Додаток 1
до Нормативів організації акушерсько-
гінекологічної допомоги
(п.8, розділ І)

ПЕРЕЛІК
АКУШЕРСЬКИХ ЯТРОГЕННИХ ВТРУЧАНЬ
(за аналітичними рекомедаціями доказової бази та ВООЗ)

1. Невиправдано високий рівень застосування оперативного розродження, зокрема кесарева розтину, у популяції, що потребує консиліумного обгрунтування та аналітичного підходу до ситуації в кожному закладі охорони здоров'.

2. Високий рівень знеболення пологів, що суперечить стратегії вітчизняного акушерства – демедикалізації, та сприяє світовому тренду профілактики ятрогенних втручань (допомога матері, шкода плоду і навпаки), що потребує чіткого обгрунтування застосування методик та медикаментів.

3. Родостимуляція за відсутності показань, що потребує викорінення з акушерської практики такого поняття, як форсування та прискорення пологів, які ятрогенно впливають, як на здоров'я матері, так і на здоров'я дитини.

4. Стереотипи неповажної та необережної поведінки медичного персоналу у вирішенні клінічних проблем, що призводить до значного числа психічно та фізично травмованих жінок.

5. Недооцінка прав жінки та дитини. У разі необхідності застосування вкрай необхідної акушерської практики, яка суперечить культурному або релігійному рівню пацієнтки, їй треба пояснити життєву необхідність медичної технології. В іншому випадку прийняти консиліумне рішення для забезпечення здоров'я та життя пацієнтів.

6.Поліпрагмазія, як у веденні вагітності (призначення невиправданих медикаментозних препаратів, кількості обстежень і т.ін.), так і у веденні пологів.

7. Програмовані пологи за не медичними показаннями.

8. Використання системних естрогенів для підготовки до пологів.

9. Амніотомія, як самостійний метод індукції пологів при незрілій шийці матки.

10. Застосування мізопростолу у пологах. Відсутність показань в інструкціїї щодо застосування у пологах.

11. Рутинне розсічення промежини.

12. Метод Кристеллера.

13. Регуляція потуг (керування потугами медичними спеціалістами);

14.Перевага випадків екстреного кесарева розтину над плановими;

15. Акушерський патерналізм.

16. Формальне (без дотримання календаря спостереження за перебігом вагітності або без обгрунтованих показань) використання методів пренатальної діагностики.

Додаток 2
до Нормативів організації акушерсько-
гінекологічної допомоги
(п.8, розділ І)

ПОПЕРЕДЖЕННЯ ТА УСУНЕННЯ НЕПОВАЖНОГО ПОВОДЖЕННЯ З ЖІНКАМІ ПІД ЧАС ПОЛОГІВ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

Міжнародні організації ООН, ВООЗ, FIGO провела останні десятиліття задокументування у більшості країн світу випадків некваліфікованої медичної допомоги, акушерського "насилля" та професійної безвідповідальності медичних працівників в акушерських стаціонарах. У більшості офіційних документів для опису таких подій використовується термін неповажного та жорстокого поводження під час пологів в акушерських стаціонарах (від англ. DACF - Disrespectful /abusive care during childbirth in facilities). Запропонована класифікація категорій неповажного поводження під час пологів.

Типологія неповного поводження з жінками під час пологів у акушерських стаціонарах *

Назва категорії	Приклад
Фізичне насильство	Застосування медичним персоналом фізичної сили: ляпаси, прийом Кристеллера Фізична обмеженість: пологи в літомічній позиції
Словесні образи	Груба мова, обвинувачувальні коментарі, погрози у разі відмови від лікування, звинувачення і залякування щодо негативних наслідків
Дискримінація	За соціально-демографічними характеристиками: етнічна приналежність, релігія, вік, сімейний стан, мова, соціально-економічний статус, рівень освіти За медичними станами: ВІЛ-позитивний статус, жінка з інвалідністю
Недотримання стандартів медичної допомоги	Відсутність письмової інформованої згоди жінки на медичні втручання та операції, зокрема на індукцію пологів, епізіотомію, оперативні пологи, хірургічну стерилізацію. Порушення конфіденційності: відсутність конфіденційності у пологах (просторової, візуальної чи слухової), розголошення конфіденційної інформації без згоди пацієнтки: чоловікові, батькам, іншим членам родини, друзям. Медичні огляди і втручання: болісні вагінальні дослідження; відмова у знеболюванні; застосування медичних втручань, які не відповідають стандартам і клінічним протоколам, наприклад тривалий ліжковий режим, поліпрагмазія Зневага і залишення без допомоги: затримка з наданням

	медичної допомоги у пологах у зв'язку з відсутністю в акушерському стаціонарі кваліфікованого лікаря або з необхідністю надання медичної допомоги декільком роділлям одночасно
Порушення комунікації	Неефективне спілкування: складнощі перекладу, відсутність надання медичної інформації зрозумілою мовою та тлумачення медичних термінів у залежності від рівня освіти жінки і членів її родини. Відсутність емоційної та психологічної підтримки Безпідставна відмова: у партнерських пологах, у сумісному перебуванні матері і дитини, у відвідуванні та догляді за новонародженими у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії Неповага до автономії жінки: жінка сприймається як пасивна учасниця пологів, акушерський патерналізм, відмова у виборі вільної позиції під час пологів, заборона вживання їжі та напоїв, іммобілізація без наявності показань.
Умови та обмеження роботи ЗОЗ	Кадрові питання: кадрові обмеження, нестача медичного персоналу, надмірне робоче навантаження медичних працівників, відсутність належної підготовки з медичної етики та прав пацієнтів Фінансові питання: недостатнє фінансування закладу охорони здоров'я, відсутність доступних видів безоплатної медичної допомоги і платних послуг для загального ознайомлення пацієнток та їх партнерів, хабарництво і вимагання винагороди Брак інших ресурсів: мінімальні площі приміщень, обмеженість особистого простору для пацієнток

Додаток 3
до Нормативів організації акушерсько-
гінекологічної допомоги
(п.14, розділ ІІІ)

КЛАСИФІКАЦІЯ
категорій медичних критеріїв прийнятності використання методів контрацепції

З метою вибору методу контрацепції без шкоди для здоров'я розроблена класифікація медичних критеріїв прийнятності використання методів контрацепції (ВООЗ 2015, 5 видання). Відповідно до цієї класифікації різні контрацептивні методи оцінюються з точки зору відношення ризику для здоров'я та користі від їх використання та відповідного стану здоров'я, який впливає на вибір методу контрацепції.

За класифікацією ВООЗ визначають чотири категорії медичних критеріїв прийнятності використання методів контрацепції:

1 - стан здоров'я, при якому протипоказання до використання даного методу контрацепції відсутні;

2 - стан здоров'я, при якому очікувана користь від використання даного методу контрацепції в цілому перевищує теоретичні або доведені ризики;

3 - стан здоров'я, при якому теоретичні або доведені ризики в цілому перевищують очікувану користь від використання даного методу контрацепції;

4 - стан здоров'я, при якому використання даного методу контрацепції абсолютно протипоказано.

Категорія "2" означає, що цей метод контрацепції допускається до використання, однак при цьому необхідний ретельний контроль лікаря.

Категорія «3» означає, що цей метод не рекомендується використовувати за винятком ситуацій, коли інші засоби контрацепції недоступні або їх використання неприйнятне для пацієнта. Потрібне ретельне клінічне обстеження. При неможливості проведення клінічного обстеження у відповідному обсязі використання цього методу контрацепції неприпустиме. Якщо цей метод використовується пацієнткою, вона має перебувати під особливим контролем лікаря.

Допомогу у виборі конкретного методу для 1 та 2 категорій (відповідно до класифікації ВООЗ) можуть надавати лікарі акушери-гінекологи, лікарі загальної практики - сімейні лікарі, середній медичний персонал. Для 3 та 4 категорій населення, які потребують спеціалізованого підходу та додаткового обстеження, допомогу надають лікарі-акушери-гінекологи із лікарями загальної практики - сімейними лікарями або спеціалістами суміжних спеціальностей (гастроентерологом, судинним хірургом, ендокринологом тощо).

Додаток 4
до Нормативів організації акушерсько-гінекологічної допомоги
(п.14, розділ III)

РЕКОМЕНДАЦІЇ
ВООЗ до 5-го видання «Медичних критеріїв прийнятності використання методів контрацепції»

1. Рекомендації щодо використання комбінованих гормональних контрацептивів (КГК) за віковими групами включають комбіновані оральні контрацептиви, комбіновані ин'єкційні контрацептиви, комбінований пластыр (КП) та комбіноване вагінальне кільце (КВК)		
< 40 років	Жінки з менархе до 40 років можуть використовувати КГК без обмежень (Категорія 1).	
≥ 40 років	Жінки у віці 40 років і старше зазвичай можуть використовувати КГК (Категорія 2).	
2. Рекомендації по використанню КГК жінками, які годують груддю		
< 6 тиж. після пологів	Жінкам, які годують груддю в період <6 тижнів після пологів, не слід використовувати КГК (Категорія 4).	
≥ 6 тиж. до < 6 міс. після пологів	Жінкам, які годують груддю в період від ≥ 6 тижнів до <6 місяців після пологів (переважно грудне вигодовування), зазвичай не слід використовувати КГК (Категорія 3).	
≥ 6 міс. після пологів	Жінки, які годують груддю в період ≥ 6 місяців після пологів, зазвичай можуть використовувати КГК (Категорія 2).	
3. Рекомендації по використанню КГК жінками у післяпологовому періоді		
<21 дн. після пологів без інших факторів ризику венозної ТРОМБОЕМБОЛІЇ (ВТЕ)	Жінкам в післяпологовому періоді <21 дн., які не мають інших факторів ризику ВТЕ, зазвичай не слід використовувати КГК (категорія 3)	
<21 дн. після пологів при інших факторах ризику ВТЕ	Жінкам в післяпологовому періоді <21 дн., які мають інші фактори ризику ВТЕ, зазвичай не слід використовувати КГК (категорія 4)	
≥ 21 до 42 дн. після пологів без інших факторів ризику ВТЕ	Жінки в післяпологовому періоді ≥ 21 до 42-х дн., що не мають інших факторів ризику ВТЕ, зазвичай можуть використовувати КГК (категорія 2)	
≥ 21 до 42 дн. після пологів при інших факторах ризику ВТЕ	Жінкам в післяпологовому періоді ≥ 21 до 42-х дн., які мають інші фактори ризику ВТЕ, зазвичай не слід використовувати КГК (категорія 3)	
> 42 дн. Після пологів	Жінки в післяпологовому періоді> 42-х дн. можуть використовувати КГК без обмеження (категорія 1)	
4. Рекомендації по використанню КГК для жінок із захворюваннями поверхневих вен		
Варикозне расширення вен	Жінки з варикозом можуть використовувати КГК (категорія 1)	
Тромбоз поверхневих вен (ТПВ)	Жінки з ТПВ зазвичай можуть використовувати КГК (категорія 2)	
5. Рекомендації по використанню КГК для жінок з встановленої дисліпідемией		
Встановлена дисліпідемия без інших відомих факторів ризику серцево-судинних захворювань	Жінки з встановленої дисліпидемиєю без інших відомих факторів ризику серцево-судинних захворювань зазвичай можуть використовувати КГК (категорія 2).	
6. Рекомендації по використанню жінкам, що годують тільки грудьми прогестаген вміщуючі контрацептиви (ПВК) і ВМК з левоноргестрелом (ЛНГ-ВМК)		
6а. Використання ПВК жінками, які годують груддю (ПВК включають таблетки, імпланти і ін'єкційні контрацептиви, що містять тільки прогестаген.)		
< 6 тиж. після пологів	Жінки, які годують груддю в період <6 тижнів. після пологів, зазвичай можуть використовувати тільки прогестаген вміщуючі таблетки (ПВТ) і	

	імпланти ЛНГ і ЕТГ (категорія 2). Жінкам, які годують груддю в період <6 тижнів. після пологів, не слід використовувати тільки прогестаген вміщуючі ін'єкційні препарати (ПВІК) (ДМПА або НЕТ-ЕН) (Категорія 3).	
≥ 6 тиі. до < 6 мес. после пологів	Жінки, які годують груддю в період від ≥ 6 тижнів. до <6 міс. після пологів, можуть використовувати ПСТ, ПСІК, ЛНГ і ЕТГ - імпланти без обмежень (Категорія 1 по класифікації МЕС).	
≥ 6 мес. после родов	Жінки, які годують груддю в період ≥ 6 міс. після пологів, можуть використовувати ПВТ, ПВІК, імпланти ЛНГ і ЕТГ без обмежень (Категорія 1 по класифікації МЕС).	
6б. ВикористанняВМС-ЛНГ жінками, що годують грудьми		
< 48 год. після пологів	Жінки, які годують груддю в період <48 год. після пологів, зазвичай можуть використовувати ЛНГ-ВМК (категорія 2 за класифікацією МЕС)	
≥ 48 год. до < 4 тиж. після пологів	Жінкам, які годують груддю в період ≥ 48 год. до <4 тижнів. після пологів, не слід застосовувати ЛНГ-ВМК (категорія 3)	
≥ 4 тиж. після пологів	Жінки, які годують груддю в період ≥ 4 тижні. після пологів, можуть використовувати ЛНГ-ВМК без обмежень (категорія 1)	
Післяпологовий сепсис	Жінкам з післяпологовим сепсисом, які годують і не годують груддю, не слід вводити ЛНГ-ВМК (Категорія 4). Жінкам з післяпологовим сепсисом, які годують і не годують груддю, не слід вводити ЛНГ-ВМК (категорія 4)	
7. Рекомендації по використанню підшкірного депо медроксипрогестерону ацетату (ДМПА-пк) - нового методу, включеного в посібник		
Все рекомендации	Рекомендації по ДМПА-ПК підуть після поточних рекомендацій по ДМПА-ВМ (для внутрішньом'язового введення).	
8. Рекомендації по використанню Сіно-імпланта (II) - нового методу, включеного в посібник		
Всі рекомендації	Рекомендації для Сіно-імпланта (II) будуть після поточних рекомендацій для ЛНГ-імплантів.	
9. Рекомендації з прийому таблеток для екстреної контрацепції (ТЕК): уліпристалу ацетат (УПА) доданий до керівництва як новий метод, а в розділ захворювань, при яких застосовуються ТЕК, в якості нового стану додано ожиріння		
Вагітність	Для вагітних жінок використання ТЕК не застосовується.	
Грудне вигодовування	Жінки, які годують груддю, можуть застосовувати комбіновані оральні контрацептиви (КОК) або ЛНГ як ПЕК без обмеження (категорія 1) Жінки, які годують груддю, зазвичай можуть використовувати УПА як ТЕК (категорія 2)	
Позаматкова вагітність в анамнезі	Жінки з позаматковою вагітністю в анамнезі можуть використовувати КОК, ЛНГ або УПА як ТЕК без обмежень (категорія 1)	
Серцево судинне захворювання в анамнезі	Жінки з серцево-судинним захворюванням в анамнезі, включаючи ішемічну хворобу серця, порушення мозкового кровообігу або інші тромбоемболічні захворювання, зазвичай можуть використовувати КОК, ЛНГ або УПА як ТЕК (категорія 2 за класифікацією МЕС)	
Мігрень	Жінки з мігренню зазвичай можуть використовувати КОК, ЛНГ або УПА як ТЕК (категорія 2 за класифікацією МЕС).	
Тяжке захворювання печінки	Жінки з важким захворюванням печінки, включаючи жовтяницю (ознака, що вказує на захворювання печінки до постановки діагнозу), зазвичай можуть використовувати КОК, ЛНГ або УПА як ПЕК (атегорія 2 за класифікацією МЕС).	
Використання стимуляторов CYP3A4	Жінки, які застосовують стимулятори CYP3A4, можуть використовувати КОК, ЛНГ або УПА як ПЕК без обмежень (Категорія 1)	

Багаторазове використання ПЕК	Немає обмежень по багаторазовому використанні КОК, ЛНГ або УПА як ПЕК при згвалтуванні (категорія 1)	
Згвалтування	Немає обмежень щодо використання КОК, ЛНГ або УПА як ПЕК (категорія 1)	
Ожиріння	Жінки з ожирінням можуть використовувати КОК, ЛНГ або УПА як ПЕК без обмежень (категорія 1).	
10. Використання внутрішньоматкових контрацептивів (ВМК) жінками з високим ризиком інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ)		
Початок використання ВМК	Багато жінок з високим ризиком ІПСШ в цілому можуть почати використовувати Cu-ВМК або ЛНГ-ВМК (категорія 2 за класифікацією МЕС). Деяким жінкам з високим ризиком ІПСШ (з дуже високою індивідуальною ймовірністю інфікування) не слід вводити ВМК до проведення належного обстеження та лікування (категорія 3)	
Продовження використання ВМК	Жінки з високим ризиком ІПСШ зазвичай можуть продовжувати використовувати або Cu-ВМК або ЛНГ-ВМК (категорія 2)	
11. Рекомендації по використанню вагінального кільця, що містить прогестерон (ПВК) - нового методу, включеного до цього документу)		
Грудне вигодовування в період ≥ 4 тиж. після пологів	Жінки, які годують груддю в період ≥ 4 тижнів після пологів, можуть використовувати ПВК без обмежень (категорія 1)	
12. Рекомендації по використанню гормональної контрацепції жінками з високим ризиком ВІЛ-інфекції, ВІЛ-інфікованими жінками, і ВІЛ-інфікованими жінками, які отримують антиретровірусну терапію (АРТ)		
12а. Жінки з високим ризиком ВІЛ-інфекції	Жінки з високим ризиком ВІЛ-інфікування можуть використовувати такі гормональні методи контрацепції без обмежень: КОК, КІК, комбіновані контрацептивні пластирі та кільця, ПВТ, ПВІК (ДМПА і НЕТ- ЕН), а також імпланти ЛНГ і ЕТГ (категорія 1) Жінки з високим ризиком ВІЛ-інфікування зазвичай можуть використовувати ЛНГ-ВМК (категорія 2)	
12б. Жінки з безсимптомним або легким перебігом ВІЛ-інфекції (1 або 2 стадія за класифікацією ВООЗ)	Жінки з безсимптомним або легким перебігом ВІЛ-інфекції (1 або 2 стадія по класифікції ВООЗ) можуть використовувати такі методи гормональної контрацепції без обмежень: КОК, КІК, комбіновані контрацептивні пластирі та кільця, ПВТ, ПВІК (ДМПА і НЕТ-ЕН), а також імпланти ЛНГ і ЕТГ (категорія 1). ВІЛ-інфіковані жінки з безсимптомним або легким перебігом ВІЛ-інфекції (1 або 2 стадія за класифікацією ВООЗ) зазвичай можуть використовувати ЛНГ-ВМК (категорія 2)	
12в. Жінки з важкою або пізньою стадією СНІДу (3 або 4 стадія за класифікацією ВООЗ)	Жінки з важкою або пізньою стадією СНІД (3 або 4 стадія за класифікацією ВООЗ) можуть використовувати такі методи гормональної контрацепції без обмежень: КОК, КІК, комбіновані контрацептивні пластирі та кільця, ПВТ, ПВІК (ДМПА і НЕТ-ЕН), а також імпланти ЛНГ і ЕТГ (категорія 1). Жінкам з важкою або пізньою стадією СНІД (3 або 4 стадія за класифікацією ВООЗ) зазвичай не слід починати застосування ЛНГ-ВМК (категорія 3) до тих пір, поки не відбудеться поліпшення здоров'я до безсимптомного або легкого перебігу ВІЛ-інфекції (1 або 2 стадія за класифікацією ВООЗ). Жінкам, які вже застосовують ЛНГ-ВМК, і у яких наступила важка або пізня стадія СНІД, немає необхідності видалення ВМК (категорія 2 для продовження використання ВМК).	
12г. ВІЛ-інфіковані жінки, які отримують антиретровірусну терапію (АРТ)		
нуклеозидні / нуклеотидні	Жінки, що приймають будь-який з НІЗТ, можуть використовувати всі	

інгібітори зворотної транскриптази (НІЗТ)	методи гормональної контрацепції без обмежень: КОК, КІК, комбіновані контрацептивні пластирі та кільця, ПВТ, ПВІК (ДМПА і НЕТ-ЕН), а також імпланти ЛНГ і ЕТГ (категорія 1). Жінки, що приймають будь-який з НІЗТ, можуть використовувати ЛНГ-ВМК (Категорія 2), за умови що у них безсимптомний або легкий перебіг ВІЛ-інфекції (1 або 2 стадія за класифікацією ВООЗ). Жінкам з важкої або пізньою стадією СНІД (3 або 4 стадія за класифікацією ВООЗ), які приймають будь-який з НІЗТ, зазвичай не слід починати застосування ЛНГ-ВМК (Категорія 3 для початку контрацепції) до тих пір, поки не відбудеться поліпшення до безсимптомного або легкого перебігу ВІЛ-інфекції. Для жінок, які приймають будь-який з НІЗТ і вже застосовують ЛНГ-ВМК, і у яких наступила важка або пізня стадія СНІД, немає необхідності видалення ВМК (категорія 2 для продовження використання ВМК).	
ненуклеозидні / нуклеотидні інгібітори зворотної транскриптази (ННІЗТ), що містять ефавіренз, або АРТ з невірапіном	Жінки, що приймають ННІЗТ, що містять ефавіренз або невірапін, зазвичай можуть використовувати комбіновані контрацептивні пластирі та кільця, ПВТ, НЕТ-ЕН, а також імпланти ЛНГ і ЕТГ (категорія 2). Жінки, що приймають ефавіренз або невірапін, можуть використовувати ДМПА без обмежень (Категорія 1). Жінки, що приймають ННІЗТ зазвичай можуть використовувати ЛНГ-ВМК (категорія 2) при безсимптомному або легкому перебігу ВІЛ-інфекції (1 або 2 стадія за класифікацією ВООЗ). Жінкам з важкої або пізньою стадією СНІД (3 або 4 стадія за класифікацією ВООЗ) та приймають будь-який із ННІЗТ, зазвичай не слід починати застосування ЛНГ-ВМК (Категорія 3 для початку контрацепції) до тих пір, поки не відбудеться поліпшення до безсимптомного або легкого перебігу ВІЛ-інфекції. Жінкам, які приймають ННІЗТ і вже застосовують ЛНГ-ВМК, і у яких наступила важка або пізня стадія СНІД, немає необхідності видалення ВМК (Категорія 2 для продовження використання ВМК).	
ННІЗТ, що містять етравірин і рілпівірин	Жінки, що приймають новітні ННІЗТ, що містять етравірин і рілпівірін, можуть використовувати всі методи гормональної контрацепції без обмежень (категорія 1)	
12г. ВІЛ-інфіковані жінки, які отримують антиретровірусну терапію (АРТ) (продовження)		
Інгібітори протеази (наприклад: ритонавір і антиретровірусні препарати (АРВ), посилені ритонавіром	Жінки, що приймають інгібітори протеази (наприклад: ритонавір і антиретровірусні препарати (АРВ), посилені ритонавіром), зазвичай можуть використовувати КОК, КІК, комбіновані контрацептивні пластирі та кільця, ПВТ, НЕТ-ЕН, імпланти ЛНГ і ЕТГ (Категорія 2). Жінки, які застосовують інгібітори протеази (наприклад: ритонавір і препарати АРВ, посилені ритонавіром), можуть використовувати ДМПА без обмежень (Категорія 1). Жінки, що приймають інгібітори протеази, зазвичай можуть використовувати ЛНГ-ВМК (категорія 2) при безсимптомному або легкому перебігу ВІЛ-інфекції (1або 2 стадія за класифікацією ВООЗ). Жінкам з важкої або пізньою стадією СНІД (3 або 4 стадія за класифікацією ВООЗ) та приймають будь-який з інгібіторів протеази, зазвичай не слід починати застосування ЛНГ-ВМК (Категорія 3 для початку контрацепції) до тих пір, поки не відбудеться поліпшення до	

	безсимптомного або легкого перебігу ВІЛ-інфекції. Жінкам, які приймають інгібітори протеази і вже застосовують ЛНГ-ВМК, і у яких наступила важка або пізня стадія СНІД, немає необхідності видалення ВМК (Категорія 2 для продовження використання ВМК).	
Ралтегравір (інгібітор інтегразы)	Жінки, які застосовують інгібітор інтегрази ралтегравір, можуть використовувати всі методи гормональної контрацепції без обмежень (Категорія 1). Жінки, що приймають інгібітор інтегрази, зазвичай можуть використовувати ЛНГ- ВМК (категорія 2) при безсимптомному або легкому перебігу ВІЛ-інфекції (1-я або 2-я стадія за класифікацією ВООЗ). Жінкам з важкої або пізньою стадією СНІД (3-я або 4-я стадія за класифікацією ВООЗ) та приймають інгібітор інтегрази, зазвичай не слід починати застосування ЛНГ-ВМК (Категорія 3 для початку контрацепції) до тих пір, поки не відбудеться поліпшення до безсимптомного або легкого перебігу ВІЛ-інфекції. Жінкам, які приймають інгібітор інтегрази і вже застосовують ЛНГ-ВМК, і у яких наступила важка або пізня стадія СНІД, немає необхідності видалення ВМК (Категорія 2 для продовження використання ВМК).	

Додаток 5
до Нормативів організації акушерсько-
гінекологічної допомоги
(п.7, підрозділ А, розділ IV)

ТРОМБОФІЛІЧНІ РОЗЛАДИ ДО- та ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Особливості системи гемостазу під час вагітності заключаються в структурній та хронометричній активації.

I. Системні процеси

- Активація судинно-тромбоцитарної ланки
- Накопичення плазмових факторів (200-300% від вихідного рівня)

II. Місцеві процеси

- При відділенні плаценти коагуляція найбільш висока в зоні матково-плацентарної ділянки
- Плацента та децидуальна тканина містять велику кількість тромбопластичних речовин - оптимальні умови для тромбоутворення.

Фізіологічні зміни лабораторних показників в системі гемостазу під час вагітності

Судинно-тромбоцитарний компонент: кількість тромбоцитів (ризик кровотечі при менше $30x10^9$), індукована агрегація тромбоцитів, час згортання.

Плазмова ланка:

- підвищення фібриногену (фібриноген за Клаусом I триместр:2,7-3,7 г/л, II триместр: до 4,7 г/л, III триместр: до 6,8 г/л, фізіологічні пологи до 6,9 г/л);
- вкорочення АЧТЧ (22-34 сек.);
- підвищення протромбіну (ПЧ, ТЧ, % ПТ за Квіком).

Фібриноліз: лізис еуглобинового згортка, концентрація плазміногена та його активаторів.

Тести активації внутрішньосудинного згортання:

- Підвищення Д-димеру

(I триместр: до 500 нг/мл, II триместр: до 1388нг/мл,III триместр: до 1500 нг/мл; породіллі на 1-й день після вагінальних пологів – до 2560 нг/мл, породіллі на 1-й день після кесарського розтину –до 3180 нг/мл);

- РФМК

Характерні зміни при тромбоеластографії: метод вимірювання змін в'язкоеластичних властивостей згортка, який визначає швидкість його формування, щільність, стабільність та подальше руйнування:

D-димер не рекомендований як перша лінія діагностики тромботичних ускладнень у вагітних.

Призначення антитромботичних препаратів в акушерстві

1) профілактики та лікування тромбозів

Профілактика ВТЕ в акушерстві

- виявлення факторів ризику
- індивідуальна стратифікація жінок за факторами ризику
- індивідуальна оцінка ризиків ВТЕ

(повторно при госпіталізації, після пологів, при виписці)

- встановлення діагнозу
- медикаментозна профілактика – обґрунтованість призначення і безпечність

2) для оптимізації результатів вагітності при ДРТ та лікуванні безпліддя

Патогенез ускладнень вагітностей при тромбофіліях

Дефекти імплантації, обумовлені плідним яйцем та/чи материнським організмом	**Дефекти инвазії трофобласта та плацентації**	**Тромбоз матково-плацентарних судин та зниження перфузії плаценти**
Преембріонічні втрати, ранні викидні, завмерла вагітність, невдалі спроби ЕКЗ	Пізні викидні, завмерла вагітність, ЗРП, антенатальная загибель плода, ранній початок прееклампсії	ЗРП, антенатальна загибель плода, ранній розвиток прееклампсії, ПВНРП, передчасні пологи, рання неонатальна смерть морфологічно нормального новонародженого, ТЕЛА

Тромбофілія, як причина репродуктивних втрат

- Доказані (I рівень доказовості)
- антифосфоліпідний синдром;
- Вірогідні (II рівень доказовості)
  - спадкова тромбофілія

Антифосфоліпідний синдром – хронічний аутоімунний вазооклюзивний процес з розвитком поліорганної ішемії, а в ряді випадків – і поліорганної недостатності, внаслідок рецидивуючого тромбоутворення в дрібних внутрішньоорганних судинах на фоні циркуляції в крові вовчакового антикоагулянту та присутності антифосфоліпідних антитіл.

Класифікація АФС:

-первинний (генетично-детермінований)

-вторинний (на фоні аутоімунних захворювань)

-катастрофічний АФС (синдром Ашерсона, миттєвий, має високий показник летальності)

Критерії діагностики (критерії Саппоро)

Клінічні критерії діагностики:

- **Судинний тромбоз** (венозний або артеріальний) - один або більше клінічних епізодів
- **Патологія вагітності**
- Внутрішньоутробна загибель морфологічно нормального плода після повних 10 тижнів вагітності
- Три чи більше послідовних мимомільних аборти в терміні до 10 тижнів вагітності за відності гормональних порушень і анатомічних дефектів матки у жінки або хромосомних аномалій у матері та батька дитини
- Одні або більше предчасних пологів морфологічно нормальним новонародженим до 34 тиж. за причиною еклампсії або важкої прееклампсії або плацентарної дисфункції

Лабораторні критерії діагностики:

- Антикардіоліпінові АТ (IgG- і/або IgM), АКА
- Антитіла до β2-глікопротеїну-1
- Вовчаковий антикоагулянт ВА

Необхідно визначати всі АФА, для виявлення можливо тільки одного позитивного.

Виявлення одного клінічного критерію та одного лабораторного критерію (який виявляється не менше 2 разів з інтервалом 12 тижнів) дозволяє встановити діагноз «Антифосфоліпідний синдром».

Лабораторні критерії АФС:

Вовчаковий антикоагулянт (ВА). Визначається в **плазмі у 2-х** або більше випадках з **12 – тижневим проміжком**. ВА визначають у відповідності із рекомендаціями субкомітету по ВА Міжнародної організації «Тромбоз та гемостаз».

Антитіла до кардіоліпіну (АКА). Наявність ізотопів Ig G та/або IgM в середніх або високих титрах в сироватці або плазмі в 2-х і більше випадків із інтервалом не менше 12 тижнів.

Визначення аКЛ повинно проводитись за допомогою методу твердофазного імуноферментного аналізу (ELISA). Загальноприйнятим є результати аналізу оцінювати як «високопозитівні» (більше 60МО/мл), «середньопозитивні» (20-60 МО/мл) або «низькопозитивні» (менше 20 МО/мл). Результати менше 10 МО/мл розглядаються як негативні.

Антитіла до β2-глікопротеїну І. Наявність антитіл до β2-глікопротеїну І ізотопів IgG та/або IgM (в титрах, що перевищують 99 перцентиль) в сироватці або плазмі в 2-х та більше випадків з інтервалом не менше 12 тижнів. Визначення антитіл повинно проводитись за допомогою методу твердофазного імуноферментного аналізу (ELISA).

Л**ікування АФС**

- Єдина комбінація лікування, яка призводить до значного збільшення коефіцієнта народжуваності при АФС – **аспірин+низькомолекулярні гепарини (з індивідуальним призначенням дози);**

-кортикостероїди та внутрішньовенна терапія імуноглобулінами не покращує рівень народжуваності у жінок із звичним викиднем, пов'язаним із антифосфоліпідними антитілами в порівнянні із іншими формами лікування; їх використання може спровокувати значну захворюваність у матері та плода.

Оцінка ефективності лікування: оцінка стану плода, термін пролонгування вагітності, відсутність тромботичних ускладнень у матері.

Додаток 6
до Нормативів організації акушерсько-
гінекологічної допомоги
(пп2.1, п.2, підрозділ Б, розділ IV)

АНКЕТА ВАГІТНОЇ

(заповнюється вагітною при першому зверненні)

Будь ласка, вкажіть, яку хворобу із наступних Ви маєте або мали

СНІД/ВІЛ	так	ні	Не знаю	Захворювання жовчного міхура	Так	ні	Не знаю
Високий артеріальний тиск	так	ні	Не знаю	Захворювання нирок, набряки	Так	ні	Не знаю
Тромбофлебіт	так	ні	Не знаю	Інфекції сечових шляхів, цистит	Так	ні	Не знаю
Цукровий діабет	так	ні	Не знаю	Туберкульоз	Так	ні	Не знаю
Частий головний біль	так	ні	Не знаю	Рак	Так	ні	Не знаю
Розлади зору	так	ні	Не знаю	Бронхіальна астма	Так	ні	Не знаю
Жовтяниця	так	ні	Не знаю	Захворювання щитовидної залози	Так	ні	Не знаю
Серцебиття, задишка	так	ні	Не знаю	Депресія, психічні розлади	Так	ні	Не знаю
Ревматизм, вади серця	так	ні	Не знаю	Анемія	Так	ні	Не знаю
Епілепсія	так	ні	Не знаю	Інше	так	ні	Не знаю

2. Дані про здоров'я сімї

Будь ласка, вкажіть яку хворобу мають Ваші батьки, брати (сестри), діти або дід (баба)

Хвороба	Мати	Батько	Брат	Сестра	Дитина	Мати чоловіка	Батько чоловіка
Високий артеріальний тиск							
Захворювання серця, вади серця							
Цукровий діабет							
Рак							

Вроджені аномалії							
Близнюки							
Захворювання щитовидної залози							
Розлади згортання крові, варикозне розширення вен							
Туберкульоз							
Бронхіальна астма							

Психічні розлади							
Інше							

3. Ліки

Будь ласка, вкажіть ліки і відповідні дози, які Ви вживаєте зараз:

_____

_____

_____

4. Хірургічні втручання

Операція	Рік	Лікарня	Результат операції

5. Алергічні прояви ***Будь ласка, вкажіть, які лікові алергії та їхні відповідні реакції Ви маєте:***

Ліки	Реакція

6. Соціальний анамнез

Ви палите? Так Ні Як часто? _____

Вживаєте алкоголь? Так Ні Як часто? _____

Ви приймаєте транквілізатори? Так Ні Як часто? _____

Ви приймаєте наркотики? Так Ні Які? _____

У Вас активне статеве життя? Так Ні

Скільки статевих партнерів Ви мали протягом останнього року?

Чи робили Вам коли-небудь переливання крові? Так Ні Вкажіть причину

_____

Чи були ускладнення від переливання крові? _____

7. Історія вагітностей (включаючи пологи, позаматкову вагітність, викидні та медичні аборти)

В якому році була попередня вагітність	**Як закінчилась (пологи, викидень або аборт)?**	**Тривалість (тижнів)**	**Стать дитини**	**Вага (гр.)**	**Дитина жива, померла**	**Пологи (вчасні, передчасні, кесарів розтин)**	**Ускладнення (кровотеча, інфекція, вишкрібання)**

8. Характер менструальної функції

Перша менструація в _____ років

Частота (кількість днів з першого дня однієї менструації до початку наступної) _____днів

Тривалість _____ днів Кількість крововтрати (незначна, помірна, значна) _____

Дисменорея (менструальні болі) _____

Кровотечі _____ Перший день останньої нормальної менструації _____

9. Історія гінекологічних захворювань, інфекцій, що передаються статевим шляхом, та медичних втручань

Чи мали Ви будь-яке із наступних захворювань або медичних втручань:

Гонорея	так	ні	Не знаю	Хламідії	так	ні	Не знаю
Трихомоніаз	так	ні	Не знаю	Кандидоз	так	ні	Не знаю
Сифіліс	так	ні	Не знаю	Генітальний герпес	так	ні	Не знаю
Кондиломи статевих органів, вірус папіломи людини	так	ні	Не знаю	Запалення придатків матки	так	ні	Не знаю
Пухлини статевих органів	так	ні	Не знаю	Лапароскопія	так	ні	Не знаю
Вишкрібання порожнини матки	так	ні	Не знаю	Патологічні виділення з піхви	так	ні	Не знаю
Видалення лейоміоми матки	так	ні	Не знаю	Кольпоскопія	так	ні	Не знаю
Токсоплазмоз	так	ні	Не знаю	Патологічні дані онкоцитол	так	ні	Не знаю
Бета-гемолітичний стрептокок	так	ні	Не знаю	Операції на шийці матки	так	ні	Не знаю

10. Застосування протизаплідних методів

Метод	У якому році використовували	**Т**ривалість використання	**Побічні ефекти**
Протизаплідні таблетки			
Внутрішньоматкові спіралі			
Презервативи			
Піна, гель, крем			
Природний метод			
Депо Провера			

Підпис _____

Необхідні заходи		Коментарі
1-ий візит (бажано до 12 тижнів вагітності)		
Оформлення медичної документації		Форми №111/о , №113/о, № 003-6/о

Додаток 7
до Нормативів організації акушерсько-гінекологічної допомоги
(п.3, підрозділ Б, розділ IV)

ГРАФІК ВІЗИТІВ ВАГІТНОЇ ДО ЛІКАРЯ

Заповнення жінкою анкети вагітної		За згодою (додаток 6)
Збір анамнезу (загального, включаючи психічні захворювання, акушерського, гінекологічного; стан здоров'я батька дитини)		
Виявлення факторів ризику порушень вуглеводного обміну		При їх наявності – у 1 триместрі визначення глікемії натще або визначення вмісту глюкози після їди або у випадковий час протягом дня, у 24-28 тижнів проведення двогодинного перорального тесту толерантності до глюкози (ПТТГ) (додаток 9)
Виявлення факторів ризику прееклампсії		За наявності факторів ризику (додаток 10) пропонуйте жінці з 12 до 36 тижнів вагітності приймати 75-150 мг аспірину щовечора
Оцінка показань до направлення на медико-генетичну консультацію		додаток 11
Оцінка умов праці		Видається лікарський висновок за встановленою формою при необхідноті (додаток 12)
Загальний огляд		
Пальпація щитовидної залози		
Аускультація серця		
Аускультація легенів		
Клінічне обстеження молочних залоз		
Пальпація лімфатичних вузлів		
Вимірювання артеріального тиску		
Вимірювання пульсу (частота, ритмічність)		
Вимірювання температури тіла		
Визначення зросту		
Визначення маси тіла		

Визначення індексу маси тіла		
Гінекологічний огляд (в дзеркалах та бімануальне дослідження)		Рутинний огляд не є прогностично точним для визначення терміну вагітності, а також, не дає можливості передбачити передчасні пологи або тазо- головну диспропорцію
(1) УЗД (для уточнення терміну вагітності, пошуку маркерів вроджених вад розвитку і хромосомних анеуплоїдій шляхом вимірювання комірцевого простору, візуалізації кісток носу (додаткові маркери - доплерометрія кровотоку у венозній протоці та наявність трикуспідальної регургітації проводяться у спеціалізованих ЗОЗ при наявності у лікаря активної ліцензії FMF на зазначені маркери), а також для виявлення ризику прееклампсії на підставі вимірювання пульсаційного індексу в маткових артеріях за допомогою доплерометрії) відповідно до Вимог до проведення та оформлення скринінгового ультразвукового дослідження I триместру вагітності, що регламентовані відповідною клінічною настановою. (2) вимірювання артеріального тиску на обох руках двічі цифровим тонометром відповідно до рекомендації FMF (2) біохімічних маркерів (вільний -ХГЛ, PAPP-A, PLGF-опційно) з подальшим обрахунком ризику Варіанти комбінованого скринінгу I триместру надані в Таблиці 1 (додаток 11)		Лікар надає інформацію жінці щодо доцільності одночасного проведення ультразвукового скринінгу першого триместру і біохімічного тесту для розрахунку індивідуального ризику хромосомної патології. Біохімічні дослідження виконують за згодою жінки (додаток 13)
Призначення лабораторного обстеження: - Загальний аналіз сечі, включаючи тест на наявність білка		
- Бактеріологічне дослідження сечі (скринінг на безсимптомну бактеріурію)		При виявленні призначається антибіотикотерапія

		(додаток 15)
- Група крові та резус-фактор		
Аналіз крові на антиеритроцитарні антитіла всім вагітним.У разі їх виявлення проводити їх ідентифікацію.		Додаток 22
- Загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів		Призначення препаратів заліза при виявленні залізодефіцитної анемії
- Визначення глікемії натще або визначення вмісту глюкози після їди або у випадковий час протягом дня (особливо при наявності ознак цукрового діабету)		При виявленні цукрового діабету - консультація ендокринолога - додаток 9
Обстеження на ВІЛ (перше)		1.При першому обстеженні вагітної на ВІЛ-інфекцію, якщо її ВІЛ-статус невідомий. Для уникнення випадків інфікування під час вагітності, пропонується (за згодою) обстеження на ВІЛ-інфекцію із застосуванням швидких тестів для одночасного виявлення антитіл до ВІЛ ½ та антигену р24 ВІЛ-1. 2. Пропонується також обстеження на ВІЛ її чоловіка (партнера).
Обстеження на сифіліс (перше).		1. Швидким тестом. У разі позитивного результату – серологічне обстеження
Обстеження на наявність HBsAg		
Обстеження на гепатит С		
Мазок на цитологічне дослідження з шийки матки		
Мазок з уретри, цервікального каналу та піхви на флору (за показаннями)		За наявності скарг та клінічних проявів
Надання вагітній розгорнутої інформації щодо: необхідності прийому фолієвої кислоти (400 мкг) до 12 тижнів вагітності раціонального харчування під час вагітності		Якщо в анамнезі відмічались випадки народження плодів/ дітей з вродженими дефектами нервової трубки або наявні фактори ризику (включаючи ожиріння з ІМТ > 35 кг/м^2), добову дозу фолієвої кислоти слід

гігієни харчування для зниження ризику виникнення харчових інфекцій (лістеріоз, сальмонельоз, токсоплазмоз) здорового способу життя, включаючи припинення: - паління - вживання алкоголю - вживання наркотичних речовин оптимальних умов праці під час вагітності внутрішньоутробного розвитку плода фізичні вправи, включаючи такі, що зміцнюють м'язи тазового дна, йога для вагітних		збільшити до 4 мг. Жінкам, хворим на цукровий діабет, або тим, хто отримує протисудомну терапію, рекомендується більш висока добова доза фолієвої кислоти - 5 мг до 12 тижнів вагітності, після чого дозу фолієвої кислоти слід зменшити до стандартної рекомендованої дози 400 мкг на добу (додаток 16) З особливим наголосом на: - відсутність необхідності рутинного прийому вітаміну D; - тератогенний ефект від прийому вітаміну А у дозі більш ніж 10 000 ОД на добу (А) - відсутність необхідності рутинного прийому полівітамінно-мінеральних комплексів (А).
Консультування щодо статевих стосунків впродовж вагітності		Доцільне використання презервативу
необхідності відвідування Школи відповідального батьківства підготовки сім'ї до пологів протягом вагітності, бажано з партнером		Додаток 17
Пояснення можливих загрозливих симптомів під час вагітності		додаток 18 надається кожній вагітній до обмінної карти
Скерування вагітної до терапевта з метою обстеження та анамнестичних даних, які відображуються у «Випискі з амбулаторної карти»		додаток 19
2-ий візит (не пізніше 2 тижнів після 1-го візиту)		
Оцінка та обговорення результатів обстежень з вагітною		
Якщо рівень гемоглобіну в загальному аналізі крові		

складає менш ніж 110 г/л, обговоріть з жінкою питання необхідності раціонального харчування (вживання м'яса, бобових, зелених овочів, цитрусових) та доцільність прийому препаратів заліза		
Якщо у вагітної Rh-негативний, а у батька майбутньої дитини Rh- позитивний тип крові, у разі відсутності у неї антитіл, обговоріть необхідність введення їй анти-резус імуноглобуліну в 28- 32 тижні вагітності		
Обстеження вагітної: вимірювання артеріального тиску		
вимірювання пульсу (частота, ритмічність)		
вимірювання температури тіла		
лабораторне обстеження - загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка		
Біохімічний скринінг на вроджені вади плода (АФП + вільний β-ХГЛ (double-test) або АФП + вільний β-ХГЛ + вільний естріол (triple-test) в 16-20 тиж. за показаннями		
Ультразвуковий скринінг другого триместру в терміні вагітності від 18 тижнів до 20 тижнів та 6 днів для визначення структурних аномалій плода		Лікар УЗД при виявленні структурних аномалій плода або підозрі на їх наявність рекомендує проведення експертного УЗД плода та негайно скеровує вагітну до лікуючого лікаря та лікаря-генетика для вирішення питання про подальше обстеження та ведення вагітності на пренатальному консиліумі (додаток 14)
Обговорення даних, занесених в щоденник самопочуття вагітної з особливою увагою до можливих загрозливих симптомів		
3-й візит (19-21 тиждень вагітності, після проходження другого УЗД плода)		
Надання розгорнутої інформації щодо результатів УЗД скринінгу другого триместру		У разі виявлення низької плацентації, краєвого прикріплення плаценти, передлежання плаценти необхідно спланувати

		проведення додаткового УЗД плода в 26-28 тижнів вагітності спеціалістом експертного рівня для ідентифікації ознак аномальної інвазії плаценти. При виявленні передлежання плаценти у 26-28 тижнів, вагітну скеровують до акушерського стаціонару.
Обстеження вагітної: вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми		
вимірювання артеріального тиску		
вимірювання пульсу (частота, ритмічність)		
вимірювання температури тіла		
Обстеження на ВІЛ-інфекцію (другий, в 20-24 тижні вагітності		Серологічне обстеження. Проводиться, якщо результат першого обстеження був негативним або ВІЛ-статус вагітної невідомий.
Обстеження на сифіліс (другий, в 20-24 тижні вагітності		Серологічне обстеження
- загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка		
Обговорення даних, занесених до щоденнику самопочуття вагітної з особливою увагою до можливих загрозливих симптомів		
4-й візит **(25-26 тижнів вагітності)**		
Надання розгорнутої інформації щодо: всіх отриманих результатів обстежень		
необхідності проведення обстежень перед оформленням відпустки по вагітності та пологам		
Обстеження вагітної: вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми		
вимірювання артеріального тиску		

вимірювання пульсу (частота, ритмічність)		
вимірювання температури тіла		
огляд нижніх кінцівок		На наявність варикозно розширених вен, набряків
аускультація серцебиття плода		
Направлення на обстеження: - загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів в 29 тижнів		
- наявність резус-антитіл (при Rh- негативній належності крові у вагітної та Rh- позитивній у батька майбутньої дитини)		Титри анти-резус антитіл визначаються тільки при першій явці та у 28 тижнів за умови неускладненого перебігу вагітності
- загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка		
- двогодинний тест толерантності до глюкози всім вагітним у 24-28 тижнів		додаток 9
Обговорення даних, занесених в щоденник самопочуття вагітної з особливою увагою до можливих загрозливих симптомів.		
Надання вагітній адрес акушерських стаціонарів (відділень) та їх номерів телефонів, куди можна негайно звернутись за медичною допомогою у випадку виникнення ознак передчасних пологів		
Призначення анти-резус імуноглобуліну		У 28-32 тижні вагітності жінкам з резус-негативною приналежністю крові та при Rh-позитивному –у батька майбутньої дитини і відсутності антитіл у вагітної
5-ий візит (30 тижнів вагітності) для лікаря ЗПСМ сумісно з акушером-гінекологом		
Оформлення відпуски у зв'язку із вагітністю та пологами у відповідності до діючого законодавства		
Надання розгорнутої інформації щодо всіх отриманих результатів обстежень		
Обговорення даних, занесених в щоденник самопочуття вагітної з особливою увагою до		

можливих загрозливих симптомів		
Підготовка до пологів та народження дитини, партнерських пологів		додаток 17
Якщо рівень гемоглобіну в загальному аналізі крові складає менш ніж 110 г/л, обговоріть з жінкою питання необхідності прийому препаратів заліза		
Обстеження вагітної: клінічне обстеження молочних залоз		
вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми		
вимірювання артеріального тиску		
вимірювання пульсу (частота, ритмічність)		
вимірювання температури тіла		
огляд нижніх кінцівок		На наявність варикозно розширених вен
аускультація серцебиття плода	А	
Лабораторне обстеження: - загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка	А	
- третє обстеження на ВІЛ в 32-36 тижнів для вагітних групи підвищеного ризику		
третє обстеження на сфіліс в 32-36 тижнів для вагітних групи підвищеного ризику		
Ультразвукове дослідження з доплерометрією проводиться в терміні 30-32 тиж вагітних, що відносяться до групи високого ризику по ранній прееклампсії та приймають профілактику аспірином		Для жінок, що відносяться до групи високого ризику по ранній прееклампсії та приймають профілактику аспірином ультразвукове дослідження з доплерометрією проводиться в терміні 30-32 тиж. та 35-36 тиж. для діагностики вад розвитку з пізньою маніфестацією та скринінгу СЗРП.
6-й візит (34-35 тіж. Вагітності)		

Обстеження вагітної:		
вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми		
вимірювання артеріального тиску		
вимірювання пульсу (частота, ритмічність)		
вимірювання температури тіла		
огляд нижніх кінцівок		На наявність варикозно розширених вен
аускультація серцебиття плода		
Лабораторне обстеження: Направлення на обстеження: - загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів в 36 тижнів - загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка - **бактеріологічне дослідження з піхви** на наявність стрептококів групи В усіх **вагітних** у терміні 36+0-37+6 тижнів вагітності		Призначення препаратів заліза для лікування залізодефіцитної анемії Антибіотикопрофілактика неонатального сепсису у пологах
Ультразвукове дослідження в 35-36 тижнів для вагітних групи низького перинатального ризику для діагностики вад розвитку з пізньою маніфестацією та скринінгу пізньої СЗРП.		Для жінок, що відносяться до групи високого ризику по ранній прееклампсії та приймають профілактику аспірином ультразвукове дослідження з доплерометрією проводиться в терміні 30-32 тиж. та 35-36 тиж. для діагностики вад розвитку з пізньою маніфестацією та скринінгу СЗРП.
Надання розгорнутої інформації щодо всіх отриманих результатів обстежень		

Обговорення даних, занесених в щоденник самопочуття вагітної з особливою увагою до можливих загрозливих симптомів та необхідності своєчасного звернення за медичною допомогою. Надайте адреси акушерських стаціонарів (відділень) та номери телефонів, куди може звернутись жінка у випадку строкових пологів		
7 -ий візит (38 тижнів вагітності)		
Обстеження вагітної: вимірювання висоти стояння дна матки та занесення даних до гравідограми		
вимірювання артеріального тиску		
вимірювання пульсу (частота, ритмічність)		
вимірювання температури тіла		
огляд нижніх кінцівок		На наявність варикозно розширених вен
аускультація серцебиття плода		
Лабораторне обстеження: -загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка		
Надання розгорнутої інформації щодо: дій жінки у разі початку пологової діяльності, розриву плодових оболонок або появи можливих загрозливих симптомів; післяпологової контрацепції		
Обговоріть дані занесені в щоденник самопочуття вагітної. Надайте адреси акушерських стаціонарів (відділень) та номери телефонів, куди повинна звернутись жінка за своєчасною медичною допомогою		
8 -ий візит (40 тижнів вагітності)		
Обстеження вагітної: вимірювання висоти стояння дна матки та занесення		

даних до гравідограми		
вимірювання артеріального тиску		
вимірювання пульсу (частота, ритмічність)		
вимірювання температури тіла		
огляд нижніх кінцівок		На наявність варикозно розширених вен
аускультація серцебиття плода		
Лабораторне обстеження: загальний аналіз сечі або експрес тест на наявність білка		
Надання розгорнутої інформації щодо: -можливих дій при переношеній вагітності, -післяпологової контрацепції -адрес акушерських стаціонарів (відділень) та номерів телефонів куди може звернутись жінка за своєчасною медичною допомогою.		Переношена вагітність – вагітність, термін якої складає більш ніж 294 дні (42 тижні) від першого дня останньої менструації. Запропонувати госпіталізацію до акушерського стаціонару у 41 тиждень вагітності для планової підготовки до пологів (А)
Обговоріть дані занесені в щоденник самопочуттів вагітної		
9 – ий візит (41 тиждень вагітності)		
Провести детальне консультування щодо негативного впливу на пологи та перинатальні результати переношеної вагітності з подальшим скеруванням вагітної до акушерського стаціонару на пологи.		У разі відмови вагітної від рекомендованої госпіталізації (засвідчує особистим підписом), вона інформується лікуючим лікарем про необхідність та її особистої відповідальності за прийняте рішення (ст. 34 Основ законодавства про охорону здоров'я).

Не проводити скрінінг на патогенний стафілококк усіх вагітних (А)

ШКАЛА РІВНІВ ДОКАЗОВОСТІ ДОСЛІДЖЕНЬ, ЩО СКЛАЛИ ОСНОВУ КЛІНІЧНИХ РЕКОМЕНДАЦІЙ:

А (I) – систематичний огляд або високоякісний мета-аналіз РКД, окреме високоякісне РКД. Рекомендації цього рівня є найбільш вірогідними і науково обґрунтованими.

B (II-III) – високоякісний систематичний огляд когорт них досліджень або досліджень “ випадок-контроль”, високоякісне когорт не дослідження або дослідження “ випадок-контроль”. Рекомендації цього рівня мають високий рівень вірогідності та можуть бути підґрунтям для прийняття клінічного рішення.
C(IY) – окремі дослідження або дослідження серії випадків. Рекомендації цього рівня використовуються для обґрунтування певних клінічних вирішень за відсутності доказів рівня A(I) і B(II-III).
D(Y) – думка експертів, що базується на досвіді або даних експериментальних досліджень. Рекомендації цього рівня використовуються для прийняття клінічних рішень, якщо дослідження A(I), B(II-III), C(IY) не проводилися з етичних або інших причин.

Додаток 8
до Нормативів організації акушерсько-
гінекологічної допомоги
(пп.3.5, п.3, підрозділ Б, розділ IV)

Скринінг симптомів наркотичної залежності (АССИСТ)
відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду
(ICD-10 Checklist)

Наступні питання стосуються Вашого споживання опіоїдів (героїн, екстракт макової соломки - «ширка», дезоморфін - «крокодил», препарати, що містять кодеїн, морфін, трамадол і т.п. Щирі відповіді допоможуть Вашому лікарю вибрати правильне і необхідне для Вас лікування.

1. Чи було у Вас сильне бажання або виражений потяг ("тяга") до вживання наркотику?	Так	Ні
2. Чи вважали Ви, що Вам важко або неможливо контролювати споживання наркотику?	Так	Ні
3. Чи виникали у Вас симптоми відміни ("ломки"), якщо Ви припиняли вживати наркотик?	Так	Ні
4. Чи доводилося Вам приймати наркотик, щоб позбутися симптомів відміни ("ломки")?	Так	Ні
5. Чи помічали Ви, що для досягнення того ж ефекту потрібно приймати дози більше, ніж раніше (толерантність)?	Так	Ні
6. Чи відзначаєте Ви, що з часом Ви перестали урізноманітнювати характер вживання наркотику?	Так	Ні
7. Чи помітили Ви, що стали все більше і більше нехтувати своїми колишніми інтересами на користь прийому наркотиків?	Так	Ні
8. Відзначали Ви, що споживання наркотиків шкодить Вам психологічно або фізично?	Так	Ні
9. Продовжували Ви приймати наркотики незважаючи на явні шкідливі наслідки, пов'язані з їх прийомом?	Так	Ні
10. Як довго тривають проблеми, пов'язані з наркотиками? *а) в роках* *б) в місяцях*		

Діагноз залежності має бути встановлений, якщо 3 або більше симптомів, що відмічені номерами 1, 2, 3, 5, 7 і 9, присутні протягом 12 міс. і більше.

Додаток 9
до Нормативів організації акушерсько-
гінекологічної допомоги
(пп.3.6. п.3, підрозділ Б, розділ IV)

СКРИНІНГ НА ГЕСТАЦІЙНИЙ ДІАБЕТ

Порушення вуглеводного метаболізму, що вперше виникло або вперше виявлено під час вагітності, за сучасними уявленнями, поділяються на дві категорії: гестаційний діабет і маніфестний цукровий діабет, уперше виявлений. Ці дві категорії розрізняються за ступенем гіперглікемії.

Обстеженню на гестаційний діабет підлягають усі вагітні жінки, окрім тих, у кого було діагностовано будь-яке догестаційне порушення вуглеводного обміну. Скринінг на гестаційний діабет проводиться шляхом 2-годинного перорального глюкозотолерантного тесту (ПТТГ) у терміні 24-28 тижнів. Якщо у вагітної є один чи більше чинників ризику порушень вуглеводного обміну, у першому 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.

До чинників ризику гестаційного діабету належать:

- цукровий діабет у родичів першого ступеня,
- ожиріння,
- гестаційний діабет під час попередньої(їх) вагітності(ей),
- макросомія попередньої дитини (маса новонародженого понад 4500 г),
- мертвонародження в анамнезі.

ПТТГ проводять у ранковий час після 8-годинного утримання від їжі за умови відсутності 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 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, не дозволяють їсти і палити. Діагноз гестаційного діабету встановлюють у разі, якщо глікемія натще ≥5,1 ммоль/л, через 1 годину ≥10,0 ммоль/л, через 2 години після навантаження ≥8,5 ммоль/л. Тест вважається позитивним, якщо хоча б один показник - глікемія натще та/або після навантаження відповідає наведеним вище діагностичним критеріям, але не досягає критеріїв маніфестного вперше виявленого цукрового діабету. Діагноз маніфестного вперше виявленого цукрового діабету встановлюють, якщо глікемія натще ≥7,0 ммоль/л, через 1 чи 2 години ≥11,1 ммоль/л. У разі встановлення одного з двох вищезазначених діагнозів вагітну в подальшому спостерігають спільно акушер-гінеколог та ендокринолог згідно з діючими стандартами та клінічними протоколами.

Нормативи глікемії і критерії діагностики порушень вуглеводного метаболізму у вагітних при проведенні глюкозотолерантного тесту (ммоль/л)

Діагноз	Натще	Через 1 год.	Через 2 год.
Норма	< 5,1	< 10,0	< 8,5
Гестаційний діабет	5,1 - 6,9	10,0 - 11,0	8,5 - 11,0
Маніфестний цукровий діабет вперше виявлений	≥7,0	≥11,1	≥11,1

Додаток 10
до Нормативів організації акушерсько-
гінекологічної допомоги
(пп. 3.7. п.3, підрозділ Б, розділ IV)

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАХОДИ З ПРОФІЛАКТИКИ ПРЕЕКЛАМПСІЇ ТА ЕКЛАМПСІЇ

Фактори ризику прееклампсії

Фактори високого ризику (ризик прееклампсії 8% при наявності одного критерію)	**Фактори помірного ризику** (у разі наявності двох або більше критеріїв ризик прееклампсії високий)	**Фактори низького ризику**
● цукровий діабет 1 або 2 типу; ● хронічна гіпертензія або виникнення гіпертензивних розладів під час попередньої вагітності; ● хронічна хвороба нирок; ● аутоімунні захворювання (антифосфоліпідний синдром, системний червоний вовчак); ● багатоплідна вагітність	● перша вагітність; ● вік вагітної < 18 або ≥ 35 років; ● інтервал між вагітностями ≥ 10 років або < 2 років; ● прееклампсія при попередній вагітності ● ІМТ більше 30 кг / м² при першому відвідуванні; ● сімейна історія прееклампсії (мати або сестра); ● соціально-демографічні характеристики (афроамериканська раса, низький соціально-економічний статус); ● ДРТ (екстракорпоральне запліднення, донорська яйцеклітина, тощо) ● попередня вагітність із низькою масою тіла новонародженого або мала вага для гестаційного віку, ● попередній несприятливий результат вагітності (мертвонародження)	● попередні неускладнені пологи

Нові та потенційні предиктори прееклампсії

Анамнестичні маркери			**Біохімічні та клінічні маркери I, II триместрів**
Сімейний анамнез	**Анамнез**	**Теперішня вагітність**	
Вік вагітної ≥ 40 років Сімейна прееклампсія (мати, сестра) Раннє виникнення захворювань серцево-судинної системи в сім'ї; Етнічна група: афроамериканці, азіати півдня, змішаний шлюб	ПЕ при попередній вагітності Антифосфоліпідний синдром Гіпертензія (діастолічний АТ ≥ 90 мм рт. ст.) Хвороби нирок або протеїнурія; Цукровий діабет; Мала вага при народженні та / або передчасні пологи Не палить; Спадкові тромбофілії Підвищений рівень тригліцеридів; Використання кокаїну і метамфетаміну. Попередній викидень в <10 тижнів з тим же партнером; ІМТ ≥ 35 кг/м2	Багатоплідна вагітність; Кровотеча у ранньому терміні вагітності; Перша вагітність; Інтервал між вагітностями ≥ 10 років або < 2 років; САТ ≥ 130 мм рт. ст. або ДАТ ≥ 80 мм рт. ст. ДРТ; Новий партнер; Коротка тривалість статевих відносин; Гестаційна трофобластична хвороба. Надмірна прибавка ваги при вагітності; Інфекції під час вагітності (інфекції сечовидільних шляхів, захворювання періодонта).	**I триместр (11-13 тижнів)** Середній артеріальний тиск СерАТ) **Середній АТ = ДАТ +(САТ –ДАТ)/3** Пульсаційний індекс маткових артерій (ПІ) Асоційований з вагітністю білок А плазми (PAPP-A) – **знижений** Плацентарний фактор росту (ПФР- PIGF) – **знижений** **II та III триместри** Гестаційна гіпертензія Аномальні показники швидкості кровотоку у матковій артерії ЗРП; Підвищення співвідношення sFlt1/PlGF (ризик розвитку ПЕ протягом 4 тижнів, якщо sFLT/PIGF 38-85 (для 20-33 тижнів) або 38-110 (на 34 тижні та пізніше).

Критерії постановки діагнозу прееклампсії:

· Термін вагітності більше 20 тижнів

· Артеріальна гіпертензія -підвищення діастолічного АТ > 90 мм рт. ст., підвищення систолічного АТ > 140 мм рт. ст.. виміряна двічі в стані спокою з інтервалом не менше чотирьох годин

· Протеїнурія – вміст білка 0,3 г/л у середній порції сечі, зібраній двічі з інтервалом 4 години чи більше, або екскреція білка 0,3 г за добу. Якщо скринінг за допомогою тест-смужки позитивний (≥1 +), проводиться дослідження співвідношення протеїн/ креатинін у сечі (≥ 30 мг / ммоль) або альбумін/ креатинін у сечі (≥ 8 мг / ммоль).

· *Набряки не розглядаються як критерій прееклампсії (ВООЗ).*

Діагностичні критерії тяжкості прееклампсії

Прееклампсія помірного ступеню	**Прееклампсія тяжкого ступеню**	
АТ: 140/90–159/109 мм рт. ст.	**Артеріальна гіпертензія**	Систолічний АТ ≥ 160 і / або діастолічний АТ ≥ 110 мм.рт.ст.
Протеїнурія: більше 0,3 г/добу	**Протеїнурія**	> 3 г/л/ добу
	Порушення функції нирок	Креатинін ≥ 90 мкмоль / л або подвоєння концентрації креатиніну в сироватці крові за відсутності інших захворювань нирок, олігоурія
	Порушення функції печінки	Підвищення концентрації трансаміназ в сироватці крові> 2 рази вище верхньої межі нормального діапазону, біль в епігастрії, у правому підребер'ї
	Неврологічна симптоматика	• зміна психічного статусу • інсульт • клонус • персистуючі і стійкі зорові порушення, скотоми • еклампсія
	Гематологічні порушення	• Тромбоцитопенія<$100 \cdot 10^9$ / л, • ДВЗ - синдром, гемоліз
	Плацентарна дисфункція	• Затримка внутрішньоутробного росту плода, • дистрес плода, • антенатальна смерть плода
	Симптоми, що вказують на розвиток критичної ситуації	· біль в грудній клітці · задишка · набряк легень · тромбоцитопенія. · підвищення рівня трансаміназ · HELLP-синдром · рівень креатиніну більше 97,2 мкмоль/л. · діастолічний АТ більше 110 мм рт. ст. · вагінальна кровотеча.
Еклампсія	Діагноз «Еклампсія» встановлюється у разі розвитку судомного нападу або серії судомних нападів у вагітної, роділлі або породіллі з клінікою прееклампсії при відсутності інших причин (пухлини головного мозку, епілепсія, інсульт та ін.) Клінічні форми еклампсії: · окремі судомні напади · серія судомних нападів (еклямптичний статус) · кома	

HELLP-синдром	· Діагноз HELLP-синдрому встановлюється на основі наступних ознак: Hemolysis – вільний гемоглобін в сироватці крові та сечі, Elevated Liver enzymes – підвищення рівня АСТ, АЛТ, Low Platelets – тромбоцитопенія) · В залежності від набору ознак виділяють повний HELLP-синдром та парціальні його форми: при відсутності гемолітичної анемії, симптомокомплекс визначають як ELLP-синдром, а при відсутності тромбоцитопенії – HEL-синдром. · Ступінь тяжкості HELLP-синдрому немає значення. У разі встановлення діагнозу – показано термінове розродження.
Атиповий гемолітико-уремічний синдром (аГУС)	Хронічне системне захворювання генетичної природи з прогресуючим перебігом і несприятливим прогнозом. В його основі лежить хронічна неконтрольована активація комплементу внаслідок мутацій в генах регуляторних білків, результатом цього є пошкодження ендотелію, що веде до генералізованого тромбоутворення в судинах МЦР - так званої комплемент опосередкованої тромботичної мікроангіопатії (ТМА). Класична тріада проявів аГУС: · Мікроангіопатичний гемоліз (МАГА): · Кумбс – негативна гемолітична анемія з високим рівнем ЛДГ, низьким гаптоглобіном і шизоцитозом · Тромбоцитопенія (споживання) · Гостре пошкодження нирок Вагітність, ускладнена прееклампсією, HELLP синдромом – фактор ризику розвитку аГУС. Майже у 80% породілей аГУС розвивається та прогресує після пологів, що призводить до розвитку гострого кортикального некрозу нирок, гострої ниркової недостатності. Високий ризик материнської смертності.

Прееклампсію розділяють на наступні категорії:

- Рання ПЕ (термін <34+0 тижнів вагітності);
- Пізня ПЕ (≥ 34 тижні вагітності);
- ПЕ при недоношеній вагітності (термін <37+0 тижнів вагітності);
- ПЕ при доношеній вагітності (≥37+0 тижнів вагітності)

Заходи з організації профілактики та лікування прееклампсії і еклампсії

1. Всім жінкам, які проживають в регіонах, де спостерігається низький рівень споживання кальцію з їжею, з метою профілактики прееклампсії під час вагітності рекомендується приймати препарати кальцію (щоденна доза повинна становити 1,5-2,0 г елементарного кальцію). Ці рекомендації призначені для всіх жінок, і в першу чергу для тих, хто відноситься до групи високого ризику розвитку прееклампсії.
2. У жінок з наявністю двох і більше факторів помірного ризику або одного з перерахованих вище факторів високого ризику виникнення ПЕ рекомендується профілактично приймати невеликі дози ацетилсаліцилової кислоти. Рекомендована доза аспірину складає 75 мг і приймається щовечора. У випадках надмірної ваги - 100 – 150 мг в залежності від маси тіла.
   За наявності факторів ризику проиодиться комбінований скринінг I триместру з оцінкою генетичного і перинатального ризику з включенням до розрахуннку плацентарного фактору росту (PLGF) та подальшим призначенням жінкам високого ризику з 12 до 36 тижнів вагітності 100-150 мг аспірину щовечора
3. Призначати ацетилсаліцилову кислоту з метою профілактики прееклампсії і супутніх ускладнень необхідно в терміні з 12 тижнів вагітності (оптимально до 16 тиж.) і продовжувати до 36 тижнів вагітності або до розвитку симптомів ПЕ. У разі незначних кров'янистих виділень зі статевих шляхів, проводиться огляд вагітної для уточнення причини кровотечі. При сприятливому прогнозі прийом аспірину не переривається.
4. Жінкам з тяжкою гіпертензією (≥ 160/100 мм рт. ст.) під час вагітності призначають

гіпотензивні препарати.

5. При виборі гіпотензивного препарату, способу його застосування і дозування при тяжкій гіпертензії під час вагітності лікар користується затвердженою інструкцією для медичного застосування лікарського засобу.
6. Пріоритетним протисудомним препаратом для профілактики еклампсії у жінок з тяжкою формою прееклампсії та для лікування еклампсії у вагітних є сульфат магнію.
7. Вагітним з хронічною артеріальною гіпертензією УЗД для фетометрії та визначення індексу амніотичної рідини, а також доплерометрію пуповинної артерії проводити на 28; 32-му та 36-му тижні вагітності, КТГ проводити тільки за наявності клінічних показань.
9. Вагітним з гестаційною гіпертензією УЗД для фетометрії та визначення індексу амніотичної рідини, а також доплерометрію пуповинної артерії проводити при встановленні діагнозу та повторювати кожні 2–4 тижні за наявності клінічних показань, КТГ проводити тільки за наявності клінічних показань.
10. Проводити КТГ при діагностиці прееклампсії або тяжкої гестаційної гіпертензії.
11. При плануванні консервативного лікування прееклампсії або тяжкої гестаційної гіпертензії застосувати такі діагностичні методи, як УЗД для фетометрії та визначення індексу амніотичної рідини та доплерометрію пуповинної артерії. Якщо результати фетального моніторингу у вагітних з прееклампсією або тяжкою гестаційною гіпертензією в нормі, не слід повторювати проведення КГГ, якщо немає клінічних показань.
16. Вагітним, які потребують додаткового фетального моніторингу, проводити УЗД для фетометрії та визначення індексу амніотичної рідини й доплерометрію пуповинної артерії, починаючи з 28–30 тижнів.
17. УЗД для фетометрії та визначення індексу амніотичної рідини й доплерометрію пуповинної артерії повторювати раз на 4 тижні у вагітних, в анамнезі яких є:

- тяжка прееклампсія;
- прееклампсія, що призвела до передчасних пологів до 34 тижнів;
- прееклампсія, що призвела до народження дитини з масою менше 10-го центиля;
- внутрішньоутробна смерть;
- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.

18. Індукція пологів рекомендується жінкам з тяжкою прееклампсією в терміні вагітності, за якого плід ще є нежиттєздатним і не може досягти життєздатності протягом одного-двох тижнів.
19. Призначати антенатальний курс кортикостероїдів у терміні 24-34 тижні для профілактики РДС у новонародженого та внутрішньовенне введення магнію сульфату для нейропротекції плода до 32 тижнів, якщо у вагітної з прееклампсією заплановані передчасні пологи.
20. Вагітним з тяжкою прееклампсією, життєздатним плодом і терміном вагітності менше 34 тижнів **не рекомендується вичікувальна тактика** за умови відсутності моніторингу і можливості його проведення для таких станів, як неконтрольована гіпертензія у матері, органна недостатність у матері або дистрес-синдром плода.
21. Для жінок з тяжкою прееклампсією, життєздатним плодом і терміном вагітності 34-36^{+6} тижнів **не рекомендується вичікувальна тактика** за умови відсутності моніторингу і можливості його проведення для таких станів, як неконтрольована гіпертензія у матері, органна недостатність у матері або дистрес-синдром плода.
22. При тяжкій прееклампсії в разі доношеної вагітності (≥ 37 тижнів) рекомендується термінове розродження із застосуванням епідуральної аналгезії в пологах
23. Вагітним з помірною прееклампсією і легкою формою гестаційної гіпертензії (140/90-159/109 мм рт. ст.) у разі доношеної вагітності рекомендується індукція

пологів.

24. Жінкам, які отримують гіпотензивні препарати до пологів, рекомендується продовжити гіпотензивну терапію в післяпологовому періоді.
25. Лікування гіпотензивними препаратами рекомендується в разі тяжкої гіпертензії після пологів.
26. Дослідження, моніторинг та лікування в післяпологовому періоді:

породіллям з прееклампсією, які не одержували антигіпертензивне лікування, вимірювати АТ: щонайменше 4 рази на добу, поки жінка перебуває в стаціонарі;
щонайменше 1 раз між 3-ю та 5-ю добою після пологів;
через день (до визначення нормальних показників АТ), якщо на 3–5 добу показники АТ незадовільні.

27. Породіллям з прееклампсією, які не приймали гіпотензивні препарати, призначати антигіпертензивну терапію необхідно при АТ 150/100 мм рт. ст. та вище.
28. Породіллям з прееклампсією, які приймали гіпотензивні препарати:

продовжувати антигіпертензивне лікування;
розглянути можливість коригування антигіпертензивного лікування, якщо АТ знижується <140/90 мм рт. ст.;
відмінити антигіпертензивне лікування, якщо АТ знижується <130/80 мм рт. ст.

Нерекомендовані заходи профілактики і лікування прееклампсії та еклампсії

1. Дотримання домашнього режиму не рекомендується для первинної профілактики прееклампсії і гіпертензивних порушень при вагітності у жінок, які входять до групи ризику.
2. Суворий ліжковий режим не рекомендується як запобіжний захід, що підвищує ймовірність успішного результату вагітності у жінок, які страждають на гіпертензію (з або без протеїнурії) під час вагітності.
3. Для профілактики прееклампсії і її ускладнень під час вагітності не рекомендується:
    - обмеження споживання солі,
    - прийом вітаміну D,
    - прийом вітамінів С і Е (окремо або в поєднанні один з одним) .
4. Використання кортикостероїдів для лікування жінок з HELLP-синдромом не рекомендується.

Додаток 11
до Нормативів організації акушерсько-
гінекологічної допомоги
(пп. 3.8. п.3, підрозділ Б, розділ IV)

ПОКАЗАННЯ ДО НАПРАВЛЕННЯ ПОДРУЖНЬОЇ ПАРИ НА МЕДИКО-ГЕНЕТИЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ В МЕЖАХ ПРЕКОНЦЕПЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ АБО ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

1. Вік жінки 35 років і більше. Вік чоловіка 40 років і більше.
2. Наявність у одного з подружжя спадкової патології, хромосомної перебудови або вродженої(их) вади розвитку.
3. Наявність у жінки фенілкетонурії, муковісцидозу та інших порушень обміну, спадкових захворювань
4. Наявність в родині живих або померлих дітей зі:
- спадковою або хромосомною патологією;
- вродженими зольованими або множинними вадами розвитку і;
- розумовою відсталістю;
- мертвонародженням.
5. Наявність вищезазначеної патології серед родичів першого та другого ступеня спорідненості.
6. Кровноспоріднений шлюб.
7. Звичне невиношування вагітності невстановленого генезу у I триместрі вагітності в анамнезі 8. Несприятливі впливи у ранні терміни вагітності (захворювання, діагностичні або лікувальні медичні втручання, прийом медикаментів).
9. Ускладнений перебіг вагітності (загроза переривання з раннього терміну, яка не піддається терапії, багатоводдя і маловоддя).
10.Вагітні після ДРТ.
11.Патологія плода, виявлена при пренатальному скринінгу (УЗ, біохімічні маркери, високий індивідуальний генетичний ризик виникнення хромосомної та деякої вродженої патології).
12.Наявність у подружжя шкідливих факторів, пов'язаних із професією.

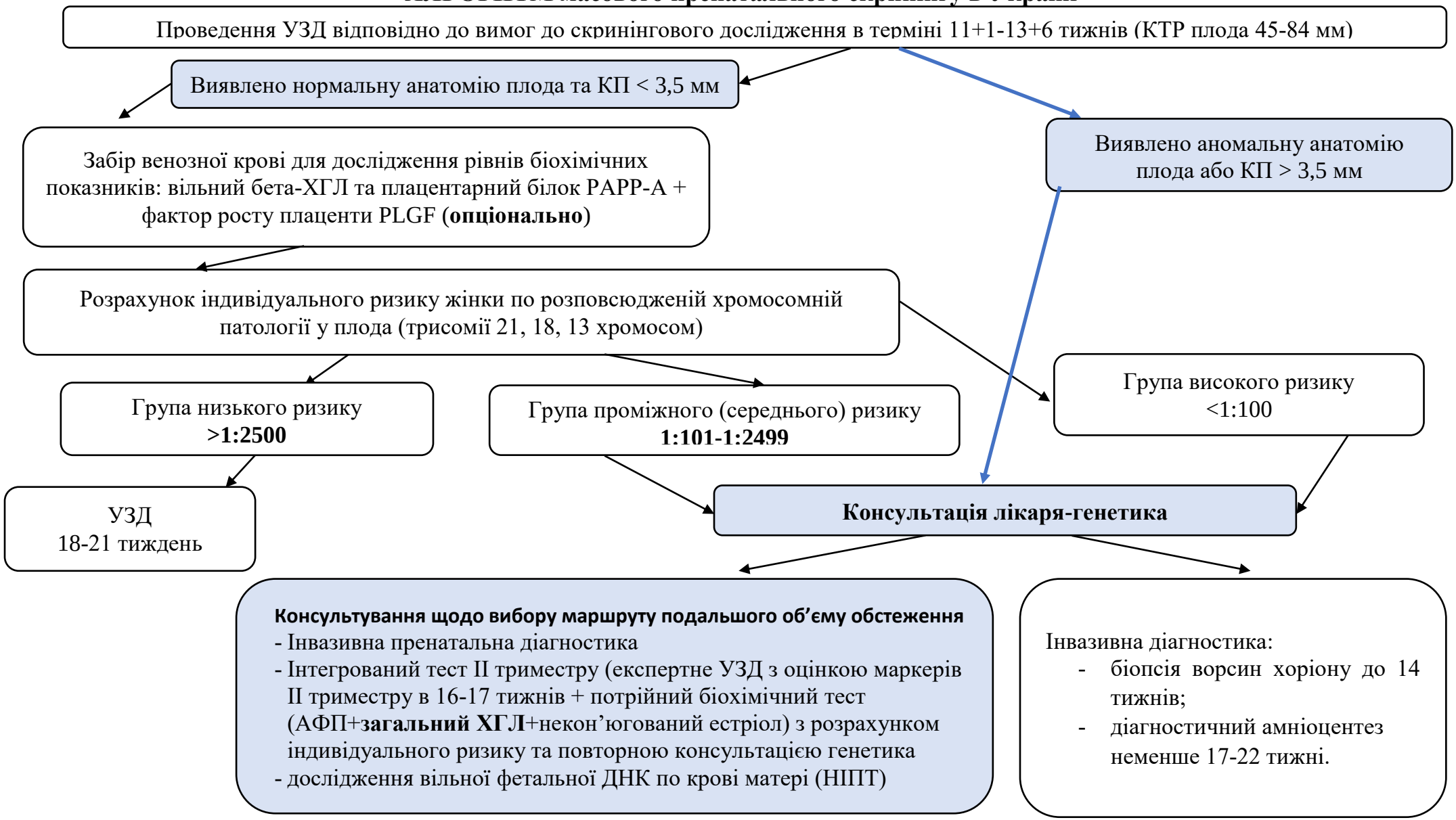
Медико-генетичну консультацію доцільно проводити поза вагітністю, або в її ранні терміни з детальною випискою про розвиток в дитячому та пубертатному віці, стан здоров’я, перебіг попередніх вагітностей, пологів, стану народжених дітей, результатів обстеження, даних патолого-анатомічного дослідження.

ТАБЛИЦЯ 1

Варіанти комбінованого скринінгу I триместру

Дослідження	Ультразвукові маркери	Біохімічні маркери	Результат
Комбінований скринінг I триместру з оцінкою генетичного і перинатального ризику	КП, НК, ПІ у МА	вільний β-ХГЛ PAPP-A, PLGF (опційно)	Діагностика грубих вад розвитку плода, Розрахунок індивідуального ризику жінки по трисоміям 21,18,13 хромосом у плода та розрахунок індивідуального ризику розвитку прееклампсії, затримки росту плода з урахуванням анамнезу та середнього артеріального тиску
Комбінований скринінг I триместру з оцінкою генетичного і перинатального ризику з додатковими маркерами	КП, НК, ВП, ТР, ПІ у МА	вільний β-ХГЛ PAPP-A, PLGF (опційно)	Діагностика грубих вад розвитку плода, Розрахунок індивідуального ризику жінки по трисоміям 21,18,13 хромосом у плода та розрахунок індивідуального ризику розвитку прееклампсії, затримки росту плода з урахуванням анамнезу та середнього артеріального тиску, уточнення результатів базового скринінгу I триместру
Скринінг I триместру з оцінкою генетичного і перинатального ризику з застосуванням НІПТ	КП, ПІ у МА	Дослідження вільної фетальної ДНК (НІПТ), PLGF	Діагностика грубих вад розвитку плода, Розрахунок індивідуального ризику жінки по трисоміям 21,18,13 хромосом у плода та розрахунок індивідуального ризику розвитку прееклампсії, затримки росту плода, уточнення результатів базового скринінгу I триместру

АЛГОРИТМ масового пренатального скринінгу в Україні



Додаток 12
до Нормативів організації акушерсько-
гінекологічної допомоги
(пп. 3.9. п.3, підрозділ Б, розділ IV)

Міністерство охорони здоров'я України		
Найменування закладу		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА No 084/о Затверджена наказом МОЗ України 27грудня 1999р. No302
Лікарський висновок про переведення вагітної на іншу роботу		
Прізвище, ім'я, по батькові		
Місце роботи і посада		
Вагітність тижнів		
Підстава для переводу		
Рекомендована робота		
Прізвище, ім'я, по батькові лікаря		
Підпис		
Дата видачі: " _____ " _____ _____ р.		
Перевод здійснений		
Посада керівника		
Підпис Дата " _____ " _____ _____ р.		
Узгоджено Голова профкому Підпис _____		

Додаток 13
до Нормативів організації акушерсько-
гінекологічної допомоги
(пп. 3.10. п.3, підрозділ Б, розділ IV)

ДАТА «___»_____20…р.

ПРОТОКОЛ
УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКРИНІНГУ ПЕРШОГО ТРИМЕСТРУ ВАГІТНОСТІ
(11 тиж.[1 день] – 13 тиж.[6 днів])

ДАТА «___»_____2020р.
ПІБ_____ *Вік* _____
1-й день останньої менструації (ОМ)_____Строк вагітності за датою ОМ_____
Методика сканування: *трансабдомінальна/трансвагінальна*
Труднощі при дослідженні: так/ні_____
Аномалії матки: _____. Міометрій:_____
перетинка/анмальна форма *об'ємні утворення в міометрії, розташування*
Довжина цервікального каналу_____мм, діаметр внутрішнього вічка_____мм.
В матці візуалізується_____плідне яйце.
Ділянки відшарування плідного яйця_____Кількість ембріонів / плодів_____
Серцева діяльність _____ ЧСС_____уд/хв
є/відсутня

БІОМЕТРІЯ ЕМБРІОНА / ПЛОДА

Виміри	мм	центиль
Куприко-тім'яний розмір (КТР)		
Біпарієтальний розмір (БПР)		
Окружність живота		
Довжина стегна		

Термін вагітності за даними біометрії
_____тижнів_____днів

Комірцевий простір_____мм.
Довжина кісток носу_____мм.
Інтракраніальний простір_____мм.
Кровоток у венозній протоці_____.
анте/ретроградний
Трикуспідальна регургітація_____

Передня черевна стінка:_____
ціла/ні
Рухова активність плода:_____
нормальна/знижена/відсутня

ДОПЛЕРОМЕТРІЯ МАТКОВИХ АРТЕРІЙ:

Пульсаційний індекс *(ПІ)*
правої маткової артерії_____;
лівої маткової артерії_____.

СТАН ПРОВІЗОРНИХ ОРГАНІВ

Локалізація хоріону/плаценти_____
Кількість (при багатоплідній вагітності)_____

АНАТОМІЯ ЕМБРІОНА/ПЛОДА

	норма	патологія	не візуалізується
Голівка			
Форма			
Осифікація кісток			
Серп мозку			
Судинні сплетення			
Обличчя			
орбіти			
профіль			
Грудна клітина			
Легені			
Діафрагма			
Серце			
Розміри			
Вісь			
Проекція 4-х камер			
Черевна порожнина			
Шлунок			
Кишківник			
Нирки			
Сечовий міхур			
Прикріплення пуповини			
Судини пуповини			
Хребет			
Кінцівки			
Права рука (та кисть)			
Ліва рука (та кисть)			
Права нога (та стопа)			
Ліва нога (та стопа)			

є/нема

Товщина хоріону/плаценти____мм,
Прикріплення пуповини до плацентарного диску
_____

ОПИС (ДЕТАЛІЗАЦІЯ) ВИЯВЛЕНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Жовтковий мішок_____мм
Стан придатків матки_____

ВИСНОВОК УЗД:_____
_____

Підпис лікаря_____
П.І.Б._____

Додаток 14
до Нормативів організації акушерсько-
гінекологічної допомоги
(пп. 3.14. п.3, підрозділ Б, розділ IV)

ПРОТОКОЛ
УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКРИНІНГУ ДРУГОГО ТРИМЕСТРУ ВАГІТНОСТІ
(18 тиж.[1 день] – 20 тиж.[6 днів])

Дослідження виконане на апараті Дата «___»_____2020р.

ПІБ_____

Вік _____

1-й день останньої менструації (ОМ)_____Строк вагітності за датою ОМ_____

Строк вагітності за датою попереднього УЗД _____Інше_____

Труднощі при дослідженні:
так/ні_____

Кількість плодів___.
Положення_____
_____
Передлежання_____
_____

ОПИС (ДЕТАЛІЗАЦІЯ) ВИЯВЛЕНОЇ ПАТОЛОГІЇ

ерцебиття_____уд/плода:_
_____
активні, знижені, відсутні
інки
атки_____
_____
атологія органів малого
зу:_____
_____
є/немає
овжина цервікального
налу_____мм. Діаметр
утрішнього
нка_____мм.
ерцева діяльність
_____

відсутня
С_____
_____уд/хв

БІОМЕТРІЯ ПЛОДА

Виміри	мм	центиль
Біпарієтальний розмір (БПР)		
Лобно-потиличний розмір		
Окружність голівки		
Окружність живота		
Довжина стегна		

СТАН ПРОВІЗОРНИХ ОРГАНІВ

Плацента (локалізація)_____. Ступінь зрілості____, товщина___мм, відстань від

	норма, м	пато логія	не візуалізується
Голівка			
Форма			
Порожнина прозорої перетинки			
Бокові шлуночки			
Мозочок			
Велика цистерна			
Серп мозку			
Обличчя			
Верхня губа			
Профіль			
Орбіти			
Носова кістка			
Грудна клітина, форма			
Легені			
Наявність включень			
Серце			
Розміри			
Вісь			
Проекція 4-х камер			
Виходний тракт ЛШ			
Виходний тракт ПШ			
Черевна порожнина			
Шлунок			
Кишківник			
Нирки			
Сечовий міхур			
Прикріплення пуповини			
Судини пуповини			
Хребет			
Кінцівки			
Права рука (та кисть)			
Ліва рука (та кисть)			
Права нога (та стопа)			
Ліва нога (та стопа)			
Стать	☐ Ж ☐ Ч		

внутрішнього вічка___мм.

Додаток 15
до Нормативів організації акушерсько-
гінекологічної допомоги
(пп. 3.11 п.3, підрозділ Б, розділ IV)

СКРИНІНГ НА БЕЗСИМПТОМНУ БАКТЕРІУРІЮ

Безсимптомна бактеріурія (ББУ) - це наявність у середній порції сечі бактерій в кількості $\geq 10^5$ колонієутворювальних одиниць(КУО)/мл за повної відсутності скарг.

Скринінг на ББУ проводять при першому зверненні пацієнтки з приводу вагітності, бажано у першому триместрі, шляхом бактеріологічного дослідження середньої порції свіжовипущеної сечі. Перед сечовипусканням обов'язково проводять ретельний туалет зовнішніх статевих органів. Рутинне взяття сечі для посіву катетером не рекомендовано.

У разі виявлення ББУ амбулаторно призначають лікування пероральним антибактеріальним лікарським засобом, після закінчення якого за 7-14 днів повторно проводять бактеріологічне дослідження сечі (контроль ефективності лікування). Якщо досягнуто ерадикації або зменшення кількості бактерій $<10^5$ /мл, у подальшому спостереження проводять за звичайним режимом. У разі повторного виявлення ББУ амбулаторно призначають курс антибактеріальної терапії з використанням іншого лікарського засобу. Більше двох курсів антибактеріальної терапії з приводу ББУ під час вагітності не проводять. Парентеральні антибіотики для лікування ББУ не застосовують.

Лікування безсимптомної бактерурії у вагітних (Керівництво Європейської асоціації урологів (EAU):

- Фосфоміцину трометамол 3 г одноразово, або
- Нітрофурантоїн 50-100 мг 4 рази на день 5 днів, або
- Цефалоспорини перорально (наприклад, цефадроксил 500 мг 2 рази на день, чи інший аналогічний) 3 дні

Контроль після закінчення лікування - бактеріологічне дослідження сечі через 7-14 днів.

Додаток 16
до Нормативів організації акушерсько-
гінекологічної допомоги
(пп. 3.12. п.3, підрозділ Б, розділ IV)

ОСНОВНІ ПРІОРИТЕТНІ ПИТАННЯ ДЛЯ КОНСУЛЬТУВАННЯ ВАГІТНИХ

Рекомендація	**Обгрунтування**
I. Здоровий спосіб життя	Народження здорової дитини
1. Повна відмова від тютюнопаління під час вагітності та грудного вигодовування 2. Відмова від тютюнопаління у дитячій кімнаті 3.Відмова від тютюнопаління у 1 триместрі знижує ризик розвитку синдрому затримки росту плода	Негативний вплив нікотину та моноокису вуглероду: · Незадовільне харчування у жінок, які палять · Підвищена потреба у вітамінах С, Е, залізі • Підвищення частоти переривання вагітності та самовільних передчасних пологів · Зростання частоти мертвонароджень · Зменшення продукції материнського молока · Зниження темпів росту дитини · Ризик виникнення синдрому раптової малюкової смертності
2. Абсолютна відмова від вживання алкоголю (особливо перед зачаттям та 1 триместрі вагітності) 2.1. Вживання алкоголю у дозі 0,5 г/кг в день має негативний вплив на розвиток дитини	Алкоголь проникає у кров плода та виділяється з грудним молоком. Негативна дія алкоголю проявляється: • Зростанням частоти переривання вагітності та самовільних передчасних пологів · Відшаруванням плаценти · Мертвонародженням · Розвитком алкогольного синдрому плода, який має наступні ознаки: затримка росту плода та новонародженого, мікроцефалія, дефекти розвитку очей, вади розвитку обличя, затримка розумового розвитку дитини
3. Відмова від вживання наркотичних речовин під час вагітності	Вживання наркотичних речовин зумовлює ризик · самовільного переривання вагітності у ранні терміни · самовільних передчасних пологів · відшарування плаценти - мертвонародження · розвитку абстинентного синдрому плода · ВІЛ-інфекції, гепатиту С.
4. Відмова від надмірного вживання кави, напоїв типу кока-коли	Кофеїн проникає через плаценту та виділяється з грудним молоком Надмірне вживання кофеїну під час вагітності проявляється: · Зростанням частоти переривання вагітності та самовільних передчасних пологів · Низькою масою тіла при народженні Надмірне вживання кофеїну під час лактації проявляється: · Підвищеним збудженням та роздратованістю дитини · Порушенням сну · Зниженням вмісту заліза у молоці та організмі дитини

5.Відпочинок та фізичне навантаження: 5.1. Уникати перевтоми 5.2. Не рекомендується фізичне навантаження з підніманням важких предметів	У разі відсутності акушерських ускладнень не протипоказані фізичні вправи та заняття типу аеробіки
II. Раціональне харчування	За допомогою харчування ми задовільняємо потреби та витрати організму в енергії Середні витрати організму вагітної жінки зростають на 200- 300 ккал в день (у 2-3 триместрі) і складають 2200- 2300 ккал. **Параметри прибавки маси тіла протягом вагітності при масі тіла на початку вагітності** ІМТ <18,5 кг / м^2 повинна набрати 12,5-18 кг ІМТ 18,5-24,9 кг / м^2 (нормальна маса) – 11,5-16 кг ІМТ 25-29,9 кг / м^2 (надмірна маса тіла) – 7-11,5 кг ІМТ> 30 кг / м^2 (ожиріння) – 5-9 кг.
Здорове харчування під час вагітності характеризується достатніми калорійністю і вмістом білка, вітамінів і мінеральних речовин, які одержуються в результаті вживання в їжу різноманітних продуктів, включаючи зелені та помаранчеві овочі, м'ясо, рибу, бобові, горіхи, фрукти і продукти з цільного зерна. В залежності від ресурсів і переваг жінок можуть розглядатися доречні з точки зору культурних традицій заходи щодо здорового харчування і фізичної активності для профілактики надлишкового збільшення маси тіла під час вагітності, особливо серед населення з високою поширеністю надмірної ваги і ожиріння. Заходи повинні проводитися без осуду і розроблятися так, щоб забезпечити належну прибавку у вазі під час вагітності. Корисні для вагітної джерела фолієвої кислоти: · Бобові · Зелені овочі · Шпинат · Капуста брюссельська та кольорова · Салат · Банани Апельсини.	Ризики, що пов’язані з недостатньою прибавкою маси тіла під час вагітності: · Передчасні пологи · Затримка росту плода · Низька маса тіла дитини при народженні Ризики, що пов’язані з надмірною прибавкою маси тіла під час вагітності: · Гіпертензія та розвиток прееклампсії · Інфекції сечовидільної системи · Тромбофлебіт · Утруднені пологи · Великий плід · Ризик розвитку ожиріння та цукрового діабету у дитини

<table>
<tr>
<td>Вітамін С не синтезується у людському організмі, тому є необхідність у постійному його поповненні.
Добова потреба у вітаміні С складає 50 мг.
Продукти, які містять добову дозу (50 мг) вітаміну С:
· 1 великий апельсин,
· 100 мл свіжого апельсинового соку,
· 90 г полуниць,
· 1 грейпфрут
· 1 великий зелений перець
• 2 середні картоплини.</td>
<td>Вітамін С
• Підвищує засвоєння «негемового» заліза
● Необхідний для синтезу колагену
● Має антиоксидантну дію</td>
</tr>
<tr>
<td>Кальцій 300 мг кальцію покриває потреби плода та вимоги лактації.
Джерела кальцію:
молоко та молочні продукти (1 чашка молока – 250 мг кальцію).</td>
<td>Продукти з високим вмістом клітковини погіршують засвоєння кальцію.</td>
</tr>
<tr>
<td>Йод – є компонентом гормонів щитовидної залози.
Щоденна доза йоду, рекомендована ВОЗ, ЮНІСЕФ і Міжнародною Радою по контролю за йод-дефіцитними захворюваннями, для вагітних жінок та породіль, що вигодовують грудним молоком, повинна складати 250 мг.</td>
<td>Додавання йоду у йод дефіцитних регіонах призводить до значного зниження йоддефіцитних захворювань.</td>
</tr>
<tr>
<td>Вітамін Д
Під час вагітності та лактації рекомендована потреба 10 мкг або 400 МО вітаміну Д.
Жінкам з недостатністю та дефіцитом вітаміну Д рекомендується прийом Холекальциферолу (Д3) удозах,яка вираховується на основі визначення у крові 25 (ОН)D у сироватці крові</td>
<td>Вітамін Д та кальцій попереджують розвиток рахіту у новонароджених та зменшують частоту неонатальної гіпокальціємії.
Класифікація забезпеченості організму вітаміном D
<table>
<tr><th colspan="2">Сироватковий рівень 25(ОН)D</th><th rowspan="2">Трактування</th></tr>
<tr><th>нг/мл</th><th>нмоль/л</th></tr>
<tr><td>< 10,0</td><td>< 25,0</td><td>Важкий дефіцит вітаміну Д</td></tr>
<tr><td>10,0 – 20,0</td><td>25,0 – 50,0</td><td>Дефіцит вітаміну Д</td></tr>
<tr><td>20,0 – 40,0</td><td>50,0 – 100,0</td><td>Недостатність вітаміну Д</td></tr>
<tr><td>40,0 – 60,0</td><td>100,0 – 150,0</td><td>Оптимальний рівень вітаміну Д</td></tr>
</table>
</td>
</tr>
</table>

Залізо Біля 5-20% заліза, яке вживається з їжею, засвоюється. Залізо входить до складу гему (червоний пігменту риб та тварин) – засвоюється на 20-30%. «Негемоване» залізо, яке містися у рослинних продуктах, молоці, яйцях, засвоюється гірше – 2-7%. Вітамін С, тваринний білок та деякі органічні кислоти покращують засвоєння «негемованого» заліза. Жінки з достатніми запасами заліза в організмі не потребують додаткового призначення заліза. Потреба у залізі під час лактації не перевищує таку під час вагітності. Вміст заліза у грудному молоці не залежить від вмісту заліза у раціоні матері.	А.2.1. Для профілактики анемії, післяпологового сепсису, народження дітей з малою вагою і передчасних пологів вагітним рекомендується щоденний прийом всередину препаратів заліза в дозі 30-60 мг в перерахунку на елементарне залізо і фолієвої кислоти в дозі 400 мкг (0,4 мг) [WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience, 2016]
Вітамінно-мінеральні комплекси Адекватне харчування під час вагітності та лактації забезпечує надходження до організму достатньої кількості вітамінів та поживних речовин.	Внаслідок існування суперечливих думок щодо вживання вітамінно-мінеральних комплексів під час вагітності їх прийом слід обговорювати з акушер-гінекологом або лікарем ЗПСМ.

Додаток 17
до Нормативів організації акушерсько-
гінекологічної допомоги
(пп 3.13. п..3, підрозділ Б, розділ IV)

ШКОЛА ВІДПОВІДАЛЬНОГО БАТЬКІВСТВА.

Мета: підготовка сімейної пари до свідомого батьківства, народження здорової дитини та збереження здоров'я матері шляхом сприяння адаптації до вагітності, підготовки до пологів та післяпологового періоду.

Організація допологової психологічної підготовки медичними фахівцями є одним із заходів з підтвердженою безпекою та ефективністю, адже забезпечує надання професійної інформації, формування навичок поведінки під час пологів, підвищення психологічної готовності до батьківства.

Заняття для вагітної жінки та / або для батьківської пари організуються у допологовий період, бажано також і у акушерському стаціонарі, аби майбутні батьки могли зустрітись з спеціалістами, які на підставі свого досвіду та знань допоможуть оптимізувати рівень тривожності під час вагітності.

Допологове навчання допомагає формуванню позитивного настрою і конструктивних емоцій в пологах, що сприяє зменшенню вірогідності акушерських ускладнень та медичних втручань, зниженню застосування знеболюючих препаратів під час пологів; підвищенню свідомості в поведінці самої жінки, а також її партнера в пологах, задоволеності від процесу народження їх дитини.

Ефективна допологова психологічна підготовка є дієвим заходом профілактики депресивних станів у жінки в післяпологовому періоді, включення дитини до системи сімейних цінностей.

Завдання допологової підготовки:

1. Формування свідомого ставлення сім'ї до вагітності, пологів та дитини.
2. Психофізична підготовка до пологів.
3. Підготовка партнера або членів родини до участі у пологах, усвідомлення своєї ролі в процесі вагітності та в пологах.
4. Відпрацювання технологій конструктивної поведінки при вагітності, в пологах та у післяпологовому періоді.
5. Навчання майбутніх батьків основам грудного вигодовування та правилам догляду за новонародженим.
6. Консультування з питань післяпологової контрацепції.

Умови роботи Школи відповідального батьківства

Заняття проводяться підготовленим персоналом із числа лікарів ЗПСМ, акушерів-гінекологів, неонатологів, акушерок, за участю медичного психолога.

Територією проведення занять є амбулаторії ЗПСМ, жіночі консультації, консультативно-діагностичні відділення та акушерські стаціонари.

Формат занять: групові або індивідуальні, що визначається з урахуванням персональних особливостей жінки, її переваг, наявності окремих клініко-анамнестичних характеристик.

Приміщення для занять мають бути світлими, теплими, просторими (для можливості групових занять жінок та їх партнерів, а також виконання фізичних вправ), забезпеченими туалетною кімнатою з необхідними гігієнічними засобами індивідуального використання, чистою питною водою.

Обладнання включає*:* достатню кількість зручних стільців, матів, телевізор, аудіо- та відеоапаратуру, шведську стінку, м'ячі для аеробіки, стільці для вертикальних пологів, манекени (ляльки, молочна залоза), стенди та інформаційні матеріали.

Розклад занять має бути зручним для жінок та їх партнерів.

Оптимальна тривалість одного заняття – 30-45 хвилин.

Теми занять мають бути актуальними для кожного триместру.

Рекомендовані теми для занять:

1 - Про перебіг вагітності:• Фізіологічні та психологічні зміни під час вагітності • Розвиток плода • Харчування та здоровий спосіб життя • Фізична активність • Гігієна під час вагітності • Тривожні симптоми під час вагітності • Статеве життя • Еволюція сімейних стосунків. Сучасні методи дослідження, прогнозування і профілактики ускладнень. Рекомендований термін вагітності для цього заняття - з 1 триместру до 30 тиж.

2 - Про народження дитини:
Інформаційна частина. Пологи як День Народження Дитини • Фізіологія пологів, Перейми • Важливість і реальність керування емоціями, своїм тілом. Страх болю і його подолання. Сучасні медикаментозні та природні методи зниження больових відчуттів. Використання води: душ, ванна. Потуги та направлення зусиль. Активне ведення третього періоду, його переваги. Значення прямого тілесного контакту матері та дитини у перші хвилини та часи після народження. Ефективні комунікації з персоналом акушерського відділення. Рухлива активність під час пологів та вибір бажаної позиції. Значення активної свідомої участі жінки в народженні дитини.
Практична частина. Тренувальні дихальні вправи. Оволодіння ефективним диханням як ресурсом поглиблення навичок саморегуляції. Самоконтроль глибини і ритму дихання як шлях до зниження больових відчуттів. Управління диханням, його етапи. Режими дихання. Обрання оптимальних позицій в пологах. Голосові вправи.

3 - *Партнерські пологи. Підготовка. Роль партнера* • Окреме заняття з однорідними групами, які мають запит на партнерські пологи. Критерії відбору для участі в програмі партнерських пологів: двостороння добровільна згода, розуміння партнером сутності активної участі, адекватної допомоги, а не присутності в ролі глядача, психофізична підготовка обох партнерів до пологів.
Інформаційна частина. Історичні традиції допомоги і підтримки жінки в період вагітності та в пологах. Система «мати-батько-немовля». Переваги партнерських пологів. Основні потреби жінки під час пологів. Завдання і відповідальність партнера під час кожного періоду пологів.
Тренінг - спільне відпрацювання навичок поведінки у пологах. Технології для природного зменшення больових відчуттів. Перший період пологів та практичні вправи взаємодії в парі. Другий період пологів та практичні вправи взаємодії в парі. Вибір положення жінки у другому періоді пологів. Контакт «шкіра-до шкіри»

4. Про післяпологовий період:
• Принципи грудного вигодовування • Догляд за новонародженим • Гігієна післяпологового періоду• Тривожні симптоми для матері та дитини • Профілактика синдрому раптової смерті дитини • Планування сім'ї, методи контрацепції

Додаток 18
до Нормативів організації акушерсько-
гінекологічної допомоги
(пп.3.14 п.3, підрозділ Б, розділ IV)

МОЖЛИВІ ЗАГРОЗИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ, ПРИ ЯКИХ ВАГІТНА ЖІНКА МАЄ НЕГАЙНО ЗВЕРНУТИСЯ ЗА ДОПОМОГОЮ

(надаються кожній вагітній)

Кровотеча з піхви

Постійні скорочення матки

Нудота, блювання, пронос

Сильний головний біль

Затьмарений зір

Раптові набряки, особливо обличчя та рук

Зміна характеру рухів плода (враховуючи інформування вагітної про біоритми плода)

Лихоманка та озноб

Біль при сечовиділенні

Підтікання або відходження навколоплідних вод

Додаток 19
до Нормативів організації акушерсько-
гінекологічної допомоги
(пп 3.15. п.3, підрозділ Б, розділ IV)

ВИПИСКА З МЕДИЧНОЇ КАРТИ АМБУЛАТОРНОГО ХВОРОГО №_____
(форма №025/о)

Видається вагітній лікарем ЗПСМ або терапевтом
Найменування та місцезнаходження закладу охорони здоров'я, де знаходиться медична карта амбулаторного хворого

_____
_____

П.І.Б. _____ Дата народження

1. Основний діагноз _____

(докладний, із зазначенням активності, стадії, ускладнень, проведеного хірургічного лікування тощо)

_____
_____
_____
_____
_____

2.Супутні захворювання

_____
_____
_____
_____
_____
_____

3. Перенесені в минулому хвороби

_____

(інфекційні, соматичні із зазначенням років захворювання)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

4. Перенесені хірургічні втручання

_____

(діагноз, назва операції, рік)

_____
_____
_____

5. Ускладнення наркозу

_____

(які саме, від якого наркозу)

_____
_____

6. Перенесені алергічні реакції, у тому числі медикаментозна алергія

_____

(на який алерген, у якій формі , рік виникнення, однократно чи кілька разів)

_____

_____

_____

7. Спадковість: Цукровий діабет

_____

(який тип, в кого з родичів)

Артеріальна гіпертензія

_____

(який тип, в кого з родичів)

Спадкові хвороби

_____

(який тип, в кого з родичів)

_____

Вроджені вади

_____

(який тип, в кого з родичів)

_____

Інше _____

(який тип, в кого з родичів)

_____

8. Туберкульоз в родині

_____

(яка форма, в кого з родичів)

8.1 Результат останнього флюорографічного/рентгенологічного дослідження, дата _____

9. Шкідливі умови праці

_____

(які саме) _____

10. Постійне лікування

_____

(ліки,що приймає постійно, який контроль лікування)

_____

_____

11. Інформація про проведену вакцинацію

_____

_____

12. Інша важлива медична інформація

_____

_____

«___» _____ 20___ р. (дата заповнення)

Лікар (терапевт, лікар ЗПСМ)

_____

(підпис, П.І.П., особиста печатка, контактний телефон лікаря)

Додаток 20
до Нормативів організації акушерсько-
гінекологічної допомоги
(п.5, підрозділ Б, розділ IV)

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЛІКАРЮ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

ПАТОЛОГІЧНІ СТАНИ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ КОНСУЛЬТАЦІЇ АКУШЕРА- ГІНЕКОЛОГА:

- виявлення високого розрахованого ризику хромосомних анеуплоїдій або вроджених вад розвитку плода при комбінованому скринінгу або УЗД 1 або 2 триместру;
- анемія середнього і тяжкого ступеня (гемоглобін менше 100 г/л);
- загрожуючий аборт без кров'янистих виділень зі статевих шляхів;
- загрожуючий аборт після стаціонарного лікування;
- затримка росту плода (без ознак дистресу плода);
- гестаційні набряки і гестаційна протеїнурія без наявності артеріальної гіпертензії;
- вагітні з резус-негативним фактором крові, особливо при відмові від введення анти-Д-резус глобуліну

СТАНИ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ НЕВІДКЛАДНОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ АКУШЕРА-ГІНЕКОЛОГА У І ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ

- Затримка менструації при позитивному тесті на вагітність і відсутності візуалізації плідного яйця на УЗД органів малого тазу
- Періодичний тягнучий або ниючий біль внизу живота
- Виявлення при УЗД ділянок відшарування хоріону, нечітка візуалізація ембріону без кров'янистих виділень
- Блювання вагітних середнього та тяжкого ступеня з кетонурією

СТАНИ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ НЕВІДКЛАДНОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ АКУШЕРА-ГІНЕКОЛОГА У ІІ ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ

- Періодичний тягнучий або ниючий біль внизу живота
- Зміна характеру виділень із піхви – надмірні водянисті виділення
- Невідповідність висоти стояння дна матки за гравідограмою гестаційному терміну (переважання або відставання)
- Зміни частоти серцевих скорочень плода при аускультації – більше 170 уд/хв або менше 110 уд/хв
- Виявлення **АНТИЕРИТРОЦИТАРНИХ АНТИТІЛ** у крові або УЗД-ознак гемолітичної хвороби плода (багатоводдя, подвійний контур голівки, набряк підшкірної клітковини, гепатоспленомегалія)

СТАНИ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ НЕВІДКЛАДНОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ АКУШЕРА-ГІНЕКОЛОГА У ІІІ ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ

- Періодичний тягнучий або ниючий біль внизу живота
- Зміна характеру виділень із піхви - надмірні водянисті виділення
- Невідповідність висоти стояння дна матки за гравідограмою гестаційному терміну (переважання або відставання)
- Зміни частоти серцевих скорочень плода при аускультації – більше 170 уд/хв або менше 110 і уд/хв.
- Зміни характеру рухів плода за суб'єктивними відчуттями вагітної (хаотичні рухи, що тривають більше 30 секунд і виникають частіше 4 раз протягом 1 години; менше ніж 10 рухів за 10 годин)
- Виявлення Rh-антитіл у крові або УЗД-ознак гемолітичної хвороби плода (багатоводдя, подвійний контур голівки, набряк підшкірної клітковини, гепатоспленомегалія)
- Головний біль при поєднанні з підвищенням АТ >140/90 мм рт. ст.
- Наявність ознак внутрішньопечінкового холестазу вагітних - значний свербіж шкіри, максимально виражений на долонях, ступнях, животі, без наявності висипань, особливо вночі
- Термін вагітності 41 тиждень при відмові від госпіталізації у акушерський стаціонар

ПОКАЗАННЯ ДО НЕГАЙНОЇ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ

–кров'янисті виділення зі статевих шляхів;
- приступи переймоподібного болю або регулярний переймоподібний біль унизу живота;
– передчасний розрив плодових оболонок;
– підвищення температури тіла вище 38 оС;
– неконтрольована тяжка гіпертензія, гіпертензивний криз;
– поява ознак тяжкої прееклампсії:
- діастолічний АТ >110 мм рт.ст.;
- сильний головний біль;

– порушення зору;
– біль у епігастральній ділянці або правому підребер'ї;
– ознаки печінкової недостатності;
– олігурія (< 25 мл/годину або < 500 мл/добу);
– тромбоцитопенія (< $100 \cdot 10^9$/л);
– дистрес плода, антенатальна загибель плода;
– наявність гострої хірургічної патології або ознак гострого живота;
– будь- які стани, що супроводжуються порушенням життєво важливих функцій.

Додаток 21
до Нормативів організації акушерсько-
гінекологічної допомоги
(пп. 5.2. п.5, підрозділ Б, розділ IV)

Протокол пренатального консиліуму №__
Дата_____
ЛПЗ_____
П.І.П.вагітної_____
Дата народження_____
Адреса_____
Термін вагітності _____ тижн.
Склад комісії:акушер-гінеколог_____
Генетик_____
Профільні фахівці(відповіднодо виявленої
патології)_____
_____
_____
Пренатально встановлений діагноз
_____
_____
Код МКХ-10 _____
Переривання вагітності за медичними показаннями рекомендовано\ ні
Відмова вагітної від переривання
(причина)_____
_____
_____
Поінформована відмова _____
П.І.П. (підпис вагітної)
Рекомендації_____
_____
Місце проведення пологів, рекомендоване на
консіліумі:_____
(підписи)

Перелік вітальних вад плода, при яких можлива корекція за допомогою внутрішньоматкових втручань

Вади центральної нервової системи:

Дефект закриття невральної трубки (spina bifida) : meningocele, myelomeningocele;

Критерії відбору для пропозиції жінці внутрішньоматкової корекції *spina bifida*:

- вік вагітної не менше 18 років,
- гестаційний строк – $19^{0/7}$-$25^{6/7}$тиж.;
- нормальний каріотип;
- рівень ураження S1 і вище (попереково-куприковий відділ хребта),
- підтвердження мальформації Арнольда Кіарі II типу;
- індекс маси тіла >25.

Внутрішня гідроцефалія – гестаційний строк проведення корекції (внутрішньоматкове шунтування шлуночків мозку) - до 34 тиж.

Пухлини: тератоми, операції за технологією EXIT (частково поза маткою, частково внутрішньо)

Вади розвитку діафрагми: вроджена діафрагмальна кила – корекція можлива за умов ізольованої патології, лівобічного дефекту, легенево/головного співвідношення >I; строк вагітності для фетального оперативного втручання (Fetal Endoscopic Tracheal Occlusion – FETO) – 26-28 тиж.

Вади сечовидільної системи: обструктивна уропатія, гідронефроз II-III ст.

Фето-фетальний трансфузійний синдром при монохоріальній двійні

ВАЖЛИВО! Першочерговою умовою згоди на внутрішньоматкові оперативні втручання є повне розуміння пацієнткою усіх особливостей лікування, готовність дотримуватися повного обсягу необхідних призначень, реабілітації після народження дитини.

ПРЕНАТАЛЬНІ ІНВАЗИВНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ВРОДЖЕНИХ ВАДАХ РОЗВИТКУ ПЛОДА

Вади розвитку плода можуть бути спричинені факторами зовнішнього середовища, вживанням алкоголю, наркотичних засобів, токсичних речовин, спадковими генетичними факторами та хромосомними аномаліями. Для виконання діагностичних та лікувальних заходів виконуються внутрішньоматкові інвазивні втручання.

Пренатальні інвазивні втручання розрізняються за метою дослідження:

- інвазивна пренатальна діагностика спадкової патології плода (визначення каріотипу, мікроструктурних перебудов хромосом, діагностика моногенних захворювань) цитогенетичним, молекулярно-цитогенетичним, імунобіохімічним, молекулярним методом та інш.
    - амніоцентез,
    - біопсія ворсин хоріону
    - кордоцентез
    - біопсія плаценти (у випадку відсутності технічної можливості проведення амніоцентезу)
- проведення діагностичних або лікувальних втручань при патологічному перебігу вагітності або захворюваннях плода

Основні показання до проведення інвазивної пренатальної діагностики спадкової патології плода:

- ризик хромосомної патології плода
    - високий ризик за результатом скринінгу або НІПТ,
    - хромосомні перебудови в каріотипі батьків , в т.ч. мозаїцизм
    - вроджені вади розвитку плода або маркерні стани хромосомних синдромів

- попередні вагітності або народження дитини зі спадковою патологією.
- можливий плодовий мозаїцизм, виявлений при попередньому пренатальному дослідженні

- ризик генетичного стану
  - носійство батьками моногенного синдрому при відомій мутації
  - вроджені вади розвитку плода, що не асоціюються з певною анеуплоідією (ознаки моногенного синдрому або мікроструктурних перебудов)
  - ризик спадкової патології плода за результатами скринінгових методів (НІПТ).

Основні показання до проведення діагностичних або лікувальних втручань при патологічному перебігу вагітності або захворюваннях плода:

- діагностика внутрішньоутробного інфікування.
- діагностика і лікування анемії плода (гемолітична анемія внаслідок імунного конфлікту за антиеритроцитарними антитілами, внутрішньоутробному інфікуванню, постгеморагічні анемі внаслідок плодово-материнської кровотечі)
- діагностика та корекція патології крові плода.
- допомога при ускладненому перебігу багатоплідної вагітності.
  - синдром міжблизнюкового перетікання (синдром фето-фетальної трансфузії) при монохоріальній двійні;
  - синдром анемії-поліцитемії при монохоріальній двійні;
  - синдром зворотної артеріальної перфузії при монохоріальній двійні;
  - селективний фетоцид при дискордантності плодів (селективна затримка росту плода, летальні або сублетальні вади у одного плода з двійні);
- патологія плода при доношеній вагітності, що потребує відновлення прохідності дихальних шляхів або легеневого об'єму перед народженням (операції на відкритій матці при збереженому пуповинному кровоплині - операції EXIT)
- допомога при обструктивних вадах розвитку сечовидільної системи плода
- допомога при об'ємній патології грудної клітини плода, що призводить до критичного зміщення структур середостіння
- пункції плевральної порожнини плода та кістозних утворюваннях легень (однобічний гідроторакс, бронхогенні кісти, кистозно-аденоматозна вада розвитку легень I тип)
- пункції великих кістозних утворів черевної порожнини плода
- балонна оклюзія трахеї плода при діафрагмальній килі
- операції при розщелині хребта (Spina bifida),
- операції при легеневій секвестрації, крижово-куприковій тератомі, хоріоангіомі плаценти
- введення плоду або в амніотичну порожнину лікарських препаратів або розчинів

Перелік вітальних вад плода, при яких можлива корекція за допомогою внутрішньоматкових втручань

- **Фето-фетальний трансфузійний синдром** при монохоріальній двійні
- **Вади центральної нервової системи:**
  - *Дефект закриття невральної трубки (spina bifida)* : meningocele, myelomeningocele;

  Критерії відбору для пропозиції жінці внутрішньоматкової корекції *spina bifida*:
    - вік вагітної не менше 18 років,
    - гестаційний термін – $19^{0/7}$-$25^{6/7}$тиж.;
    - нормальний каріотип;

        - рівень ураження S1 і вище (попереково-куприковий відділ хребта),
        - підтвердження мальформації Арнольда Кіарі II типу;
        - індекс маси тіла < 25.
    - *Внутрішня гідроцефалія* – гестаційний термін проведення корекції (внутрішньоматкове шунтування шлуночків мозку) - до 34 тиж.
- **Пухлини:** тератоми, операції за технологією EXIT (операції на відкритій матці при збереженому пуповинному кровоплині)
- **Вади розвитку діафрагми**: вроджена діафрагмальна кила
  Критерії відбору для пропозиції внутрішньоматкової корекції
    - нормальний каріотип плода
    - ізольована патологія,
    - лівобічний дефект,
    - легенево/головне співвідношення >1;
    - термін вагітності для фетального оперативного втручання (Fetal Endoscopic Tracheal Occlusion – FETO) – 26-28 тиж.
- **Вади сечовидільної системи**: обструктивна уропатія, гідронефроз III ст.

ВАЖЛИВО! Першочерговою умовою згоди на внутрішньоматкові оперативні втручання є нормальний каріотип плода, повне розуміння пацієнткою усіх особливостей лікування, готовність дотримуватися повного обсягу необхідних призначень, реабілітації після народження дитини.

Додаток 22
до Нормативів організації акушерсько-
гінекологічної допомоги
(пп 5.3.п.5, підрозділ Б, розділ IV)

Імунні конфлікти при вагітності

Для користування лікарями акушерами- гінекологами жіночих консультацій та пологових будинків, ЛЗП-СМ, лікарями-терапевтами, іншими медичними працівниками, які надають медичну допомогу вагітним.

Ізоімунізація – одна з клінічних форм імунопатології вагітності, що виникає за умови несумісності організмів матері та плода по різних еритроцитарних антигенах та призводить до тяжких порушень стану плода і новонародженого. Відомо понад 300 еритроцитарних антигенів, більшість з яких включена у 36 систем групи крові (АВ0, Rh, Kell, Duffy та інші). Описані випадки тяжких гемолітичних хвороб плода та/або новонародженого за 43 антигенами, основними з яких є антигени за системами Резус (RhD та Rhc) та Kell.

Найчастіше зустрічається:

- Ізоімунізація по системі Резус,
- Ізоімунізація по АВО- системі

Rh-алоімунізація – гуморальна відповідь на еритроцитарні антигени плода системи Резус, включаючи D, c, E, C, e (кодуються двома генами RHD та RHCE), з проникненням антитіл, що утворюються ,через плаценту, що викликає екстраваскулярний гемоліз (опсонізація еритроцитів плода антитілами жінки і фагоцитоз еритроцитів) і анемію, і призводить до еритробластозу плода.

АВО- конфлікт розвивається за умови існування несумісного поєднання груп крові матері і плода та при наявності у матері Ат до еритроцитів групи крові плода. У випадку імунного конфлікту по АВО- системі у крові матері з'являються аглютиніни та гемолізини. Анти-А та анти-В антитіла можуть виникати «природньо» у відповідь на антигени мікрофлори шлунково-кишкового тракту протягом життя і не обов'язково є результатом взаємодії з еритроцитами, відмінними за цими антигенами.

Імунізація по системі АВО може бути причиною гемолітичної хвороби новонародженого від субклінічної до легкої форми, але вона рідко викликає тяжкий еритробластоз чи внутрішньоутробну загибель плода і має значно менший ризик у порівнянні з Rh-несумісністю. При несумісності по АВО системі еритроцити плода, потрапляючи в організм вагітної , швидко руйнуються , тому антитіла не встигають синтезуватись.

Фактори ризику ізоімунізації:

- Штучний аборт в анамнезі
- Самовільний аборт в анамнезі
- Звичне невиношування
- Антенатальна загибель плода в анамнезі
- Вагітність доношеного терміну до розродження
- Переливання препаратів крові в анамнезі
- Позаматкова вагітність в анамнезі
- Пологи при АВО- або Rh-несумісності в анамнезі або під час даної вагітності
- Відсутність специфічної профілактики RhD-конфлікту після завершення попередньої вагітності
- Наявність Rh- конфлікту при попередніх вагітностях
- Кровотечі впродовж попередніх або під час даної вагітності (відшарування плаценти).

- Травми живота впродовж попередніх або під час даної вагітності
- Оперативні втручання (ручне відділення плаценти, кесарів розтин) під час даної вагітності або в анамнезі
- Інвазивні втручання (біопсія хоріона/плаценти, амніоцентез, кордоцентез) під час даної вагітності або в анамнезі
- Вірусна інфекція (герпетична, цитомегаловірусна).

Ведення вагітної

Положення	**Необхідні дії**
Діагностика	**1. Основні методи:** 1.Ретельний збір анамнезу 2.Визначення групи крові (АВ0), резус (RhD) приналежності вагітної (III-C) 3. Скринінг на антиеритроцитарні антитіла у крові вагітної під час І-го візиту при кожній вагітності всім вагітним, незалежно від RhD-статусу. При відсутності антитіл, скринінг на антиеритроцитарні антитіла повторюється в 28 тиж. Під час скринінгу перевагу потрібно віддавати більш чутливому гелієвому тесту. 4. У разі виявлення антитіл проводиться їх обов'язкова ідентифікація для оцінки клінічного значення при даній вагітності, застосовуючи серологічне тестування сироватки з стандартними еритроцитами з відомим фенотипом. 5. У вагітних з ізоімунізацією до резус-фактора (RhD) з титром антитіл до 1:16/32 проводять повторні визначення антиеритроцитарних антитіл • до 28 тижнів вагітності 1 раз на місяць; • після 28 тижнів 2 рази на місяць; При титрі антитіл більше ніж 1: 32 або при рості антитіл, повторні визначення проводять 1 раз на 2 тижні. 6. Вагітні з клінічно-значущою ізоімунізацією потребують обов'язкового визначення пікової систолічної швидкості в середньо-мозковій артерії плода під час кожного УЗД, починаючи з 18-20 т: • до 32 тижнів вагітності 1 раз на місяць; • після 32 тижнів 2 рази на місяць; • при виявленні змін (підвищення показника пікової швидкості в СМА, ріст титру антитіл) обстеження проводиться 1-2 рази в тиждень (I-B) • при появі ознак ураження плода кожні 1-3 дні до розродження (визначається індивідуально). **2. Додаткові методи (при виявленні у вагітної антитіл, що мають клінічне значення):** • визначення фенотипу еритроцитів батьків • зиготність батька за RHD • визначення RhD-статусу плода (неінвазивне дослідження вільної фетальної ДНК або амніоцентез) **3. Інвазивні методи діагностики анемії плода** • кордоцентез з визначенням крові (АВ0), резус-фактора (RhD), гемоглобіну та гематокриту плода (за наявності інформованої згоди пацієнта).
Тактика ведення	1. Спостереження за вагітними з ізоімунним конфліктом проводиться на II рівні надання медичної допомоги.

	2. Вагітні з клінічно-значущими антитілами та високим ризиком розвитку важкої анемії та імунної водянки плода мають бути скеровані на консультацію на ІІІ рівень надання медичної допомоги до спеціалізованих центрів, що мають підготовлених фахівців та відповідне матеріально-технічне оснащення. 3. Ознаки високого ризику розвитку важкої анемії та імунної водянки плода: • Ізоімунізація з наявністю титру клінічно-значущих антиеритроцитарних антитіл більше ніж 1:16/32 • Наявність антитіл до системи Kell (не зважаючи на титр) • Швидкий приріст титру антитіл (більше ніж 2 стандартні розведення) за 2 тижні. • Показник пікової систолічної швидкості в середньо-мозковій артерії плода під час УЗД більше ніж 1,4 МоМ 4. Вагітні з клінічно-значущими антитілами та ознаками важкої анемії або імунної водянки плода госпіталізуються в установи ІІІ рівня надання медичної допомоги з наявними відповідним матеріально-технічним оснащеням та підготовленими фахівцями для діагностичного кордоцентезу з подальшим внутрішньоутробним переливанням еритроцитів плоду або розродженням (в залежності від терміну гестації та клінічної ситуації)
Лікування	**Умови для пролонгування вагітності (**у будь-якому терміні**):** • Нормальні рухи плода • БПП понад 6 балів • STV понад 4,0 • Відсутність ознак порушеного стану плода при допплерометрії (відсутність реверсного кровоплину в венозній протоці, наявність кінцево-діастолічного кровоплину в артерії пуповини, нормальні показники церебро-плацентарного співвідношення) • відсутність водянки плода • збереження пікової систолічної швидкості в середньо-мозковій артерії плода менше за 1,5 МоМ **До 32-34 тижня золотим стандартом лікування є внутрішньоутробне переливання відмитих еритроцитів(I-B).** **Переливання проводиться за результатами кордоцентезу:** при зниженні гемоглобіну менше 80-100 г/л або гематокриті плода < 30%. За відсутності анемії середнього/важкого ступенів потреби у внутрішньоутробному переливанні еритроцитів немає.
Госпіталізація	1. Ускладнення перебігу вагітності. 2. Погіршення перебігу резус-ізоімунізації (УЗ-ознаки важкої анемії або імунної водянки плода, ураження плода або плаценти). 3. Необхідність в інвазивній діагностиці та/або внутрішньоутробному переливанні еритроцитів.
Розродження	Показання до дострокового розродження при Rh-конфлікті: • ПСШ кровоплину в середній мозковій артерії перевищує 1,55 МоМ (в терміні гестації більше 35 тиж.), • водянка плода (УЗ ознаки ГХ плода); • дистрес плода.

	• Ознаки анемії плода середнього або важкого ступеня та мертвонародження або народження дітей з важкою гемолітичною хворобою в анамнезі *У терміні 32-34 тижні слід оцінити супутні фактори та зважити ризики від розродження чи ВПК.* Питання дострокового розродження та спосіб вирішується в перинатальному консиліумі, за участі зав.від інтенсивної терапії новонароджених
Профілактика	На сьогоднішній момент проводиться профілактика лише RhD-ізоімунізації. • Anti-D Ig 300 мг (1500 МО) має бути призначений RhD-негативним несенсибілізованим жінкам у терміні 28 тижнів гестації, коли тип крові плода є невідомим або позитивним (I-B) • Після випадкової трансфузії RhD – позитивної крові Rh-негативній жінці (1 доза- 300мкг) • Після переливання тромбоцитарної маси (1 доза- 300 мкг) • Anti-D Ig у дозі 300 мг (1500 м.о.) в/м або в/в має бути призначений протягом 72 годин після пологів у несенсибілізованої RhD -негативної жінки, що народила RhD-позитивну дитину (I-B). Якщо жінка не отримала профілактику протягом 72 год , її слід провести якомога швидше (до 7-9 днів) III-B • Додаткова доза має бути призначена у випадку очікуваної ФМК – кесарів розтин, ПВНРП, ручне відділення плаценти (I-A) • Після епізоду невиношування, аборту, після амніоцентезу чи біопсії хоріону, загрози переривання вагітності, ситуації, що супроводжуються попаданням клітин плода в кровоток матері (ПВНРП, кровотечі неясної етіології, травма матері, плацента, що передлежить з кровотечею), позаматкової вагітності, міхурового занеску протягом перших 12 тижнів гестації, редукції ембріона, операції на плоді, антенатальній загибелі плода RhD-негативна несенсибілізована жінка повинна отримати мінімальну дозу 75 мкг антирезусного Ig. При терміні вагітності більше 12 т. – 300мкг (II-III, B) • Повторне введення анти-Rh(D)імуноглобуліну – у терміні гестації 28-32 т., якщо перше введення було до 13 т., якщо перше введення відбулось пізніше, то повторне введення – через 12 т. • Жінки зі слабким антигеном RhD , раніше також відомий як Du-позитивний тип, повинні отримувати профілактику anti-D-IgG, за схемою RhD-негативних жінок. • Введення препарату анти-Rh(D) імуноглобуліну потребує вербальної та письмової згоди (III-C) <u>Профілактика Rh- імунізації під час пологів:</u> Відразу після народження дитини пуповину перетискають та відтинають з метою уникнення попадання Rh-Ат у кровоток немовляти, плацентарний кінець пуповини не перетискають (для зниження ризику та об'єму фетоматеринської трансфузії). При кесаревому розтині плаценту рукою не відокремлюють.

Додаток 23
до Нормативів організації акушерсько-гінекологічної допомоги
(пп. 5.4. п.5, підрозділ Б, розділ IV)

ТРОМБОЦИТОПЕНІЯ ТА ТРОМБОЦИТОЗ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Динамічні зміни рівня тромбоцитів під час вагітності

Показник	Характер ка виборки	П	8	12	18	22	28	32	37	П
Тромбоц 10^9/л	Медіана	23	22	22	23	24	23	225	220	23
	Нижня	14	13	14	13	11	11	114	**109**	13
	Верхня	37	**38**	33	34	37	35	356	343	34

Тромбоцитопенія визначається як зниження тромбоцитів нижче $\underline{150x10^9/л.}$

Кількість тромбоцитів < **$100x10^9/л$** є визначенням тромбоцитопенії, адаптованим ***International Working Group*** та спостерігається у 1 % вагітних.

Псевдотромбоцитопенія

аглютинація тромбоцитів в пробірці із ЕДТА;

сателізм;

псевдодіагностика на автоматичному аналізаторі.

Причини тромбоцитопенії під час вагітності:

Специфічні для вагітності:

Ізольована тромбоцитопенія:

- Гестаційна тромбоцитопенія (70-80%)

Тромбоцитопенія, асоційована із системними порушеннями:

- Прееклампсія (15-20%)
- HELLP синдром (менше 1%)
- Гострий жировий гепатоз печінки (менше 1%)

Не специфічні для вагітності

Ізольована тромбоцитопенія:

- Первинна імунна тромбоцитопенія – ІТП (1-4%)
- Вторинна ІТП (в результаті деяких інфекцій (ВІЛ, вірусний гепатит С, H. pylori) та інших аутоімунних порушень (таких як СЧВ)
- Медикаментозно індукована тромбоцитопенія (менше 1%)
- Тип IIв хвороби Вілебранда (менше 1%)
- Вроджена (менше 1%)

Тромбоцитопенія, асоційована із системними порушеннями:

- *Антифосфоліпідний синдром*
- Порушення кісткового мозку
- Недостатність харчування
- Секвестрація в селезінці (захворювання печінки, тромбоз портальної вени, хвороби накопичення, менше 1%)

Гестаційна тромбоцитопенія

- інші гематологічні та біохімічні показники звичайно залишаються в межах норми;
- **причини:** механізми розвитку невідомі, але постулюється гемодилюція та прискорений кліренс тромбоцитів, а також підвищений захват та розпад тромбоцитів в

плаценті;

- звичайно має безсимптомний перебіг та в анамнезі пацієнки не мають тромбоцитопенії, окрім тромбоцитопенії під час попередньої вагітності;
- ускладнення у вигляді геморагічного діатезу зустрічаються у 10% вагітних із гестаційною тромбоцитопенією

Імунна тромбоцитопенія (ІТП)

- В 2008 році міжнародним консенсусом з діагностики та лікування ІТП *ідіопатичну тромбоцитопенічну пурпуру* та *хворобу Верльгофа* було запропоновано називати **первинною імунною тромбоцитопенією**;
- характеризується ізольованою тромбоцитопенією менше $100x10^9$/л, супроводжується геморагічним синдромом петехіально-плямистого типу різного ступеня вираженості;
- механізми розвитку: аутоімунні, система Т-клітин, дезрегуляція тромбопоетину

Ступені тяжкості:

а) гестаційної тромбоцитопенії

Ступінь	**Кількість тромбоцитів**
Легкий	$100\text{-}150x10^9$/л
Середній	$50\text{-}100x10^9$/л
Тяжкий	менше $50x10^9$/л

б) імунної тромбоцитопенії

Ступінь	**Кількість тромбоцитів**	**Імовірність кровотеч**
Легкий	$50\text{-}140x10^9$/л	низька
Середній	$25\text{-}50x10^9$/л	висока при травмах та оперативних втручаннях
Тяжкий	менше $25x10^9$/л	висока
Дуже тяжкий	менше $10x10^9$/л	дуже висока

Ведення вагітності у жінок із тромбоцитопенією:

- Спостереження сумісно акушером-гінекологом та гематологом.
- **Кількість тромбоцитів 70–150 $x10^9$/л зустрічається у 70-80% випадків тромбоцитопеній під час вагітності, спеціального лікування не потребує. Кількість тромбоцитів <$70x10^9$ /л вимагає подальшого з'ясування альтернативної етіології розвитку тромбоцитопенії.**
- Частота динамічного спостереження визначається клінічним станом – при підозрі на гестаційну тромбоцитопенію – **1 раз на місяць моніторинг показників**;
- Жінки без геморагічних проявів та кількістю тромбоцитів ≥$30x10^9$/л не потребують лікування до 36 тижнів вагітності.
- Госпіталізація у 36 тижнів або за наявності вираженого геморагічного синдрому.

Лікування гестаційної тромбоцитопенії

Перша лінія терапії:

пероральні кортикостероїди – преднізолон від 0,25 мг/кг до 1 мг/кг щодня (рівень доказовості С);

Ig (внутрішньовенні імуноглобуліни G) 1000 мг/кг 1-2 дні (рівень доказовості С).

Друга лінія терапії (при рефрактерних тромбоцитопеніях):

комбінування пероральних кортикостероїдів та IVIg *(рівень доказовості С);*

спленектомія – при вагітності не застосовується *(рівень доказовості С).*

Третя лінія терапії (у разі призначення гематологом):

анти-D-імуноглобулін *(рівень доказовості С);*

азатіоприн *(рівень доказовості С);*

ритуксимаб *(рівень доказовості С).*

Розродження

- **За умови нормокоагуляції розродження проводять у ЗОЗ ІІ-ІІІ рівня надання медичної допомоги, пологи ведуть через природні пологові шляхи, кесарів розтин проводять у разі наявності акушерських показань.**
- При рівні тромбоцитів **50-150х10^9/л** та нормокоагуляції пологи ведуться згідно акушерської ситуації.
- При рівні тромбоцитів **50-150х10^9/л** та гіпокоагуляції проводиться компонентна терапія (свіжозаморожена плазма).
- При рівні тромбоцитів **<50х10^9/л** та нормокоагуляції проводиться переливання тромбоконцентрату/тромбомаси у поєднанні з Ig (до 1000 мг/кг).
- При рівні тромбоцитів **<50х10^9/л** та гіпокоагуляції проводиться компонентна терапія (свіжозаморожена плазма) у поєднанні з інфузією тромбоконцентрату з додаванням IVIg (до 1000 мг/кг).
- *Профілактика кровотечі проводиться згідно клінічного протоколу «Акушерські кровотечі».*
- *Можливе застосування регіональної анестезії, при кількості тромбоцитів ≥ 80х10^9/л.*

Ведення післяпологового періоду

Тромбопрофілактика (за необхідності), контроль параметрів гемостазу на 5-7 добу післяпологового періоду та 42-50 добу післяпологового періоду, консультація гематолога проводиться у разі відсутності приросту тромбоцитів через 6 тижнів після пологів.

Наслідки гестаційної тромбоцитопенії для новонароджених

- Ризик розвитку тромбоцитопенії у новонароджених від матерів із гестаційною тромбоцитопенією складає 4% та відповідає частоті тромбоцитопеній у новонароджених від матерів із нормальною кількістю тромбоцитів;
- В проспективному дослідженні зразків пуповинної крові у жінок із тромбоцитопенією 21% новонароджених мав низьку кількість тромбоцитів (58-144 К) (сепсису не було в жодного новонародженого), та вони не потребували лікування*;
- Рекомендовано кожному новонародженому від матері із тромбоцитопенією (навіть у випадку підтвердженої гестаційної тромбоцитопенії) визначати кількість тромбоцитів в зразку пуповинної крові.

Інфузія донорських тромбоцитів при аутоімунних тромбоцитопеніях

-Знищення аутоімунними антитілами тромбоцитів донора

-Активація аутоімунного захворювання

Введення донорських тромбоцитів при кровотечах, що загрожують життю:

- Рівні тромбоцитів на момент початку пологів менше 10х10^9/л;
- Необхідності проведення кесаревого розтину і рівні тромбоцитів менше 50х10^9/л
- Альтернатива – використання парентерального рекомбінантного тромбопоетину

Тромбоцитоз

Тромбоцитоз визначається як підвищення тромбоцитів вище 500х10^9/л.

Визначається при: *стимуляції системної відповіді в гострій фазі інтерлейкін-6 підвищує вироблення кістковим мозком тромбоцитів, при гострій крововтраті,* есенціальному тромбоцитозі, хронічній мієлоїдній лейкемії, еритремії, сублейкемічному мієлозі, злоякісних новоутвореннях, після спленектомії (до 2 місяців) та інших оперативних втручань (до 2 тижнів), при гемолітичному кризі.

Патофізіологія та клінічні прояви тромбоцитозу під час вагітності

- Переважна більшість жінки до 40 років.

- Вагітні із тромбоцитозом мають більш високий ризик тромботичних та акушерських ускладнень: спонтанний викидень 25-50%, передчасні пологи, прееклампсія, плацентарна дисфункція, антенатальна загибель плода, низька маса новонародженого, післяпологова кровотеча, ускладнення, що співставляються як при інших тромбофілічних станах, наприклад, антифосфоліпідному синдромі, ризик тромбозів в допологовому періоді 1,3% (в популяції 0,1%) і післяпологовому періоді 3% (в популяції 0,05%);
- жінки, яким необхідне зниження рівнів тромбоцитів можуть отримувати інтерферон а, однак дані щодо профілю безпеки відсутні.

Вплив антитромботичної терапії на результати вагітності при тромбоцитозі

Ацетилсаліцилова кислота

- покращує прогноз імовірно за рахунок зниження частоти інфарктів плаценти – підвищення живонароджуваності за рахунок зниження частоти порушень плацентарного кровоплину, мимовільного викидня (від 75% до 21%);
- мало даних щодо використання інших дезагрегантів при тромбоцитозі та вагітності;
- аспірин протипоказаний при збільшенні рівня тромбоцитів вище $1000x10^9$/л в результаті ризику виникнення набутого синдрома Вілебранда;
- відміна за 10-14 днів до запланованих пологів та відновлення після пологів.

НМГ

- **при високому ризику тромботичних** ускладнень, або коли використання аспірину протипоказане - під час всієї вагітності;
- **при низькому ризику тромботичних ускладнень** розпочинати в профілактичній дозі за 2 тижні до розродження;
- рекомендована відміна за 12 годин до розродження, відновлення після пологів протягом доби та призначення не менше 6 тижнів

Циторедуктивна терапія на фоні вагітності та пологів при тромбоцитозі

- Терапія препаратами інтерферона у випадку зростання рівня тромбоцитів вище $1000x10^9$/л;
- дозволений FDA для прийому під час вагітності (категорія С);
- описані випадки розвитку червоного вовчака у плода, а також при тромбоцитопенії;
- при наявності показань рекомендований для використання під час вагітності.

Додаток 24
до Нормативів організації акушерсько-гінекологічної допомоги
(пп 5.5 п.5, підрозділ Б, розділ IV)

ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ У ВАГІТНИХ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ СПІЛЬНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ АКУШЕРА-ГІНЕКОЛОГА І ПРОФІЛЬНОГО ФАХІВЦЯ

Шифр МКХ-10	Діагноз
Інфекційні та паразитарні хвороби	
A15 - A19	Туберкульоз
A50 - A52	Сифіліс
B18	Хронічний вірусний гепатит
B20 - B24	Хвороба, спричинена ВІЛ
Злоякісні новоутворення	
C00 - C97	Злоякісні новоутворення будь-якої локалізації
Хвороби крові та кровотворних органів	
D55 - D59	Гемолітичні анемії
D60, D61	Апластичні анемії
D65 - D69	Геморагічні стани
D75.0, D75.1	Поліцитемія
D75.2	Тромбоцитоз
D86	Саркоідоз
Хвороби ендокринної системи, порушення обміну речовин	
E00 - E07	Хвороби щитовидної залози
E10 - E14	Цукровий діабет
E20 - E35	Порушення інших ендокринних залоз
E70 - E90	Порушення обміну речовин
Розлади психіки та поведінки	
F01	Судинна деменція
F03	Не уточнена деменція
F04	Органічний амнестичний синдром, не спричинений алкоголем чи іншими психоактивними речовинами
F06	Інші психічні розлади внаслідок ураження чи дисфункції головного мозку або внаслідок соматичної хвороби

F07	Розлади особистості та поведінки внаслідок хвороби, ушкодження та дисфункції головного мозку
F09	Не уточнений органічний або симптоматичний психічний розлад
F10 - F19	Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин
F20	Шизофренія
F22	Хронічні маячні розлади
F25	Шизоафективні розлади
F28	Інші неорганічні психотичні розлади
F29	Неорганічний психоз, неуточнений
F60 - F69	Розлади особистості та поведінки у зрілому віці
F70 - F79	Розумова відсталість
Хвороби нервової системи	
G00 - G99	Хронічні захворювання центральної та периферичної нервової системи
Хвороби системи кровообігу	
I05 - I08	Вади мітрального, аортального, тристулкового клапанів
I34 - I36	Гіпертензивна (гіпертонічна) хвороба
I10 - I13	Вторинна гіпертензія
I25	Хронічна ішемічна хвороба серця
I27.0	Ідіопатична легенева гіпертензія
I27.1	Кіфосколіотична хвороба серця
I27.9	Легеневе серце (хронічне)
I31	Хвороби перикарда
I42.0	Дилатаційна кардіоміопатія
I42.1	Обструктивна гіпертрофічна кардіоміопатія
I42.3 - I42.9	Кардіоміопатія
I50	Серцева недостатність
I71	Аневризма та розшарування аорти
Q20 - Q28	Вроджені вади розвитку системи кровообігу
Хвороби органів дихання	
J43	Емфізема
J44	Хронічне обструктивне захворювання легень

J60 - J70	Хвороби легень, спричинені зовнішніми агентами
J84	Хронічні інтерстиціальні легеневі хвороби
J96.1	Хронічна дихальна недостатність
J98.4	Кістозна хвороба легень
J98.5	Хвороби середостіння
J98.6	Хвороби діафрагми
Хвороби органів травлення	
K22.2	Непрохідність стравоходу
K31.5	Непрохідність 12-палої кишки
K50	Хвороба Крона
K51	Виразковий коліт
K57	Дивертикулярна хвороба кишечнику
K70	Алкогольна хвороба печінки
K72.1	Хронічна печінкова недостатність
K73.2	Хронічний активний гепатит
K74	Фіброз і цироз печінки
K76.6	Портальна гіпертензія
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	
M30	Вузликовий періартеріїт та споріднені стани
M31	Інші некротизуючі васкулопатії
M32	Системний червоний вовчак
M33	Дерматополіміозит
M34	Системна склеродермія
M35	Інші системні ураження сполучної тканини
M40	Кіфоз
M41	Сколіоз
Хвороби сечостатевої системи	
N00 - N08	Гломерулярні хвороби
N10 - N16	Тубулоінтерстиціальні хвороби нирок
N18	Хронічна ниркова недостатність
N20 - N23	Сечокам'яна хвороба

N25 - N39	Інші хвороби сечовидільної системи

Примітка. Постійного спільного спостереження акушера-гінеколога та профільного фахівця потребують жінки з іншими хронічними захворюваннями, які не увійшли до вище наведеного переліку, якщо вагітність може обтяжити перебіг цих захворювань, спричинити ускладнення, зумовити загрозу здоров'ю жінки.

Додаток 25
до Нормативів організації акушерсько-
гінекологічної допомоги
(пп. 5.6. п.5, підрозділ Б, розділ IV)

Передчасний розрив плодових оболонок при недоношеній вагітності

Діагностика

- Вивчити анамнез та уточнити час вилиття/початку підтікання навколоплодових вод
- Провести клінічну оцінку (пульс, АТ, температура, зовнішнє акушерське обстеження, лабораторне обстеження, аускультація СБ плода + запис кардіотокограми+УЗД плода)
- **За відсутності пологової діяльності, що підтверджена записом токограми, ПАЛЬЦЕВЕ ВАГІНАЛЬНЕ ОБСТЕЖЕННЯ НЕ ПРОВОДИТИ, оскільки це може збільшувати ризик інфікування (хоріонамніоніт, післяпологовий ендометрит)**
- Провести огляд шийки у стерильних дзеркалах:
  - Візуалізувати наявність амніотичної рідини у піхві або підтікання амніотичної рідини із цервікального каналу
  - Візуалізувати довжину та розкриття шийки матки
  - Виключити випадіння пуповини

У разі сумнівів щодо підтікання навколоподових вод провести експрес-тестування за допомогою тесту ACTIM PROM відповідно до інструкції виробника.

У разі неможливості підтвердити діагноз та/або у випадку повторних звернень пацієнтки з відповідними скаргами, може бути рекомендований УЗД-моніторинг об'єму амніотичної рідини в динаміці.

Підтверджений ПРПО в терміні 22^{+0} – 36^{+6} тижнів є абсолютним показом для видалення акушерського песарію/шва на шийці матки.

- Вивчити анамнез та уточнити час вилиття/початку підтікання навколоплодових вод
- Провести клінічну оцінку (пульс, АТ, температура, зовнішнє акушерське обстеження, лабораторне обстеження, аускультація СБ плода + запис кардіотокограми+УЗД плода)
- **За відсутності пологової діяльності, що підтверджена записом токограми, ПАЛЬЦЕВЕ ВАГІНАЛЬНЕ ОБСТЕЖЕННЯ НЕ ПРОВОДИТИ, оскільки це може збільшувати ризик інфікування (хоріонамніоніт, післяпологовий ендометрит)**
- Провести огляд шийки у стерильних дзеркалах:
  - Візуалізувати наявність амніотичної рідини у піхві або підтікання амніотичної рідини із цервікального каналу
  - Візуалізувати довжину та розкриття шийки матки
  - Виключити випадіння пуповини

У разі сумнівів щодо підтікання навколоподових вод провести експрес-тестування за допомогою тесту ACTIM PROM відповідно до інструкції виробника.

У разі неможливості підтвердити діагноз та/або у випадку повторних звернень пацієнтки з відповідними скаргами, може бути рекомендований УЗД-моніторинг об'єму амніотичної рідини в динаміці.

Підтверджений ПРПО в терміні 22^{+0} – 36^{+6} тижнів є абсолютним показанням для видалення акушерського песарію/шва на шийці матки.

Первинна оцінка стану плода у разі ПРПО передбачає **обов'язковий** запис КТГ (термін ≥28 тижнів) впродовж щонайменше 15 хвилин або КТГ-STV до дотримання критеріїв Доуза-Редмана (термін ≥26 тижнів), а також проведення УЗД плода з оцінкою маточно-плацентарного та плодово-плацентарного кровотоку, а також плодової гемодинаміки (СМА, ДВ)

Вибір тактики ведення:

- Очікувальна тактика рекомендована:
  - В терміні 22^{+0} – (36^{+6}) тижнів
  - Задовільний стан вагітної
  - Задовільний стан плода
  - Відсутність ознак хоріонамніоніту
  - Прозорі навколоплодові води
  - Інформована згода пацієнтки
- Активна тактика (індукція пологів або КР) рекомендована:
  - Клініко-лабораторні ознаки хоріонамніоніту у вагітної.
  - Меконіальні/забарвлені кров'ю навколоплодові води.
  - Тяжкі ускладнення вагітності чи екстрагенітальна патологія в стані декомпенсації, за яких пролонгування вагітності становить загрозу для життя жінки та/або плода.

Моніторинг стану вагітної та плода:

- Оцінка ознак інфекції/запалення у вагітної щонайменше кожні 12 годин:
  - Погане самопочуття або симптоми, подібні до грипу
  - Температура у вагітної (37,5 ^{o}C або вище)
  - Поява меконію у амніотичній рідині або води з неприємним запахом
  - Матка болісна при пальпації
  - Тахікардія у вагітної (більше 100 уд/хв)
  - Тахікардія у плода (більше 160 уд/хв)
- Вимірювання АТ – 2 рази на добу
- Розгорнутий аналіз крові та СРБ – при поступленні/відходженні н/вод, а потім кожні 72 години
- Загальний аналіз сечі - однократно
- Бакпосів з піхви (під час первинного огляду у дзеркалах)
- КТГ – при поступленні/відходженні н/вод, а потім кожні 12 годин
- УЗД плода однократно (при поступленні/відходженні н/вод), а потім щонайменше 1 раз на тиждень для оцінки маточно-плацентарного та плодово-плацентарного кровотоку, а також плодової гемодинаміки (СМА, ДВ)
  - Оцінка біометричних показників не частіше ніж 1 раз у 2-3 тижні
  - У разі ЗРП плода – УЗ-моніторинг згідно рекомендацій протоколу «Затримка росту плода»

Пальцеве вагінальне обстеження показане лише з початком пологової діяльності, яка підтверджена записом токограми.

Підвищення рівня лейкоцитів в перші 3 доби після ПРПО може бути пов'язане з введенням кортикостероїдів (курс профілактики РДС) і не потребує зміни стандартного антибіотика на препарат широкого спектру або прийняття рішення щодо розродження, за відсутності інших ознак хоріонамніоніту.

Антибактеріальна профілактика:

- Розпочати одразу при підтвердження ПРПО
  З початком пологової діяльності продовжити введення антибіотику до народження дитини з метою профілактики раннього неонатального сепсису (СГВ-інфекція)

Схеми використання антибіотиків
у вагітних з ПРПО в терміні 22^{+0}-36^{+6} тижнів

	Доба лікування									
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
Схема №1	**Еритроміцин** 250 мг кожні 6 годин впродовж 10 діб АБО **Азитроміцин** 1,0 г per os однократно									
Схема №2	**Ампіцилін/Амоксицилін*** 2 г в/в кожні 6 годин впродовж 48 годин		**Амоксицилін* (таб./капс.)** По 250 мг per os кожні 6 годин, 5 діб							
	Еритроміцин 250 мг кожні 6 годин впродовж 7 діб АБО **Азитроміцин** 1,0 г per os однократно									
У випадку алергії на антибіотики пеніцилінового ряду										
Схема №3	**Цефазолін**** 2,0 г в/в, а потім по 1,0 г в/в кожні 8 годин, 7 діб									
У випадку алергії на β-лактамні антибіотики										
Схема №4	**Ванкоміцин** 1,0 г в/в кожні 12 годин, 7 діб									

* Комбінація амоксицилін/клавуланова кислота не рекомендується оскільки супроводжується підвищенням ризику некротизуючого ентероколіту у новонародженого.
** Застосовувати лише цефалоспорини першої генерації. Уникати використання цефолоспоринів другої та третьої генерації з профілактичною метою у випадку ПРПО, залишаючи їх для лікування хоріонамніоніту та для періопераційної антибіотикопрофілактики.

Токолітична терапія:

- Показана на період проведення курсу профілактики РДС плода
- Показана на період транспортування вагітної на третій рівень надання допомоги

Фетальна нейропротекція:

- Показана в терміні до 32 тижнів.
- З початком пологової діяльності розпочати в/в введення сульфату магнію за схемою: доза навантаження 4 г (16 мл 25% розчину) з наступним введенням 1 г/годину до народження дитини.

Ведення пологів та післяпологового періоду:

- Ведення пологів з урахуванням акушерської ситуації та відповідно до чинних клінічних настанов/протоколів
- У післяпологовому періоді необхідність продовження введення антибіотиків, склад антибіотикотерапії та її тривалість слід визначити індивідуально.

Критерії виписки зі стаціонару: стандартні критерії виписки після пологів

Передчасний розрив плодових оболонок при доношеній вагітності

Діагностика

- Вивчити анамнез та уточнити час вилиття/початку підтікання навколоплодових вод
- Провести клінічну оцінку (пульс, АТ, температура, зовнішнє акушерське обстеження, аускультація СБ плода + запис кардіотокограми+УЗД плода)

- **За відсутності пологової діяльності, що підтверджена записом токограми, пальцеве вагінальне обстеження НЕ ПРОВОДИТИ, оскільки це може збільшувати ризик інфікування (хоріонамніоніт, післяпологовий ендометрит)**
- Провести огляд шийки у стерильних дзеркалах:
  - Візуалізувати наявність амніотичної рідини у піхві або підтікання амніотичної рідини із із цервікального каналу
  - Візуалізувати довжину та розкриття шийки матки
  - Виключити випадіння пуповини

У разі сумнівів щодо підтікання навколоподових вод провести експрес-тестування за допомогою тесту ACTIM PROM відповідно до інструкції виробника.

У разі неможливості підтвердити діагноз та/або у випадку повторних звернень пацієнтки з відповідними скаргами, може бути рекомендований УЗД-моніторинг об'єму амніотичної рідини в динаміці.
Первинна оцінка стану плода у разі ПРПО передбачає **обов'язковий** запис КТГ впродовж щонайменше 15 хвилин або КТГ-STV до дотримання критеріїв Доуза-Редмана, а також проведення УЗД плода з оцінкою маточно-плацентарного та плодово-плацентарного кровотоку.

Вибір тактики ведення

- Очікувальна тактика може бути рекомендована:
  - Задовільний стан вагітної
  - Задовільний стан плода
  - Відсутність ознак хоріонамніоніту
  - Прозорі навколоплідні води
  - Вагінальні пологи не протипоказані
  - Інформована згода пацієнтки
- Активна тактика (індукція пологів або КР) рекомендована:
  - Вибір вагітної жінки
  - ПРПО більше 24 годин
  - Головка плода знаходиться високо або не притиснута до входу в малий таз
  - Позитивний аналіз на стрептокок групи В або попередня дитина з СГБ-інфекцією
  - Клініко-лабораторні ознаки інфекції у вагітної
  - Меконіальні/забарвлені кров'ю навколоплодові води
  - Не головне передлежання (розгляньте КР)
  - Протипоказання до вагінальних пологів (КР)

Моніторинг стану вагітної та плода

- Оцінка ознак інфекції/запалення у вагітної кожні 6-8 годин:
  - Погане самопочуття або симптоми, подібні до грипу
  - Температура у вагітної (37,5 ^{o}C або вище)

- Поява меконію у амніотичній рідині або води з неприємним запахом
- Матка болісна при пальпації
- Тахікардія у вагітної (більше 100 уд/хв)
- Тахікардія у плода (більше 160 уд/хв)
- Вимірювання АТ – 2 рази на добу
- Аналіз крові (лейкоцити+формула, СРБ) – однократно при поступленні/відходженні н/вод
- КТГ – при поступленні/відходженні н/вод, а потім кожні 12 годин
- УЗД плода однократно (при поступленні/відходженні н/вод)
- Пальцеве вагінальне обстеження показане лише:
- З початком пологової діяльності, яка підтверджена записом токограми.
- Через 24 години безводного проміжку, якщо спонтанна пологова діяльність відсутня та планується індукція пологів.

Антибактеріальна профілактика

- Розпочати через 18 годин безводного проміжку

Ведення пологів та післяпологового періоду

- Ведення пологів з урахуванням акушерської ситуації та відповідно до чинних клінічних настанов/протоколів
- У післяпологовому періоді необхідність продовження введення антибіотиків, склад антибіотикотерапії та її тривалість слід визначити індивідуально

Критерії виписки зі стаціонару: стандартні критерії виписки для вагінальних пологів

Схема антибактеріальної профілактики при ПРПО в терміні ≥37 тижнів

Пеніцилін G 5 млн. ОД внутрішньовенно, потім 2,5-3,0 млн. ОД внутрішньовенно кожні 4 години до народження дитини.

АБО

Ампіцилін/амоксицилін 2 г в/в кожні 6 годин до народження дитини.

Якщо жінка має алергію на пеніцилін, але має низький ризик анафілаксії: **Цефазолін** 2 г в/в, потім по 1 г в/в кожні 8 годин до народження дитини.

Якщо у жінки алергія на β-лактамні антибіотики та високий ризик анафілаксії: **Кліндаміцин** 900 мг в/в кожні 8 годин до народження дитини або **Ванкоміцин** по 1 г в/в кожні 12 годин до народження дитини.