

ЗАТВЕРЖЕНО  
Наказ Міністерства  
охорони здоров'я України  
9 серпня 2022 року №1437

**СТАНДАРТИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ  
«НОРМАЛЬНА ВАГІТНІСТЬ»**

**2022**

## Загальна частина

**Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»: Z34 Спостереження за перебігом нормальної вагітності**

### Розробники:

Дубоссарська Юліанна Олександрівна	завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти Дніпровського державного медичного університету, д.мед.н., професор, заступник голови робочої групи з клінічних питань
Арбузова Світлана Борисівна	директор Східно-українського спеціалізованого центру медичної генетики та пренатальної діагностики, чл.-кор. Національної академії медичних наук України, д.мед.н., професор
Артьоменко Володимир Вікторович	професор кафедри акушерства і гінекології Одеського національного медичного університету, експерт Міністерства охорони здоров'я України за напрямками «Акушерство і гінекологія», «Дитяча гінекологія», д.мед.н., професор
Булавенко Ольга Василівна	завідувач кафедри акушерства і гінекології № 2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, д.мед.н., професор
Воробйова Ірина Іванівна	завідувач відділення наукових проблем невиношування вагітності Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України», д.мед.н.
Галаган Віра Олексіївна	завідувач медико-генетичного центру Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ» Міністерства охорони здоров'я України, д.мед.н., професор
Геревич Надія Василівна	старший науковий співробітник відділення патології вагітності та пологів Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України», к.мед.н.

- Жабченко Ірина  
Анатоліївна      завідувач відділення патології вагітності та пологів  
Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства  
і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової  
Національної академії медичних наук України»,  
д.мед.н., професор
- Камінський В'ячеслав  
Володимирович      завідувач кафедри акушерства і гінекології та  
репродуктології Національного університету  
охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,  
експерт Міністерства охорони здоров'я України за  
напрямами «Акушерство і гінекологія», «Дитяча  
гінекологія», академік Національної академії  
медичних наук України, д.мед.н., професор
- Медведь Володимир  
Ісаакович      завідувач відділення внутрішньої патології вагітних  
Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства  
і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової  
Національної академії медичних наук України»,  
експерт Міністерства охорони здоров'я України за  
напрямами «Акушерство і гінекологія». «Дитяча  
гінекологія», чл.-кор. Національної академії  
медичних наук України, д.мед.н., професор
- Малачинська Марія  
Йосипівна      директор Комунального некомерційного  
підприємства Львівської обласної ради «Львівський  
обласний клінічний перинатальний центр», к.мед.н.,  
доцент
- Сафонова Інесса  
Миколаївна      професор кафедри радіології Навчально-наукового  
медичного інституту Національного технічного  
університету «Харківський політехнічний інститут»,  
д.мед.н., професор
- Скрипченко Наталія  
Яківна      керівник відділення впровадження та вивчення  
ефективності сучасних медичних технологій в  
акушерстві та перинатології Державної установи  
«Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені  
академіка О.М. Лук'янової Національної академії  
медичних наук України», д.мед.н.

Татарчук Тетяна Феофанівна	заступник директора з наукової роботи, завідувач відділення ендокринної гінекології Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України», експерт Міністерства охорони здоров'я України за напрямками «Акушерство і гінекологія». «Дитяча гінекологія», чл.-кор. Національної академії медичних наук України, д.мед.н., професор
Ткаченко Вікторія Борисівна	провідний науковий співробітник відділення наукових проблем невиношування вагітності Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України», к.мед.н.

### **Методологічний супровід та інформаційне забезпечення**

Гуленко Оксана Іванівна	начальник відділу стандартизації медичної допомоги Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»
----------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### **Рецензенти:**

Грищенко Ольга Валентинівна	завідувач кафедри акушерства та гінекології Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна, д.мед.н., професор, заслужений діяч науки і техніки України
Резніченко Галина Іванівна	професор кафедри акушерства та гінекології Державного закладу «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України», д.мед.н., професор, заслужений лікар України

**Дата оновлення стандарту - 2027 рік.**

## Перелік скорочень

ББУ	безсимптомна бактеріурія
ВДМ	висота стояння дна матки
БПР	біпаріетальний розмір
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГЦД	гестаційний цукровий діабет
ДНТ	дефекти нервової трубки
ДП	довжина плечової кістки
ДПД	допологова допомога
ДС	довжина стегнової кістки
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
ІМТ	індекс маси тіла
ІПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
КДК	кольорове доплерівське картування
КТР	куприко-тім'яний розмір
КУО	колонієутворювальні одиниці
МА	маткова артерія
ОГ	окружність голови
ОЖ	окружність живота
ПТТГ	пероральний тест толерантності до глюкози
СГВ	стрептококи групи В
СМД	стандарт медичної допомоги
ТБ	туберкульоз
УЗД	ультразвукове дослідження
ФК	фолієва кислота
Форма № 003-6/о	Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення і на присутність або участь учасників освітнього процесу, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974 (зі змінами)
Форма № 111/о	Індивідуальна карта вагітної і породіллі, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 1999 року № 302 «Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в поліклініках (амбулаторіях)»

Форма № 113/о	Обмінна карта пологового будинку, пологового відділення лікарні, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13 лютого 2006 року № 67 «Про затвердження форм первинної облікової документації в закладах, що надають медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям, та інструкцій щодо їх заповнення», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 2 березня 2006 року за № 221/12095
Форма № 147/о	Довідка для призначення і виплати державної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами жінкам, які не застраховані в системі загальнообов'язкового державного соціального страхування, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18 березня 2002 року № 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 інструкцій щодо їх заповнення», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 09 квітня 2002 року за № 346/6634
ЧСС	частота серцевих скорочень
FMF	Фонд медицини плода
Hb	гемоглобін
RAPP-A	асоційований із вагітністю протеїн-А плазми
PI	пульсаційний індекс
PIGF	плацентарний фактор росту
Rh	резус-фактор

Стандарти медичної допомоги «Нормальна вагітність» розроблені з урахуванням сучасних вимог доказової медицини, розглядають питання діагностики вагітності; спостереження за вагітною і станом плода; своєчасну профілактику і діагностику ускладнень вагітності; підготовку вагітної до пологів та народження здорового новонародженого для попередження материнської і перинатальної захворюваності та смертності.

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.

Ознайомитися з клінічною настановою «Нормальна вагітність» можна за посиланням [https://www.dec.gov.ua/cat\\_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/](https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/).

За формою, структурою та методичними підходами щодо використання засад доказової медицини СМД відповідають вимогам «Методики розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини», затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

СМД розроблені мультидисциплінарною робочою групою, затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18 серпня 2020 року № 1908 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 18 травня 2021 року № 967).

Відповідно до статті 44 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» незареєстровані лікарські засоби, можуть використовуватися в інтересах вилікування особи тільки за умови отримання письмової згоди та інформування пацієнта або його законного представника про цілі, методи, побічні ефекти, можливий ризик та очікувані результати лікування.

Згідно з ліцензійними вимогами та стандартами акредитації у закладі охорони здоров'я (ЗОЗ) має бути наявний внутрішній документ (клінічний маршрут пацієнта), що уніфікує медичну допомогу пацієнткам з нормальною вагітністю на локальному рівні.

## **Стандарт 1. Організація надання медичної допомоги при нормальній вагітності**

### **Положення стандарту**

Ведення нормальної вагітності здійснюється лікарем в амбулаторних умовах у закладі охорони здоров'я, обраним пацієнткою незалежно від місця реєстрації чи фактичного проживання.

Ведення пацієнтки з нормальною вагітністю передбачає мультидисциплінарний підхід за участю лікарів акушерів-гінекологів, лікарів загальної практики – сімейних лікарів, лікарів з ультразвукової діагностики та інших фахівців за показаннями.

Допологова допомога (ДПД) пацієнтці з нормальною вагітністю може розпочатися при зверненні жінки за первинною медичною допомогою для встановлення/підтвердження вагітності або її скеровують до надавача допомоги чи акушерського закладу охорони здоров'я. ДПД включає заходи з допологової освіти, консультування, фізикальних, лабораторних, інструментальних досліджень та інших заходів відповідно до графіка візитів, узгодженого з пацієнткою.

### **Обґрунтування**

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. Для зменшення перинатальної смертності та формування у жінок позитивного досвіду вагітності рекомендується застосовувати моделі антенатальної допомоги, які передбачають не менше 8 візитів вагітної до лікаря.

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

### **Обов'язкові критерії якості**

1. Надавачі медичних послуг проводять інформаційну роботу за програмами допологового навчання з питань фізичного і психологічного благополуччя під час вагітності та пологів, підтримки грудного вигодовування, під час періоду раннього батьківства, навчання для подружніх пар, спрямовані на поліпшення відносин між подружжям та відносин між батьками і дітьми, заходів для запобігання небажаної вагітності.

2. Перший візит вагітної до лікаря проводиться бажано до 12 тижнів і передбачає: уточнення анамнезу, загальне та акушерське обстеження, заповнення медичної документації (форма № 111/о; форма № 003-6/о; форма



№ 113/о), визначення обсягу і термінів лабораторного обстеження, рівня надання перинатальної допомоги для подальшого спостереження. На першому візиті до лікаря вагітній на руки видається форма № 113/о, яку жінка повинна зберігати вдома до закінчення вагітності і приносити лікуючому лікарю на кожний наступний візит для записів до обмінної карти даних наступних оглядів і результатів обстежень.

3. При динамічному спостереженні за вагітною в амбулаторних умовах лікарю необхідно дотримуватись графіка візитів (додаток 1). Оптимальна кількість візитів до лікаря за період спостереження становить в середньому вісім разів (бажано разом з близькою людиною).

4. Під час кожного візиту всі дані фізикального, лабораторного та інструментального обстеження, заносяться в форму № 111/о та форму № 113/о із зазначенням відповідних призначень, дати наступного відвідування і засвідчуються підписом лікаря та інформованою згодою вагітної (згодна/не згодна).

5. Формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність в Реєстрі медичних висновків в електронній системі охорони здоров'я за категорією «Вагітність та пологи» проводиться згідно з чинними нормативними документами.

6. При неявці вагітної на запланований візит, 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, який спостерігає вагітну, інформує керівника ЗОЗ з відміткою в медичній документації.

7. У разі звернення за медичною допомогою вагітної, яка перебуває у складних життєвих обставинах, лікар інформує керівника ЗОЗ та орган соціального захисту населення шляхом надсилання не пізніше ніж протягом наступного робочого дня повідомлення у письмовій або електронній формі, засобами телефонного зв'язку з метою забезпечення комплексних спеціалізованих соціальних послуг.

8. У випадках виникнення ускладнень вагітності, багатоплідної вагітності, екстрагенітальної патології, ознак хромосомної або вродженої патології плода, виявлення осіб, постраждалих від домашнього насильства, допомога надається згідно з відповідними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

9. Профілактичні щеплення у вагітних проводяться згідно з чинними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я. Вагітність є протипоказанням до проведення вакцинації живими вакцинами.

10. Для попередження переносування вагітності доцільна госпіталізація до акушерського ЗОЗ в терміні 41 тиждень, що надає можливість своєчасно провести обстеження стану плода і визначити тактику ведення пологів. Якщо вагітна обирає «очікувальну» тактику ведення, слід запропонувати їй посилений антенатальний моніторинг, починаючи з 41 тижня вагітності: кардіотокографія 2 рази на тиждень та ультразвукове дослідження (УЗД) з визначенням кількості амніотичної рідини.

## Стандарт 2. Скринінг вагітних

### Положення стандарту

Обстеження вагітних в рамках ДПД проводиться при першому зверненні і при усіх наступних візитах з приводу спостереження за перебігом вагітності відповідно до графіка візитів вагітної до лікаря (додаток 1).

У разі виявлення ВІЛ-інфекції, сифілісу, інших інфекцій, що передаються статевим шляхом, акушерської, перинатальної або екстрагенітальної патології медична допомога надається згідно з відповідними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

З метою мінімізації виникнення несприятливих акушерських результатів, які можуть бути наслідком недіагностованої вродженої вади плода, незрілості плода або інших внутрішньоутробних ускладнень, під час вагітності призначаються УЗД відповідно до графіка візитів вагітної до лікаря (додаток 1).

Лікування пацієнок із гіперглікемією (гестаційний цукровий діабет (ГЦД) і маніфестний цукровий діабет) передбачає поетапний підхід, що складається зі зміни способу життя (консультування з питань харчування і фізичної активності) з подальшим застосуванням за необхідності цукрознижуючих засобів або препаратів інсуліну згідно з відповідними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

При відвідуванні вагітною жінкою ЗОЗ з антенатальної допомоги проводиться скринінг симптомів активної форми туберкульозу (ТБ) з метою своєчасного виявлення, діагностики та лікування ТБ.

### Обґрунтування

ДПД знижує материнську і перинатальну захворюваність і смертність як безпосередньо шляхом виявлення та лікування ускладнень вагітності, так і опосередковано шляхом виявлення вагітних з високим ризиком ускладнень пологів та їх направлення на консультацію на відповідний рівень надання медичної допомоги. Крім того, оскільки непрямі причини материнської захворюваності та смертності є домінуючими, ДПД надає можливість для профілактики і лікування супутніх захворювань за допомогою надання комплексної медичної допомоги.

Існують дані, що у жінок з гіперглікемією (ГЦД і маніфестний цукровий діабет), виявленою під час вагітності, є підвищений ризик несприятливих наслідків вагітності, в тому числі макросомії, преєклампсії / гестаційної артеріальної гіпертензії і дистопії плічок.

Скринінг симптомів активної форми туберкульозу при відвідуванні ЗОЗ з антенатальної допомоги вагітною жінкою, своєчасне виявлення, діагностика та лікування ТБ сприяють запобіганню генералізованим формам ТБ, гематогенному поширенню *M. tuberculosis* до плаценти та тяжких наслідків для плода та матері.

### Обов'язкові критерії якості

1. Починаючи з ранніх термінів вагітності і при кожному візиті, лікар запитує вагітну про вживання тютюну, алкоголю та інших психоактивних речовин (в теперішній час і в минулому) і про пасивне куріння.

2. Всім вагітним жінкам проводиться тестування на ВІЛ, серологічне дослідження на сифіліс, поверхневий антиген вірусного гепатиту В (HBsAg), сумарні антитіла вірусного гепатиту С згідно з чинними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

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

4. Безсимптомна бактеріурія (ББУ) у жінок визначається при бактеріологічному дослідженні зразка середньої порції сечі, 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. Для діагностики ББУ під час вагітності рекомендується посів середньої порції сечі при взятті на спостереження.

5. При 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.

6. УЗД під час вагітності проводять виключно лікарі з ультразвуковою діагностики, які пройшли підготовку з пренатальної діагностики, за затвердженою формою протоколу (додатки 2, 3).

7. Доцільно проведення пренатального скринінгу - УЗД у терміні 11<sup>+0</sup>-13<sup>+6</sup> тижнів (КТР плода 45-84 мм), за нормальної анатомії плода та КП < 3,5 мм - забір венозної крові вагітної для дослідження рівнів біохімічних маркерів (вільного  $\beta$ -хоріонічного гонадотропіну людини, асоційованого із вагітністю протеїна-А 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.

8. 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.

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

вибору тактики ведення вагітності і пологів згідно з чинними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

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

11. На ранніх термінах вагітності слід надавати жінкам усну і письмову інформацію про нормальні рухи плода. Ця інформація повинна включати опис змін характеру рухів протягом розвитку плода, нормальних циклів бадьорості / сну і факторів, які можуть змінити сприйняття матір'ю рухів плода.

12. З 20 тижнів вагітності всім жінкам проводиться вимірювання висоти стояння дна матки (ВДМ) та занесення даних до гравідограми (додаток 4). Необхідно направляти жінок для ультразвукової фетометрії після 24 тижнів вагітності у наступних випадках: з ВДМ на  $\geq 3$  см нижче за очікувану для даного терміну вагітності; з одноразовим вимірюванням ВДМ нижче 10-го перцентиля за даними гравідограми; з декількома вимірюваннями ВДМ, які демонструють повільне зростання або відсутність динаміки зростання плода.

13. За наявності одного чи більше факторів ризику порушень вуглеводного обміну (додаток 5) у I триместрі вагітності, 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 перорального тесту толерантності до глюкози (прийом всередину 75 г глюкози, дослідження протягом 2 годин).

14. Для планування антибіотикопрофілактики під час пологів скринінг на стрептококи групи В (СГВ) в терміні 36<sup>+0</sup>-37<sup>+6</sup> тижнів вагітності проводиться всім жінкам незалежно від запланованого способу розродження, 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).

15. Для оцінки психоемоційного стану вагітної, виявлення суїцидальних думок під час вагітності проводиться опитування за допомогою Единбурзької шкали післяпологової депресії (додаток 7); результати фіксуються письмово.

16. Систематичний 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 або пітливість уночі, можуть мати захворювання на туберкульоз і потребують обстеження з метою виявлення або спростування ТБ та інших захворювань згідно з відповідними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

### Стандарт 3. Профілактика ускладнень вагітності

#### Положення стандарту

З метою попередження ускладнень вагітності і забезпечення здоров'я новонароджених в рамках ДПД проводяться ефективні профілактичні заходи та за показаннями призначаються відповідні дослідження, які мають пояснюватись вагітній та підтримуватись медичними працівниками.

Необхідно розглядати та призначати заходи щодо здорового харчування і фізичної активності для профілактики надмірної прибавки маси тіла під час вагітності.

Скринінг прееклампсії під час вагітності - невід'ємна частина якісної ДПД. Зазвичай він складається з вимірювання артеріального тиску і оцінки протеїнурії при кожному візиті вагітної в рамках ДПД. При виявленні прееклампсії показано спеціальне лікування для попередження еклампсії та інших несприятливих материнських і перинатальних результатів згідно з відповідними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

#### Обґрунтування

Вагітність вимагає здорового харчування, яке передбачає адекватну енергетичну цінність і споживання достатньої кількості білків, вітамінів і мінеральних речовин, необхідних матері і плоду. Здорове харчування під час вагітності характеризується достатніми калорійністю і вмістом білка, вітамінів і мінеральних речовин, які отримують в результаті вживання в їжу різноманітних продуктів, включаючи зелені та помаранчеві овочі, м'ясо, рибу, бобові, горіхи, фрукти та продукти з цільного зерна.

Анемія, найчастіше пов'язана з дефіцитом заліза і фолієвої кислоти. Крім анемії, дефіцит заліза несприятливо впливає на утилізацію джерел енергії м'язовою тканиною і, таким чином, на фізичну працездатність, а також на стан імунної системи і захворюваність на інфекційні хвороби.

Дефіцит фолієвої кислоти, крім анемії, пов'язаний з розвитком дефектів нервової трубки плода та іншими вродженими аномаліями, пов'язаними з ФК (наприклад, вади серця, сечовивідних шляхів або редукційні дефекти кінцівок; орально-лицьова ущелина).

Артеріальна гіпертензія вагітних - важлива причина материнської і перинатальної захворюваності та смертності. За оцінками, приблизно чверть випадків смерті і вкрай тяжких ускладнень у вагітних викликані прееклампсією і еклампсією. Дефіцит кальцію підвищує ризик прееклампсії.

Бактеріурія у вагітної, обумовлена СГВ, є фактором ризику сепсису, пневмонії або менінгіту, які викликані *Streptococcus agalactiae*, у новонароджених та дітей раннього віку.

Профілактичне застосування Анти-D (rh) імуноглобуліну під час вагітності і після пологів знижує частоту гемолітичної хвороби у новонароджених під час наступних вагітностей.

### **Обов'язкові критерії якості**

1. Лікар повинен якомога раніше рекомендувати вагітним, які мають залежність від тютюну, алкоголю або психоактивних речовин, припинити їх вживання.

2. Рекомендовано консультування з питань здорового харчування та фізичної активності, що дозволяє підтримувати хороше самопочуття та запобігати надмірній прибавці маси тіла під час вагітності. Рекомендації щодо потреб у енергії і основних харчових речовинах (білках, жирах, вуглеводах, мінеральних речовинах та вітамінах) складають відповідно до норм фізіологічних потреб населення України в залежності від коефіцієнту фізичної активності та віку жінки, а також додаткових потреб для вагітної. Вагітним рекомендовано приділяти не менше 150 хвилин на тиждень заняттям фізично активною діяльністю середньої і високої інтенсивності з аеробним навантаженням, також можуть бути корисними вправи на розтягування.

3. Жінкам з низьким ризиком розвитку дефекту нервової трубки (ДНТ) або інших вроджених аномалій, чутливих до фолієвої кислоти, або якщо батько дитини також має низький ризик, потрібні дієта з багатими фолатами продуктами і щоденний прийом 0,4 мг ФК впродовж всієї вагітності, починаючи за 2-3 місяця до зачаття. Низький ризик включає осіб, які не мають особистого або сімейного анамнезу вроджених дефектів, чутливих до ФК.

4. 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.

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.

5. Жінкам з високим ризиком розвитку ДНТ, - якщо вони або їхній чоловік (батько дитини) мають особистий анамнез ДНТ або якщо при попередній вагітності у дитини виявлений ДНТ, - потрібні дієта з багатими фолатами продуктами і щоденний прийом 4,0-5,0 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.

6. 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 та фолієвої кислоти 400 мкг (0,4 мг), також у складі полівітамінно-мінеральних комплексів.

7. Вагітним з групи ризику преєклампсії (додаток 6) рекомендується приймати 100-150 мг на добу ацетилсаліцилової кислоти щодня з 12 тижнів 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 преєклампсії вагітним із 16 тижнів вагітності до розродження рекомендується щоденний прийом всередину препаратів кальцію в дозі 1,5-2 г в перерахунку на елементарний кальцій (під час прийому їжі).

8. Всім 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 під час вагітності при рівні менше  $10^5$  КУО/мл не вимагає призначення антибактеріальної терапії під час вагітності, але є показанням для проведення антибіотикопротекції у пологах.

9. Профілактика Rh-імунізації під час вагітності проводиться шляхом внутрішньом'язового введення 1 дози (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.

10. 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 щитовидної залози як до, так і під час вагітності.

11. Жінку з позитивним результатом опитування за допомогою Единбурзької шкали післяпологової депресії (додаток 7) необхідно скерувати на консультацію до відповідного фахівця.

## **Стандарт 4. Заходи щодо поширених фізіологічних симптомів**

### **Положення стандарту**

Вагітні жінки мають бути поінформовані, що зміни в організмі під час вагітності, обумовлені як гормональними, так і механічними причинами, ведуть до різноманітних поширених симптомів, в тому числі до нудоти і блювання, болю в попереку і тазового болю, печії, варикозного розширення вен, закріпів, судом в ногах тощо.

Підходи до лікування поширених симптомів під час вагітності включають різноманітні немедикаментозні і медикаментозні методи. Призначення лікарських засобів під час вагітності для симптоматичного лікування має здійснюватись лікуючим лікарем.

### **Обґрунтування**

В цілому симптоми, пов'язані з механічними причинами, наприклад, тазовий біль, печія і варикозне розширення вен, часто прогресують при збільшенні терміну вагітності.

Нудота та блювання від легкого до помірного ступеня 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 самостійно 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.

### **Обов'язкові критерії якості**

1. Медикаментозні методи лікування нудоти і блювання під час вагітності повинні застосовуватися за наявності виражених симптомів, які не зникають при використанні немедикаментозних методів.

2. 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.



3. 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.

4. Для запобігання болю у попереку та тазового 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.

5. 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 закрепамі, які не усувають дієта і додатковий прийом харчових волокон, рекомендовано періодичний прийом осмотичних проносних лікарських засобів.

6. При варикозному розширенні вен та набряках нижніх кінцівок під час вагітності можуть використовуватися немедикаментозні засоби, а саме: компресійні панчохи, підняте положення ніг та ножні ванни.

7. Для профілактики аортокавального синдрому рекомендувати жінкам уникати сну на спині після 28 тижнів вагітності та розглянути можливість використання подушок, щоб зберегти своє положення під час сну.

### **Індикатори якості медичної допомоги**

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 бактеріурію.
6. Обстеження вагітних обстеженням на стрептококи групи В.

### **Паспорти індикаторів якості медичної допомоги**

1. Раннє взяття вагітних під спостереження (до 12 тижнів вагітності)

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях стандартів медичної допомоги «Нормальна вагітність».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Аналіз індикатора дозволить своєчасно виявити проблеми, пов'язані з пізнім взяттям жінок під спостереження (після 12 тижнів вагітності).

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження стандартів медичної допомоги не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску, у подальшому – бажаний рівень 90–95%.

#### **Інструкція з обчислення індикатора**

Організація, яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам з нормальною вагітністю, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій. Дані надаються лікарями акушерами-гінекологами ЗОЗ, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів акушерів-гінекологів ЗОЗ, які надають допомогу пацієнткам з нормальною вагітністю, зареєстрованих в районі обслуговування.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника. Знаменник індикатора складає загальну кількість жінок, які були на спостереженні по вагітності і пологам у ЗОЗ за звітний період.

Джерелом інформації є: індивідуальна карта вагітної і породіллі, форма № 111/о.

Чисельник індикатора складає кількість жінок, які взяті під спостереження до 12 тижнів вагітності.

Джерелом інформації є: індивідуальна карта вагітної і породіллі, форма № 111/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2. Охоплення вагітних проведенням УЗД до 22-х тижнів вагітності.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях стандартів медичної допомоги «Нормальна вагітність».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Аналіз індикатора дозволить своєчасно виявити проблеми, пов'язані з відсутністю або несвоєчасністю проведення УЗД у вагітних до 22-го тижня вагітності.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження стандартів медичної допомоги не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску, у подальшому – бажаний рівень 90–95%.

Інструкція з обчислення індикатора

Організація, яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам з нормальною вагітністю, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій. Дані надаються лікарями акушерами-гінекологами ЗОЗ, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів акушерів-гінекологів ЗОЗ, які надають допомогу пацієнткам з нормальною вагітністю, зареєстрованих в районі обслуговування.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника. Знаменник індикатора складає загальну кількість жінок, які були на спостереженні по вагітності і пологам у ЗОЗ за звітний період.

Джерелом інформації є: індивідуальна карта вагітної і породіллі, форма № 111/о.

Чисельник індикатора складає кількість вагітних, яким двічі проведено УЗД до 22 тижнів вагітності.

Джерелом інформації є: індивідуальна карта вагітної і породіллі, форма № 111/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

### 3. Охоплення вагітних обстеженням на ВІЛ

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях стандартів медичної допомоги «Нормальна вагітність».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Аналіз індикатора дозволить своєчасно виявити проблеми, пов'язані з відсутністю або несвоєчасністю обстеження вагітних на ВІЛ.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження стандартів медичної допомоги не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску, у подальшому – бажаний рівень 95%.

#### Інструкція з обчислення індикатора

Організація, яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам з нормальною вагітністю, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій. Дані надаються лікарями акушерами-гінекологами ЗОЗ, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів акушерів-гінекологів ЗОЗ, які надають допомогу пацієнткам з нормальною вагітністю, зареєстрованих в районі обслуговування.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника. Знаменник індикатора складає загальну кількість жінок, які були на спостереженні по вагітності і пологам у ЗОЗ за звітний період.

Джерелом інформації є: індивідуальна карта вагітної і породіллі, форма № 111/о.

Чисельник індикатора складає кількість вагітних, яким двічі проведено обстеження на ВІЛ.

Джерелом інформації є: індивідуальна карта вагітної і породіллі, форма № 111/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

### 4. Охоплення вагітних обстеженням на сифіліс

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях стандартів медичної допомоги «Нормальна вагітність».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Аналіз індикатора дозволить своєчасно виявити проблеми, пов'язані з відсутністю або несвоєчасністю обстеження вагітних на сифіліс.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження стандартів медичної допомоги не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску, у подальшому – бажаний рівень 95%.

#### Інструкція з обчислення індикатора

Організація, яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам з нормальною вагітністю, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій. Дані надаються лікарями акушерами-гінекологами ЗОЗ, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів акушерів-гінекологів ЗОЗ, які надають допомогу пацієнткам з нормальною вагітністю, зареєстрованих в районі обслуговування.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника. Знаменник індикатора складає загальну кількість жінок, які були на спостереженні по вагітності і пологам у ЗОЗ за звітний період.

Джерелом інформації є: індивідуальна карта вагітної і породіллі, форма № 111/о.

Чисельник індикатора складає кількість вагітних, яким двічі проведено обстеження на сифіліс.

Джерелом інформації є: індивідуальна карта вагітної і породіллі, форма № 111/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

#### 5. Охоплення вагітних обстеженням на безсимптомну бактеріурію

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях стандартів медичної допомоги «Нормальна вагітність».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Аналіз індикатора дозволить своєчасно виявити проблеми, пов'язані з відсутністю обстеження вагітних на ББУ.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження стандартів медичної допомоги не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску, у подальшому – бажаний рівень 90–95%.

### Інструкція з обчислення індикатора

Організація, яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам з нормальною вагітністю, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій. Дані надаються лікарями акушерами-гінекологами ЗОЗ, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів акушерів-гінекологів ЗОЗ, які надають допомогу пацієнткам з нормальною вагітністю, зареєстрованих в районі обслуговування.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника. Знаменник індикатора складає загальну кількість жінок, які були на спостереженні по вагітності і пологам у ЗОЗ за звітний період.

Джерелом інформації є: індивідуальна карта вагітної і породіллі, форма № 111/о.

Чисельник індикатора складає кількість вагітних, яким проведено обстеження на ББУ при взятті на спостереження.

Джерелом інформації є: індивідуальна карта вагітної і породіллі, форма № 111/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

### 6. Охоплення вагітних обстеженням на стрептококи групи В

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях стандартів медичної допомоги «Нормальна вагітність».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Аналіз індикатора дозволить своєчасно виявити проблеми, пов'язані з відсутністю обстеження вагітних на СГВ.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження стандартів медичної допомоги не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску, у подальшому – бажаний рівень 90–95%.

### Інструкція з обчислення індикатора

Організація, яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам з нормальною вагітністю, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій. Дані надаються лікарями акушерами-гінекологами ЗОЗ, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів акушерів-гінекологів ЗОЗ, які надають допомогу пацієнткам з нормальною вагітністю, зареєстрованих в районі обслуговування.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника. Знаменник індикатора складає загальну кількість жінок, які були на спостереженні по вагітності і пологам у ЗОЗ за звітний період.

Джерелом інформації є: індивідуальна карта вагітної і породіллі, форма № 111/о.

Чисельник індикатора складає кількість вагітних, яким проведено обстеження на СГВ у терміні  $36^{+0}$ - $37^{+6}$  тижнів вагітності.

Джерелом інформації є: індивідуальна карта вагітної і породіллі, форма № 111/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

## **Перелік літературних джерел, використаних при розробці стандартів медичної допомоги**

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Нормальна вагітність», 2022.
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 1999 року № 302 «Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в поліклініках (амбулаторіях)».
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 18 березня 2002 року № 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 інструкцій щодо їх заповнення», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 09 квітня 2002 року за № 346/6634.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України та Академії медичних наук України від 31 грудня 2003 року № 641/84 «Про удосконалення медико-генетичної допомоги в Україні».
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 лютого 2006 року № 67 «Про затвердження форм первинної облікової документації в закладах, що надають медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям, та інструкцій щодо їх заповнення», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 02 березня 2006 року за № 221/12095.
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 березня 2006 року № 179 «Про затвердження Інструкції з визначення критеріїв перинатального періоду, живонародженості та мертвонародженості, Порядку реєстрації живонароджених і мертвонароджених», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 12 квітня 2006 року за № 427/12301.
7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16 вересня 2011 року № 595 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 10 жовтня 2011 року за № 1159/19897 (зі змінами).
8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974 (зі змінами).
9. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313 (зі змінами).
10. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 02 листопада 2015 року № 709 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при залізодефіцитній анемії».
11. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03 вересня 2017 року № 1073 «Про затвердження Норм фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах і енергії», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 02 жовтня 2017 року за № 1206/31074.



12. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01 лютого 2019 року № 278 «Про затвердження Порядку проведення та документування результатів медичного обстеження постраждалих осіб від домашнього насильства або осіб, які ймовірно постраждали від домашнього насильства, та надання їм медичної допомоги», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 14 березня 2019 року за № 262/33233.

13. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 11 жовтня 2019 року № 2070 «Про внесення змін до Календаря профілактичних щеплень в Україні та Переліку медичних протипоказань до проведення профілактичних щеплень», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 26 листопада 2019 року за № 1182/34153.

14. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 березня 2020 року № 722 «Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)» (зі змінами).

15. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15 січня 2021 року № 49 «Про затвердження стандартів медичної допомоги при вірусному гепатиті В у дорослих».

16. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15 січня 2021 року № 51 «Про затвердження стандартів медичної допомоги при вірусному гепатиті С у дорослих».

17. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22 квітня 2021 року № 792 «Про затвердження тринадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

18. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01 червня 2021 року № 1066 «Деякі питання формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність та проведення їхньої перевірки», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 02 червня 2021 року за № 728/36350 (зі змінами).

19. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 06 жовтня 2021 року № 2161 «Про внесення змін до стандартів охорони здоров'я при туберкульозі».

20. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 24 січня 2022 року № 151 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді».

21. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26 квітня 2022 року № 692 «Про затвердження клінічної настанови, заснованої на доказах, «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» та стандартів медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини».

**Генеральний директор  
Директорату медичних послуг**

**Олександра МАШКЕВИЧ**

## Графік візитів вагітної до лікаря

### Зміст першого допологового візиту (до 12 тижнів)

#### Уточнення 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 немовлят.
- 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.

#### Клінічна оцінка:

- Обговорення способу зачаття та дати останньої менструації, скерування на перше УЗД (у терміні 11<sup>+0</sup> - 13<sup>+6</sup> тижнів).
- Вимірювання зросту та ваги, обчислення ІМТ, слід надати поради щодо відповідної прибавки ваги.
- Вимірювання артеріального тиску.
- Проведення загального фізикального обстеження, клінічного обстеження молочних залоз, гінекологічного огляду.
- Проведення тесту на протеїнурію.
- Відкласти аускультацию серцебиття плода до 12 тижнів вагітності, якщо використовується доплер, і до 28 тижнів вагітності за допомогою доплера або стетоскопа Пінарда.
- Оцінка факторів ризику прееклампсії (додаток 6), вагітній групі ризику слід повідомити, що низькі дози ацетилсаліцилової кислоти з ранніх термінів вагітності можуть бути корисними для профілактики прееклампсії.
- Оцінка факторів ризику передчасних пологів та надання відповідних рекомендацій з факторів ризику і захисних факторів.

- Заповнення Единбурзької шкали післяпологової депресії (додаток 7) під час цього візиту або пізніше під час вагітності.
- Запитання про психосоціальні фактори, які впливають на психічне здоров'я.
- Для жінки з позитивним результатом з питання 10 Единбурзької шкали післяпологової депресії слід провести або організувати негайну подальшу оцінку і, в разі виявлення суїцидальних думок, вжити термінових заходів.

### **Оцінка стану здоров'я вагітної**

- Встановити групу крові, резус-фактор та наявність антитіл, загальний аналіз крові, розглянути можливість визначення рівня феритину в районах з високою поширеністю залізодефіцитної анемії.
- Оцінити фактори ризику цукрового діабету, запропонувати визначення рівня глікемії вагітній з виявленими факторами ризику (додаток 5).
- Рекомендувати обстеження на ВІЛ, вірусні гепатити В і С, сифіліс та безсимптомну бактеріурію, встановити імунний статус щодо червонички.
- Тестування на ВІЛ проводиться всім вагітним жінкам під час першого звернення за антенатальною медичною допомогою (скринінг). Використовують комбіновані медичні вироби для інструментальних методів, призначені для одночасного виявлення антитіл до ВІЛ 1 та 2 типів, а також антигену р24 ВІЛ-1. Якщо ВІЛ-статус на момент першого звернення вагітної відомий як ВІЛ-позитивний, тестування не призначається.
- Запропонувати обстеження на гонорею вагітній з групи ризику.
- Запропонувати обстеження на хламідіоз вагітній молодше 25 років.
- У регіонах з високою поширеністю ППШ 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.
- 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-А плазми PAPP-A; 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.

### **Висновки**

- Очікувана дата пологів/термін вагітності.

- Фактори ризику: фізичні, соціальні, емоційні.
- Необхідність скерування жінки до інших спеціалістів.
- Обсяг подальшого обстеження/лікування/профілактики.

**Подальші дії:**

- Консультування з варіантів ДПД та місця розродження.
- Направлення вагітної до інших спеціалістів за показаннями.
- Додаткові обстеження за показаннями.
- Загальні рекомендації (також для партнера/сім'ї): симптоми вагітності, дієтичні добавки, харчування, фізична активність, куріння, алкоголь, споживання психоактивних речовин, відвідування стоматолога.
- Детальна інформація про загрозливі симптоми (додаток 8).
- За потреби обговорення питання про консультування і переривання вагітності.
- Профілактичні втручання: фолієва кислота, йод, інші - за показаннями (наприклад препарати заліза).
- Вакцинація, включаючи грип та кашлюк.

**16–19 тижнів:**

- Переглянути, обговорити та записати результати всіх проведених досліджень
- Переглянути запланований графік ДПД та визначити, чи потрібні додаткове обстеження або консультації інших спеціалістів
- Оцінити зростання плода
- Запропонувати УЗД плода у 18–22 тижні вагітності
- Запропонувати вагітній зважування, заохочувати її самостійно контролювати набір ваги та оцінити темп зміни ваги, дієту та рівень фізичної активності

**20–27 тижнів:**

- Оцінити зростання плода за гравідограмою (додаток 4)
- Обговорити рухи плода: терміни, нормальні цикли бадьорості та сну тощо
- Провести аускультуацію серцебиття плода
- Виміряти артеріальний тиск
- Огляд нижніх кінцівок на наявність варикозно розширених вен
- Тест на протеїнурію у жінки з клінічними ознаками прееклампсії (наприклад високий артеріальний тиск)
- Запитати, чи проводить жінка зважування, заохочувати її самостійно контролювати набір ваги та оцінити темп зміни ваги, дієту та рівень фізичної активності
- Тест на гіперглікемію між 24 та 28 тижнями вагітності (додаток 5)
- У разі отримання першого негативного результату тестування на ВІЛ до 12 тижнів вагітності, друге тестування проводиться у терміні вагітності 20-24 тижні.
- У разі отримання першого негативного результату тестування на ВІЛ при зверненні у третьому триместрі (після 24-х тижнів), друге обстеження

проводиться з використанням швидких (експрес) тестів при надходженні до пологового стаціонару для розродження.

- Повторити обстеження на феритин, якщо низький рівень виявлений у I триместрі

### **28 тижнів:**

- Оцінити зростання плода за гравідограмою (додаток 4)
- Обговорити рухи плода
- Провести аускультацию серцебиття плода
- Загальний аналіз крові, резус-негативним жінкам визначити наявність антитіл до еритроцитів за системою Резус.
- Рекомендувати введення Анти-D (rh) імуноглобуліну резус-негативним неімунізованим жінкам у терміні 28-34 тижні
- Виміряти артеріальний тиск
- Огляд нижніх кінцівок на наявність варикозно розширених вен
- Тест на протеїнурію у жінок з клінічними ознаками прееклампсії
- Запитати, чи проводить жінка зважування, заохочувати її самостійно контролювати набір ваги та оцінити темп зміни ваги, дієту та рівень фізичної активності
- Провести тест на гіперглікемію, якщо це не зроблено раніше (додаток 5)
- Дізнатися про психічне здоров'я та оцінити Единбурзьку шкалу післяпологової депресії (додаток 7)
- Рекомендувати повторне обстеження на сифіліс на початку III триместру (28-32 тижні)

### **29–34 тижні:**

- Оцінити зростання плода за гравідограмою (додаток 4).
- Обговорити рухи плода.
- Провести аускультацию серцебиття плода.
- Переглянути, обговорити та записати результати обстежень, проведених на 28 тижні.
- Сформувати медичний висновок про тимчасову непрацездатність за категорією «Вагітність та пологи» у 30 тижнів вагітності.
- Переглянути запланований графік ДПД та визначити жінок, які потребують додаткового догляду і направлення до інших спеціалістів.
- Надати інформацію з можливістю обговорити проблеми та поставити питання щодо підготовки до пологів і народження дитини, включно з планом ведення пологів, обізнаності жінки про періоди пологів, управління болем при нормальних пологах (ця інформація може знадобитися раніше жінкам з віддалених районів (додаток 9).
- Обговорити грудне вигодовування (наприклад, контакт «шкіра-до-шкіри» при народженні, раннє прикладання до грудей, сумісне перебування, прихильність, виключно грудне вигодовування, годування на вимогу, підтримку партнера).
- Виміряти артеріальний тиск.
- Огляд нижніх кінцівок на наявність варикозно розширених вен.

- Тест на протеїнурію у жінок з клінічними ознаками прееклампсії.
- 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 якій виявлена ППШ – 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.
- Вагітним з невідомим ВІЛ-статусом або ВІЛ-негативним статусом із серодискордантних пар, якщо у ВІЛ-позитивного партнера не досягнуто вірусологічної супресії та/або він не отримує антиретровірусну терапію, тестування на ВІЛ призначається під час третього триместру вагітності.
- Запитати, чи проводить жінка зважування, заохочувати її самостійно контролювати набір ваги та оцінити темп зміни ваги, дієту та рівень фізичної активності.

**35–37 тижнів:**

- Оцінити зростання плода за гравідограмою (додаток 4).
- Обговорити рухи плода.
- Провести аускультацию серцебиття плода.
- Загальний аналіз крові у 36 тижнів.
- Надати інформацію про догляд за новонародженою дитиною, зменшення ризику раптової смерті немовляти, скринінг для новонароджених та профілактику вітаміном К, психосоціальну підтримку, доступну в постнатальному періоді, включаючи ЗОЗ, з можливістю обговорити проблеми і задати питання.
- Оцінити передлежання плода шляхом зовнішнього акушерського дослідження з 36 тижнів вагітності та підтвердити підозру на тазове передлежання плода за допомогою УЗД.
- Для жінок з тазовим передлежанням плода обговорити варіанти, включно з зовнішнім поворотом плода для переведення у головне передлежання.
- Запропонувати обстеження на стрептококи групи В у терміні 36<sup>+0</sup>-37<sup>+6</sup> тижнів вагітності.
- Виміряти артеріальний тиск.
- Огляд нижніх кінцівок на наявність варикозно розширених вен.
- Тест на протеїнурію у жінок з клінічними ознаками прееклампсії.
- Запитати, чи проводить жінка зважування, заохочувати її самостійно контролювати набір ваги та оцінити темп зміни ваги, дієту та рівень фізичної активності.

**38–40 тижнів:**

- Оцінити зростання плода за гравідограмою (додаток 4).
- Провести аускультацию серцебиття плода.
- Надати інформацію, включаючи нормальну тривалість вагітності та початок пологів, з можливістю обговорити будь-які страхи та занепокоєння і задати питання.
- Обговорити рухи плода, включаючи необхідність швидкого звернення до лікаря, якщо є занепокоєння щодо зменшення чи відсутності рухів плода.
- Виміряти артеріальний тиск.
- Огляд нижніх кінцівок на наявність варикозно розширених вен.
- Тест на протеїнурію у жінок з клінічними ознаками прееклампсії.
- Запитати, чи проводить жінка зважування, заохочувати її самостійно контролювати набір ваги та оцінити темп зміни ваги, дієту та рівень фізичної активності.

**Жінки, які не народили до 41 тижня:**

- Надати інформацію, включаючи обговорення варіантів ведення перенесеної вагітності з можливістю задати та обговорити питання.
- Обговорити рухи плода, включаючи необхідність швидкого звернення до лікаря, якщо є занепокоєння щодо зменшення чи відсутності рухів плода.
- Провести аускультацию серцебиття плода.
- Виміряти артеріальний тиск.
- Огляд нижніх кінцівок на наявність варикозно розширених вен.
- Тест на протеїнурію у жінок з клінічними ознаками прееклампсії.
- Запитати, чи проводить жінка зважування, заохочувати її самостійно контролювати набір ваги та оцінити темп зміни ваги, дієту та рівень фізичної активності.
- Запропонувати госпіталізацію до акушерського ЗОЗ.

Додаток 2  
до Стандартів медичної допомоги  
«Нормальна вагітність»

**Протокол УЗД у терміні 11<sup>+0</sup>-13<sup>+6</sup> тижнів вагітності (КТР 45-84 мм)**

Заклад охорони здоров'я _____		<b>Оцінка анатомії плода</b>	норма	аномалії	не візуалізується
Прізвище, ініціали вагітної _____		<b>Голова</b>			
Дата народження _____		Форма			
Дата останньої менструації _____		Серп мозку			
Термін вагітності за датою останньої менструації _____		Судинні сплетіння			
Дата дослідження _____		<b>Лицевий скелет</b>			
Апарат _____		Профіль			
Датчик _____		Очні яблука			
Лікар, який направив вагітну _____		<b>Черевна стінка</b> – місце відходження пуповини			
Лікар, який проводив УЗД _____		<b>Шлунок</b> - зліва під діафрагмою			
		<b>Серцебиття</b> <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні ЧСС _____ уд./хв.			
		<b>Серце</b> розташування			
		Серце: 4 камери та очікувана «V» ознака в режимі КДК			
Кількість гестаційних мішків (яєць/міхурів)		<b>Сечовий міхур</b> у сагітальній проекції, мм			
Кількість плодів в порожнині матки		<b>Кінцівки</b> Ліва верхня кінцівка			
		Права верхня кінцівка			
<b>Оцінка хоріальності при багатоплідній вагітності</b> («λ» або «Т» ознака)		Ліва нижня кінцівка			
		Права нижня кінцівка			
<b>Куприково-тім'яний розмір (КТР) плода</b> _____ мм відповідає терміну		<b>Хоріон:</b> однорідний / неоднорідний			



_____ тижнів вагітності	Хоріон: входження судин пуповини <input type="checkbox"/> центральне <input type="checkbox"/> децентроване	
	<b>Основні хромосомні маркери</b>	Наявність у лікаря з УЗД сертифікату FMF ID _____
	товщина комірцевого простору	_____ мм <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
	носова кістка	<input type="checkbox"/> наявна <input type="checkbox"/> відсутня <input type="checkbox"/> неможливо оцінити <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
	венозна протока	реверсна хвиля <input type="checkbox"/> є <input type="checkbox"/> немає <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
	тристулкова регургітація	<input type="checkbox"/> є <input type="checkbox"/> немає <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні
<b>Допплерографія маткових артерій (МА)</b> Наявність у лікаря з УЗД сертифікату FMF <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні	PI правої МА	
	PI лівої МА	
	Середній PI обох МА	<input type="checkbox"/> норма / <input type="checkbox"/> підвищений
<b>Особливості органів малого тазу</b>		
Матка _____		
Придатки матки _____		
Шийка матки _____		
<b>Коментарі</b>		
<b>Висновок</b>	<b>Рекомендації</b>	
<input type="checkbox"/> нормальний та повний результат огляду		
<input type="checkbox"/> нормальний, але неповний результат огляду		

Підпис і печатка лікаря з УЗД

Додаток 3  
до Стандартів медичної допомоги  
«Нормальна вагітність»

**Протокол УЗД у терміні 18-22 та 28-32 тижні вагітності**

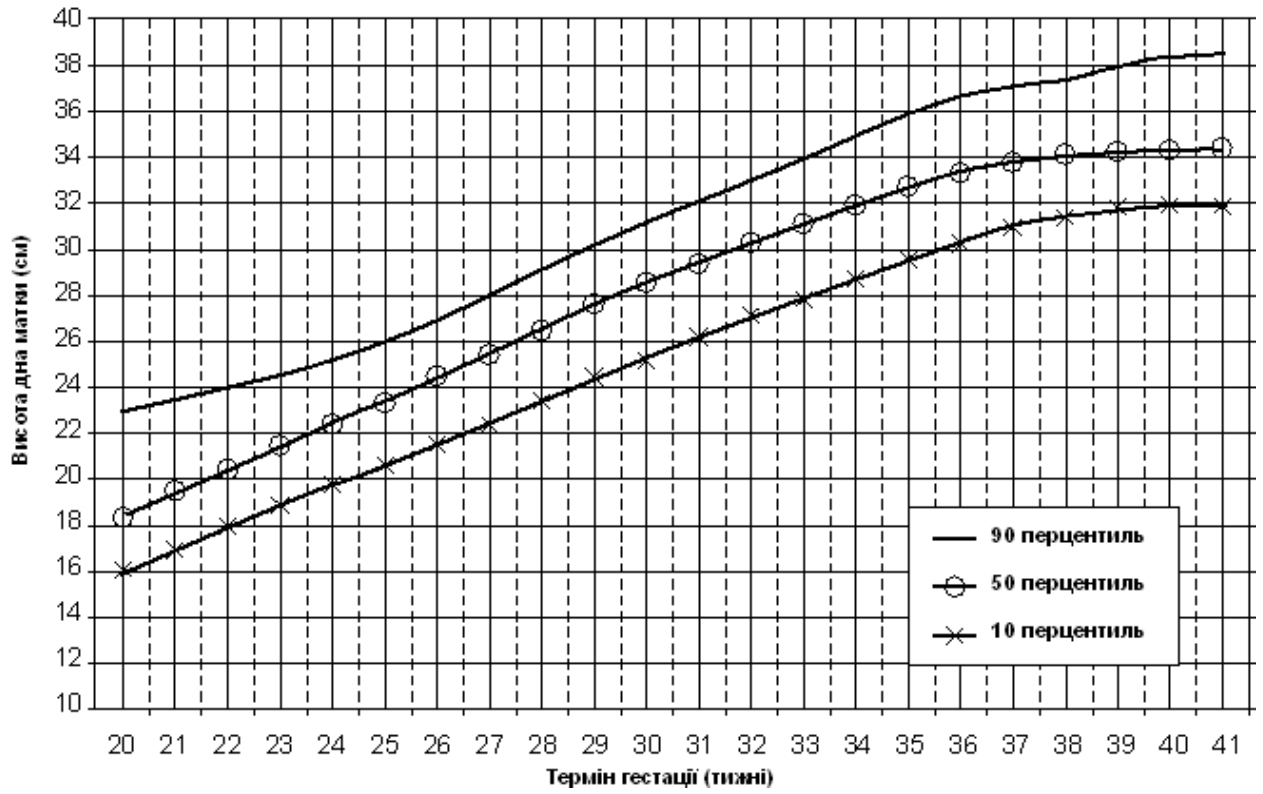
Заклад охорони здоров'я			<b>Оцінка анатомії плода</b>	<b>норма</b>	<b>аномалії</b>	<b>не візуа- лізується</b>
_____			<b>Голова</b>			
_____			Форма			
Прізвище, ініціали вагітної			Порожнина прозорої перетинки			
_____			Серп мозку			
Дата народження			Таламус			
_____			Бокові шлуночки, стандартний розмір до 10 мм			
Дата останньої менструації			Мозочок			
_____			Велика цистерна – стандартний розмір 2-10 мм			
Термін вагітності за датою останньої менструації			<b>Обличчя</b>			
_____			Орбіти			
Дата дослідження			Профіль обличчя			
_____			Носова кістка (мм)			
Апарат			_____			
Датчик						
Лікар, який направив вагітну						
_____						
Лікар, який проводив УЗД						
_____						
<b>Плодова біометрія</b>			Верхня губа, нижня губа			
Параметр	мм	тижні	Альвеолярний відросток верхньої щелепи			
Біпаріетальний розмір			<b>Шия</b> , потилична складка стандартний розмір до 6 мм			
Окружність голівки			<b>Серце</b>			
Окружність живота			ЧСС _____ уд./хв.			
Довжина стегна			Розташування			
Довжина плеча			Розміри			
Поперечний розмір мозочка			Огляд 4 камер			
Маса плода (г)						

<b>Плацента</b> Розташування (стінка) _____ Відстань від внутрішнього вічка (мм) _____	Огляд 3 судин та трахеї			
<b>Амніотична рідина</b> (об'єм) <input type="checkbox"/> нормальний <input type="checkbox"/> аномальний Індекс амніотичної рідини (см) _____ Максимальна вертикальна кишеня (см) _____	Лівошлуночковий викид крові  Правошлуночковий викид крові			
<b>Рухи плода</b> <input type="checkbox"/> нормальні <input type="checkbox"/> відсутні	<b>Черевна порожнина</b>			
<b>Положення плода</b> <input type="checkbox"/> поздовжнє <input type="checkbox"/> поперечне <input type="checkbox"/> косе	Шлунок			
<b>Передлежання плода</b> <input type="checkbox"/> головне <input type="checkbox"/> тазове	Петлі кишечника			
<b>Цервікометрія</b> ____ мм  <b>Коментарі:</b>          <b>Висновок:</b> <input type="checkbox"/> нормальний та повний результат огляду <input type="checkbox"/> нормальний, але неповний результат огляду _____ _____ _____ _____ _____ _____	<b>Нирки</b>			
	Сечовий міхур			
	Прикріплення пуповини до плаценти			
	Кількість судин пуповини	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	
	<b>Скелет</b>			
	<b>Кінцівки</b>			
	Ліва верхня кінцівка			
	Права верхня кінцівка			
	Ліва нижня кінцівка			
Права нижня кінцівка				
<b>Стать (опційно)</b>	<input type="checkbox"/> чол <input type="checkbox"/> жін			
<b>Рекомендації:</b>				

Підпис і печатка лікаря з УЗД

Додаток 4  
до Стандартів медичної допомоги  
«Нормальна вагітність»

### Гравідограма



### Діагностика гестаційного цукрового діабету

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.

Факторами ризику ГЦД є: ІМТ  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup>, сімейний анамнез цукрового діабету у родичів 1-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.

*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.

### **Групи ризику виникнення прееклампсії**

Жінки, які мають щонайменше один фактор високого ризику з перерахованих нижче:

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

або два фактори помірною ризику з наступних:

- перша вагітність;
- вік вагітної жінки 40 років та старше;
- інтервал між вагітностями більше 10 років;
- ІМТ  $35 \text{ кг/м}^2$  або більше при першому зверненні до жіночої консультації;
- сімейний анамнез прееклампсії.

**Единбурзька шкала післяпологової депресії**  
(*Edinburgh Postnatal Depression Scale*)

**Інструкція для користувача**

1. Оберіть відповідь, яка найбільше відповідає Вашому самопочуттю **впродовж попередніх 7 днів** (а не сьогодні).
2. Необхідно заповнити усі 10 пунктів шкали.
3. Слід уникати обговорення своїх відповідей з іншими.
4. Необхідно власноруч заповнити шкалу, якщо тільки Ви не є людиною з інвалідністю.
5. Шкалою можна користуватися під час вагітності або через 6-8 тижнів після пологів.

**За останній тиждень:**

1. Я можу сміятися і деякі речі мене веселять:

Так само, як це було завжди \_\_\_\_ (0)

Зараз не так часто, як завжди \_\_\_\_ (1)

Зараз точно не так часто, як завжди \_\_\_\_ (2)

Зовсім ні \_\_\_\_ (3)

2. Я чекаю із нетерпінням на якісь події:

Так само, як колись \_\_\_\_ (0)

Зараз менше, ніж раніше \_\_\_\_ (1)

Однозначно менше, ніж раніше \_\_\_\_ (2)

Навряд чи взагалі \_\_\_\_ (3)

3. Я звинувачувала себе без вагомих причин, коли щось йшло не так:

Так, у більшості випадків \_\_\_\_ (3)

Так, іноді \_\_\_\_ (2)

Не дуже часто \_\_\_\_ (1)

Ні, ніколи \_\_\_\_ (0)

4. Я хвилювалась або переживала без поважних причин:

Ні, зовсім не хвилювалась \_\_\_\_ (0)

Майже ніколи \_\_\_\_ (1)

Так, іноколи \_\_\_\_ (2)

Так, дуже часто \_\_\_\_ (3)



5. Я відчувала страх чи паніку без вагомих підстав:

Так, досить часто \_\_\_\_ (3)

Так, інколи \_\_\_\_ (2)

Ні, не дуже часто \_\_\_\_ (1)

Ні, зовсім ніколи \_\_\_\_ (0)

6. Останнім часом мене все дратує:

Так, більшість часу я не можу з цим впоратися взагалі \_\_\_\_ (3)

Так, іноді я не справлялась з цим, як зазвичай \_\_\_\_ (2)

Ні, у більшості випадків я досить добре можу з цим впоратись \_\_\_\_ (1)

Ні, я, як завжди, доволі добре можу впоратись з цим відчуттям \_\_\_\_ (0)

7. Я настільки відчуваю себе нещасною, що маю труднощі зі сном:

Так, більшість часу \_\_\_\_ (3)

Так, інколи \_\_\_\_ (2)

Ні, не дуже часто \_\_\_\_ (1)

Ні, зовсім ніколи \_\_\_\_ (0)

8. Я відчуваю себе засмученою і нещасною:

Так, більшість часу \_\_\_\_ (3)

Так, інколи \_\_\_\_ (2)

Ні, не дуже часто \_\_\_\_ (1)

Ні, зовсім ніколи \_\_\_\_ (0)

9. Я відчуваю себе настільки нещасною, що плачу:

Так, більшість часу \_\_\_\_ (3)

Так, досить часто \_\_\_\_ (2)

Лише зрідка \_\_\_\_ (1)

Ні, ніколи \_\_\_\_ (0)

10. Останнім часом у мене були думки заподіяти собі шкоду: \*

Так, досить часто \_\_\_\_ (3)

Іноді \_\_\_\_ (2)

Майже ніколи \_\_\_\_ (1)

Ніколи \_\_\_\_ (0)

\*Якщо у Вас виникли будь-які думки про заподіяння шкоди собі чи своїй дитині, або у Вас є галюцинації, негайно повідомте про це лікаря акушера-гінеколога та лікаря загальної практики-сімейного лікаря.

Загальна кількість балів: \_\_\_\_\_

## **Інструкція з використання та оцінки за шкалою післяпологової депресії**

Дослідження показують, що депресія вражає від 7 до 19% вагітних, однак багато жінок не отримують належної медичної допомоги. Основним фактором ризику антенатальної депресії є наявність перинатальної або іншої депресії в анамнезі. Інші фактори ризику включають поточну тривогу, незаплановану або небажану вагітність, життєвий стрес, насильство з боку інтимного партнера, фізичне та/або сексуальне насильство впродовж усього життя, погану соціальну підтримку та хронічні екстрагенітальні захворювання. Ці жінки можуть доглядати за собою, іншими членами родини та займатися домашніми справами, але їхнє задоволення від життя серйозно погіршується, і цілком можливо, що це може мати довгострокові наслідки.

Единбурзька шкала постнатальної депресії (EPDS) є простою у застосуванні і зарекомендувала себе як ефективний інструмент скринінгу депресії під час вагітності та у післяпологовому періоді.

Шкала складається з 10 коротких запитань. Жінка вибирає одну з чотирьох можливих відповідей, найближчу до того, як вона почувалася протягом останнього тижня. Більшість жінок легко заповнюють шкалу менш ніж за п'ять хвилин. Відповіді оцінюються 0, 1, 2 і 3 балами та на основі оцінки визначають серйозність симптому. Пункти 3, 5-10 є зворотними (тобто 3, 2, 1 і 0 балів). Загальна кількість балів визначається за сумою оцінок за кожен із 10 пунктів, максимальна сума складає 30 балів.

Вагітні або матері, які набрали більше 12 або 13 балів, ймовірно, страждають на депресію різного ступеня тяжкості, тому їм слід звернутися за медичною допомогою. Особливу увагу слід приділяти жінкам з позитивною відповіддю на запитання 10 про суїцидальні думки. Суїцидальні думки зустрічаються частіше, ніж спроби самогубства та смерті, у 4-8% вагітних. Для підтвердження діагнозу та розробки плану лікування необхідна ретельна клінічна оцінка медичним працівником, наприклад лікарем психотерапевтом або психіатром.

У сумнівних випадках (із загальною оцінкою від 5 до 9 балів) корисно повторити заповнення шкали через 2-4 тижні.

Додаток 8  
до Стандартів медичної допомоги  
«Нормальна вагітність»

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

Пам'ятайте про невідкладні попереджувальні ознаки та симптоми під час вагітності та протягом року після пологів. Негайно зверніться за медичною допомогою, якщо Ви відчуваєте будь-які ознаки або симптоми, перераховані нижче. Ці симптоми можуть свідчити про загрозу життю.

*Головний біль, який не проходить або посилюється з часом*

- Відчувається, що це найгірший головний біль 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
- Є запаморочення, які тривають або починаються і минають протягом декількох днів
- Є відчуття розриву у часі, про який Ви не пам'ятаєте

*Зміни зору*

- Ви бачите спалахи світла або яскраві плями
- Є 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 відчуваються та виглядають набряклими
- Ваші 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
- Є утруднене дихання, коли Ви лягаєте на ліжко, наприклад, Вам потрібно підперти голову подушками, щоб спати

*Біль у грудях або прискорене серцебиття*

- Є біль у грудях, наприклад: відчуття стиснення або тиску в центрі грудної клітки або біль, що поширюється на спину, шию або руку
- Є зміни серцебиття, наприклад: прискорене серцебиття або стукіт у грудях, нерегулярний серцевий ритм або пропуски серцебиття
- Ви відчуваєте запаморочення, слабкість або дезорієнтацію
- Є проблеми з диханням (важко говорити і дихати)

Ці симптоми можуть виникнути в будь-який час і в будь-якому місці або можуть бути викликані певною подією.

*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

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

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

*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:
  - При дотику уражена ділянка ноги болісна або безболісна
  - Є біль, коли Ви згинаєте ногу, під час стояння або ходьби
  - 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

*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

### **Підготовка до пологів і батьківства**

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.