькою людиною).

У разі виникнення ускладнень вагітності, які потребують стаціонарного лікування (чи лікування у денному стаціонарі) вагітна госпіталізується для обстеження і лікування у відділення (палату) патології вагітних пологового будинку (відділення) або спеціалізованого акушерського стаціонару або у гінекологічне відділення (у терміні до 22 тиж.), або на денний стаціонар (згідно порядку надання медичної допомоги вагітним, роділлям та породіллям, які потребують лікування в установах III рівня надання медичної допомоги, затвердженого цим наказом).

При оформленні відпустки у зв'язку із вагітністю та пологами лікар керується Порядком видачі листка непрацездатності та довідки для призначення державної допомоги у зв'язку з вагітністю і пологами (накази МОЗ України від 13.11.2001 №455 «Про затвердження Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян», від 18.03.2002 №93 «Про затвердження форм облікової документації щодо призначення державної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами жінкам, які не застраховані в системі загальнообов'язкового державного соціального страхування, та інструкції щодо їх заповнення»).

При оформленні відпустки у зв'язку із вагітністю та пологами вагітну обов'язково оглядають лікар, який спостерігає вагітну (лікар загальної практики – сімейної медицини, акушер-гінеколог поліклініки ЦРЛ) та районний акушер-гінеколог.

В амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини / жіночих консультаціях вагітну та членів її родини готують до майбутнього батьківства в «Школі відповідального батьківства». Робота проводиться з використанням демонстраційних матеріалів, технічних засобів і предметів догляду за дитиною (додаток 10 до наказу МОЗ України від 15.07.2011 №417). Враховуючи компактність районів області, наявність в штаті більшості ЦРЛ лікарів медичних психологів підготовка вагітних та членів сімей до пологів може здійснюватись в «Школі відповідального батьківства» ЦРЛ.

При неявці вагітної на запланований огляд, причина з'ясовується за вказаним контактним телефоном вагітної. У разі неявки на 2 і більше обов'язкових візитів та / або систематичного невиконання рекомендацій і призначень, лікар, який спостерігає за вагітною, повинен інформувати завідувача жіночої консультації та головного лікаря ЦПМСД. У разі виявлення асоціальної поведінки вагітної лікар має письмово інформувати працівників соціальної служби.

Вагітну, яка перебуває під спостереженням лікаря загальної практики-сімейної медицини, при фізіологічному перебігу вагітності, необхідно скерувати на консультацію до акушера-гінеколога:

- в 19-21 тиждень після проведення другого скринінгу та консультації в центрі антенатальної охорони плоду,

- в 25-26 тижнів з метою визначення показів для серологічної профілактики імуноконфліктної вагітності у

безус-негативних жінок та проведення скринінгу на гестаційний діабет;

- в 30 тижнів для оформлення відпустки у зв'язку із вагітністю та пологами, де уточнюється ризик перинатальних ускладнень, та визначається місце пологорозршення вагітної (огляд ЛКК за участі районного акушера-гінеколога); - в 40 тижнів при відмові вагітної від госпіталізації.

При нагляді за вагітною в амбулаторних умовах лікарю акушеру-гінекологу, лікарю загальної практики - сімейної медицини необхідно дотримуватись плану ведення вагітних (графіку візитів, до додається).

Віезд лікаря акушер-гінеколога, за яким закріплена дільниця району, здійснюється на територію АЗПСМ згідно графіку, затвердженого головним лікарем ЦРЛ, який забезпечує транспортом.

Фельдшер / акушерка / сімейна медична сестра повинні мати список (реєстр) жінок своєї дільниці, які підлягають періодичним профілактичним оглядам. Згідно з графіком акушерка дільниці інформує населення про приїзд лікаря акушера-гінеколога.

Лікар-акушер-гінеколог, який виїжджає в АЗПСМ зобов'язаний:

- здійснити обстеження гінекологічних хворих, визначити план нагляду або лікування;
- надати консультативну допомогу; - провести консультування з питань планування сім'ї;
- надати при необхідності медичну допомогу; - надати організаційно-методичну допомогу з питань якості надання медичної та профілактичної роботи, - провести навчання персоналу з актуальних проблем, виявлених у роботі персоналу ФАПу або амбулаторії загальної практики-сімейної медицини;
- провести серед населення інформаційно-просвітницьку роботу (лекції, бесіди, консультування та ін.) з питань збереження репродуктивного здоров'я.

Свою діяльність лікар-акушер-гінеколог повинен відображувати в документації того закладу, де він працює (рапорт про виїзд в АЗПСМ). Виявлених хворих з гінекологічною патологією за показами необхідно взяти на облік із наступними заходами оздоровлення. При повторному виїзді лікар-акушер-гінеколог перевіряє виконання попередніх призначень та рекомендацій.

Прекоцепційна (прегравідарна) підготовка вагітної до народження дитини (від англ. conception — «запліднення яйцеклітини») означає «підготовку до вагітності». Це комплекс профілактичних заходів спрямованих на мінімізацію ризиків при реалізації репродуктивної функції кожної конкретної подружньої пари: Прегравідарна підготовка необхідна пацієнткам із захворюваннями та станами, що супроводжуються ановуляцією, покращити гормональний баланс, рецептивність ендометрію, знизити аутоімунну агресію, оптимізувати репродуктивний прогноз.

ВООЗ виділяє чотири чинники, що визначають стан здоров'я населення: спосіб та умови життя — 50–55%; екологічна ситуація — 20–25%; спадковість — 15–20%; рівень медичного обслуговування — 7–15%.

Ключові заходи прегравідарної підготовки: організація здорового способу життя для жінки та батька майбутньої дитини, нормалізація ваги тіла, ефективна організація статевого життя подружньої пари для реалізації репродуктивних перспектив, генетичне консультування, клініко лабораторне обстеження та оздоровлення майбутніх батьків.

В основі здорового способу життя лежить здорове харчування, рухова активність, безпечна поведінка, активний відпочинок, відсутність шкідливих звичок.

Головна мета прегравідарної підготовки у жінок з екстрагенітальною патологією:

- нормалізація функції щитоподібної залози (замісна терапія, препарати йоду). Дотація йоду проводиться в ендемічних районах у дозі 150 мкг/добу за 3 міс до зачаття;
- нормалізація вуглеводного метаболізму (дієта, фізичні навантаження);
- санація сечовивідних шляхів і вогнищ хронічної інфекції (антибактеріальна терапія, фітотерапія);
- лікування анемії (усунення причини, феротерапія). Навіть без проведення аналізу крові може бути призначена терапія елементарним залізом жінкам у регіонах, де поширеність анемії становить >40% – по 30-60 мг протягом 3 міс поспіль на рік або, якщо поширеність анемії становить 20-40%, по 60 мг 1 раз на тиждень протягом 3 міс на рік;
- усунення дефіциту мікроелементів, вітамінів, прийом фолієвої кислоти протягом 3 міс до зачаття та продовжувати після настання вагітності. При поліморфізмі гена MTHFR рекомендовано призначити L-метилфолат. Додаткове введення вітаміну D призначається всім здоровим жінкам по 800 МО/добу, жінкам із групи ризику (ІМТ >30) при рівні 25(ОН)D3 20-30 нг/мл – 4000 МО/добу протягом 7 тижнів, при рівні 25(ОН)D3 <20 нг/мл – 4000 МО/добу протягом 14 тижнів. Для забезпечення організму жінки поліненасиченими жирними кислотами рекомендовано вживання жирної риби 1 раз на тиждень.

Рекомендовані обстеження під час прегравідарної підготовки: • Група крові та Rh фактор майбутніх батьків. • Загальний аналіз крові з формулою. • Біохімічний аналіз крові. • Визначення рівня цукру крові. • Загальний аналіз сечі. • Цитологічне та бактеріоскопічне дослідження виділень зі статевих шляхів. • УЗД органів малого тазу жінки. • Обстеження на наявність інфекцій: туберкульоз (флюорографія), ВІЛ, сифіліс, гепатити В і С, TORCH інфекції. • Генетичне консультування подружньої пари з вивченням їх родоводів.

Прегравідарна вакцинація проти дифтерії та правця рекомендована при плануванні вагітності, якщо від їх останньої ревакцинації минуло більше 10 років, вакцинацію проти гепатиту В, краснухи (вік <25 років) та кору (вік <35 років) рекомендовано проводити раніше не щепленим жінкам.

При плануванні вагітності у жінок з ЦД 1 та 2 типу необхідно намагатися досягти рівня глікозильованого гемоглобіну не більше 7%, додати полівітаміни, що містять 1 мг фолієвої кислоти (за 3 міс. Перед вагітністю і 12 тижнів ваг), припинити прийом інгібіторів АПФ, блокаторів рецепторів ангіотензину-2 (БРА), статини.

НАУКОВА МЕДИЧНА
БІБЛІОТЕКА УКРАЇНИ
01033, м. Київ, вул. Л.Толстого

Профілактичні заходи, яких вжито до зачаття, здатні допомогти уникнути відхилень від нормального розвитку плода. На частоту виникнення деяких серйозних ускладнень важко або неможливо впливати під час вагітності, але можна попередити до вагітності. Антенатальна допомога має починатися до настання вагітності. Це призведе до доношування вагітності, зниження материнської, малюкової та дитячої захворюваності і смертності.

Профілактика дефектів нервової трубки (ДНТ) у плода.

1. Жінкам з низьким ризиком розвитку ДНТ або інших вроджених аномалій, чутливих до фолієвої кислоти (ФК), у яких партнер-чоловік також має низький ризик, потрібні дієта з багатими фолатами продуктами і щоденний прийом 0,4 мг фолієвої кислоти, принаймні, за 2-3 місяці до зачаття, протягом всієї вагітності. Низький ризик включає осіб, які не мають особистого або сімейного анамнезу вроджених дефектів, чутливих до ФК.

2. Жінкам з помірним ризиком розвитку ДНТ або інших вроджених аномалій, чутливих до фолієвої кислоти, або жінкам, чий партнер-чоловік має помірний ризик, потрібні дієта з багатими фолатами продуктами і щоденний прийом 1,0 мг фолієвої кислоти, починаючи як мінімум за 3 місяці до зачаття. Жінки повинні продовжувати цей режим до 12 тижнів вагітності. Починаючи з 12 тижнів вагітності, щоденний прийом полівітамінів з 0,4-1,0 мг фолієвої кислоти повинен продовжуватися протягом всієї вагітності.

Помірний ризик включає жінок з одним або кількома з наступних материнських факторів (від 1 до 5 наведених нижче) або у яких батько дитини з наступними факторами (1 або 2 перераховані нижче): особистий або сімейний анамнез інших вроджених аномалій, чутливих до ФК; сімейний анамнез ДНТ у родича 1 або 2 ступеня спорідненості; цукровий діабет 1 або 2 типу; застосування лікарських засобів, що мають тератогенну дію (таких як протиепілептичні препарати та препарати холестираміну); шлунково-кишкові захворювання з синдромом мальабсорбції.

3. Жінкам з високим ризиком розвитку ДНТ або партнерам чоловічої статі з ДНТ, які виявлені безпосередньо у них самих або у їхніх дітей, потрібні дієта з багатими фолатами продуктами і щоденний прийом 4,0-5,0 мг фолієвої кислоти протягом як мінімум 3 місяців до зачаття і до 12 тижнів вагітності. Починаючи з 12 тижнів вагітності, щоденний прийом добавок повинен складатися з 0,4-1,0 мг фолієвої кислоти протягом всієї вагітності. (наказ МОЗ №1437).

При консультуванні з'ясовують соматичний анамнез обох партнерів, сімейний анамнез (генетичні та спадкові чинники) обох партнерів, соціальний статус подружжя, спосіб життя, наявність професійних шкідливостей, шкідливих звичок партнерів, акушерсько-гінекологічний анамнез, проводять лабораторне обстеження, діагностику ЗПСШ, виявлення генетичних та тератогенних ризиків, з'ясовують наявність насильства в сім'ї. Необхідне припинення тютюнопаління, вживання алкоголю, наркотиків, зведення до мінімуму застосування лікарських засобів; виконувати фізичні вправи.

Бажано, щоб період між попередніми пологами та наступною вагітністю становив 24-60 місяців, після раннього мимовільного або штучного аборту – від 6 міс, а після пізнього мимовільного аборту – від 12 міс.

Після лікування екстрагенітальної патології і ліквідації вогнищ інфекції за 2 - 3 місяці до планування вагітності слід проводити корекцію метаболічних і репараційних процесів.

Особливу роль у корекції метаболічних та репараційних процесів відіграють вітаміни, які регулюють функції клітин, як біокагалзатори, приймають участь у клітинному диханні, підтримці імунобіологічних реакцій, нормалізують функцію нервової системи та ендокринних залоз (фолієва кислота(фолати), вітаміни А, В₂, В₁₂, К, Р). Значну роль у зазначених процесах відіграють також мікроелементи (залізо, мідь, кобальт, марганець, йод, нікель, селен, молібден, ванадій, хром, кремній, олово, бор). Жінки повинні знати, що прийом вітамінів не може замінити всі їхні харчові потреби в період запліднення та під час вагітності.

Графік візитів вагітної до лікаря.

1-ий допологовий візит (до 12 тижнів вагітності). Оформлення медичної документації (Форми ІІІ/о та ІІІ/о). Заповнення жінкою анкети вагітної. Збір анамнезу:

Поточна вагітність (запланована, незапланована, жінка бажає пролонгувати або перервати вагітність). Медичний анамнез (перенесені хвороби, вживані ліки, сімейний анамнез [артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, генетичні захворювання], цитологічний скринінг шийки матки, вакцинація, операції на молочній залозі). Акушерський анамнез (попередні вагітності та пологи). Досвід грудного вигодовування. Харчування та фізична активність. Куріння, зловживання алкоголем та іншими психоактивними речовинами. Очікування, участь партнера/сім'ї, культурні та духовні питання, проблеми, знання щодо вагітності та пологів, грудного вигодовування і варіантів вигодовування немовлятя. Фактори, які можуть вплинути на вагітність або пологи (наприклад, оперативні втручання на жіночих статевих органах). Психосоціальні фактори, які впливають на емоційне здоров'я та благополуччя жінки. Групи підтримки жінки та її інформаційні потреби.

Оцінити фактори ризику цукрового діабету, запропонувати визначення рівня глікемії вагітній з виявленими факторами ризику.

Діагностика гестаційного цукрового діабету (ГЦД). Порушення вуглеводного метаболізму, що вперше виникло у ІІ-ІІІ 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.

Факторами ризику ГЦД є: ІМТ ≥ 25 кг/м², сімейний анамнез цукрового діабету у родичів I-го ступеня спорідненості, приналежність до етнічних груп 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. При цьому визначаються догестаційні порушення, і в разі їх виявлення приймається рішення щодо профілактично-лікувальних заходів - невідкладних і упродовж подальших термінів вагітності згідно з чинним клінічним протоколом медичної допомоги.

Обстеженню на ГЦД підлягають усі вагітні, окрім жінок, у яких було діагностовано будь-яке догестаційне порушення вуглеводного обміну. Скринінг на ГЦД проводиться шляхом 2-х годинного перорального тесту толерантності до глюкози (ПТТГ) у терміні 24-28 тижнів вагітності.

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. Упродовж цього часу вагітна має перебувати у стані спокою, їй дозволяють пити негазовану воду, забороняють їсти і курити.

Діагноз ГЦД або маніфестного вперше виявленого цукрового діабету встановлюють відповідно до критеріїв, наведених у таблиці. Тест вважається позитивним, якщо хоча б один показник - глікемія натще та/або після навантаження відповідає наведеним діагностичним критеріям.

Таблиця 1.
Нормативи глікемії і критерії діагностики порушень вуглеводного метаболізму у вагітних при проведенні ПТТГ (ммоль/л)

Діагноз	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	>7,0	>11,1	>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.

Жінки з прегестаційним ЦД повинні розпочати прийом 100-150 мг на добу АСК з 12 тижнів, щоб зменшити ризик розвитку преєклампсії. При веденні вагітних з ЦД 1 та 2 типу необхідно додати полівітаміни, що містять 1 мг фолієвої кислоти.

Вагітним з групи виявлених факторів ризику преєклампсії слід порадити приймати 100-150 мг на добу ацетилсаліцилової кислоти (АСК) щодня з 12 тижнів до 36 тижнів вагітності ввечері (при призначенні АСК 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 преєклампсії вагітним із 16 тижнів вагітності до розродження рекомендується щоденний прийом всередину (під час прийому їжі) препаратів кальцію в дозі 1,5-2 г в перерахунку на елементарний кальцій (1 г елементарного кальцію міститься у 2,5 г карбонату кальцію або 4 г цитрату кальцію).

Для профілактики анемії, післяпологового сепсису, народження дітей з малою масою тіла та передчасних пологів вагітним рекомендується щоденний прийом препаратів заліза в дозі 30-60 мг в перерахунку на елементарне залізо (60 мг елементарного заліза міститься у 300 мг сульфату заліза гептагідрату, 180 мг фумарату заліза та 500 мг глюконату заліза) та фолієвої кислоти 400 мкг (0,4 мг), також у складі полівітамінно-мінеральних комплексів. У I та III триместрах вагітності анемію діагностують, якщо рівень Hb < 110 г/л, у II триместрі – якщо рівень Hb < 105 г/л.

Прийом інгібіторів АПФ, блокаторів рецепторів ангіотензину-2 (БРА) та статини слід припинити при встановленні діагнозу вагітність (підвищений ризик вроджених вад).

Для запобігання та полегшення печії під час вагітності рекомендується консультування з питань харчування та способу життя. Якщо, незважаючи на зміну способу життя, зберігаються виражені симптоми, можна призначити антацидні препарати, які містять карбонат магнію, гідроксид алюмінію або карбонат кальцію.

Для зменшення судом у ногах під час вагітності можуть бути використані препарати магнію (в дозі 300-360 мг/добу в перерахунку на магній, яка розділена на 2 або 3 прийоми), кальцію (по 1 г перорально 2 рази на добу протягом 2-х тижнів) або немедикаментозні варіанти лікування.

Для запобігання болю у попереку та газового болю рекомендуються регулярні фізичні вправи протягом усієї вагітності та носіння бандажу, завдяки якому забезпечується підтримка і фіксація попереково-крижового відділу хребта, а також знімається напруга в ділянці стегон.

Якщо закрепи під час вагітності зберігаються, незважаючи на зміни харчування і вживання достатньої кількості рідини, для їх усунення можуть призначатися джерела харчових волокон. Для жінок з тяжкими закрепками, які не усувають дієта і додатковий прийом харчових волокон, рекомендовано періодичний прийом осмотичних проносних лікарських засобів