

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:  
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00554&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.  
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

# Настанова 00554. Допологове консультування та спеціалізована медична допомога: консультації, направлення, настанови з лікування

Автор: Jukka Uotila  
Редактор оригінального тексту: Heidi Alenius  
Дата останнього оновлення: 2017-08-14

## Основні положення

- Ознайомтеся з критеріями направлення, наданими місцевим пологовим будинком.
- У незрозумілих випадках зверніться до відповідного фахівця (лікаря/акушерки) телефоном або письмово.
- Якщо можливо, не допускайте направлення у екстреному порядку та призначте пацієнтці прийом у лікаря. Це забезпечить наявність належного лікарського персоналу та обладнання, а персонал лікарні матиме час для ознайомлення з відповідною документацією, якщо це буде необхідно.
- Дайте екстрене направлення пацієнтці, якщо стан матері чи плоду потребує негайного обстеження або лікування. Проблем з екстреним направленням багато: час очікування в лікарні може бути тривалим, дослідження і лікування можуть проводитися поспіхом, направлення може викликати зайве занепокоєння у пацієнтки і довіра до допологового консультування може бути навіть поставлена під сумнів.
- Див. також [\[Настанова 00555\] Antenatal clinics: care ...](#).

## Направлення до лікаря на стадії попереднього планування вагітності

- Преконцепційна підготовка до вагітності разом із групами фахівців може бути необхідна, якщо пацієнтка має
  - хронічне захворювання, яке класифікується як серйозне або прогноз якого незрозумілий [Настанова 00561 | Системні захворювання пі...]
  - В анамнезі серйозне ускладнення під час попередньої вагітності, характер якого неадекватно оцінювався під час постнатального обстеження
  - сімейний анамнез спадкової хвороби, і вона не знає про частоту маніфестації захворювання або наявність скринінгу.
- Якщо потрібно, пацієнтку запросять відвідати акушерську клініку, клініку генетики чи іншу спеціалізовану клініку. Група лікарів первинної медичної допомоги та лікарня разом будуть складати настанови з лікування.
- Див. також [Настанова 00561 | Системні захворювання пі...].

## Цукровий діабет [доказ D] [доказ C]

- Важливо, щоб цукровий діабет належно контролювався прекоцепційно зачаття, а також на ранньому строку вагітності, щоб зменшити ризик вроджених вад розвитку.
- Мати повинна обговорити плани щодо вагітності зі своїм лікарем. Слід використовувати препарати, застосування яких не заборонено під час вагітності.
- Якщо цукровий діабет пацієнтки має ускладнений перебіг (нефропатія, порушення функції нирок, виражена ретинопатія, коронарна хвороба), слід враховувати додаткові ризики вагітності та за необхідності проводити консультації фахівців.

## Інші хронічні захворювання

- Хвороби, які вимагають оцінки ризику при попередньому плануванні вагітності, включають виражене захворювання серця, тяжку гіпертензію або захворювання нирок, тромбоемболічну хворобу або важку аутоімунну хворобу.
- Обстеження на етапі попереднього планування також можуть бути виправданими для деяких дуже рідкісних захворювань.

## Спадкові хвороби

- Якщо пацієнтка не в повній мірі усвідомлює характер спадкового захворювання або якщо не було проведено дослідження стану носія генетичного дефекту, слід розглянути питання про направлення на медико-генетичне консультування (або до акушера).

## Направлення на ранньому строку вагітності основане на анамнезі

### Хронічні захворювання матері

- Див. також [\[настанова 00561 | Системні захворювання пі...\]](#).
- Строк направлення залежить від тяжкості захворювання та від того, наскільки відомий ступінь/об'єм захворювання, відповідно до настанов лікування та відомого впливу вагітності.
- Діабет 1 або 2 типу
  - Направлення до лікаря-фахівця вже на ранньому строку вагітності.
  - Метою є здійснення належного контролю за даним захворюванням перед зачаттям, а також на ранньому строку вагітності.
- Тромбоемболічна схильність або анамнез венозного тромбозу
  - Згідно з даними лабораторних досліджень, строк і спосіб профілактики тромбозу залежить від наступних факторів: в якій ситуації та місці розташуванні був попередній тромбоз вен, і наскільки тяжкою є тромботична схильність, вроджена вона чи набута.
  - Профілактика тромбозу у хворих з низьким рівнем ризику може здійснюватися первинною медичною допомогою, як це погоджено на місцевому рівні.
- Вроджені або набуті захворювання серця [\[джерело R1\]](#)
  - Захворювання, які погано переносяться під час вагітності, це вади серця з симптомами III-IV класу NYHA, синдром Марфана з дилатацією кореня аорти, синдром Ейзенменгера та інші легеневі гіпертензії.

- Під час вагітності слід контролювати кардіологічний стан, а також функціональну спроможність матері. Складається план пологів і приймається рішення щодо профілактичного лікування, наприклад, антикоагулянтні, протиаритмічні засоби та захисні засоби від ендокардиту.
- Лікуючий акушер повинен знати про вагітність, і зробити відповідне направлення на початковому або середньому строку вагітності.
- Ревматоїдні та колагенові захворювання [джерело|R2]
  - Перебіг захворювання чи його лікування (лікарські засоби) може змінитися у період вагітності.
  - Захворювання може впливати на вагітність, особливо за наявності антифосфоліпідних антитіл.
  - Матір має бути передана під спостереження акушерської бригади на ранньому строку вагітності тільки якщо захворювання не є легким, добре вивченим і безпроблемним.
- Хронічна гіпертензія [настанова|00559]Гестаційна гіпертензія (...)
  - Якщо артеріальна гіпертензія є тяжкою та ускладненою, слід приділити особливу увагу пацієнтці вже на ранньому строку вагітності.
  - При хронічній гіпертензії гарантовані три звичайні антенатальні спостережні візити: на ранньому/середньому строку вагітності, 28–32 тижні та пізньому строку вагітності.
  - Проте, пацієнтка повинна звернутися до акушера, якщо її артеріальний тиск значно зріс або виникли інші ускладнення.
  - Якщо діагноз хронічної гіпертензії не встановлено, але кров'яний тиск помірно підвищений при вимірюваннях на ранньому строку вагітності, ситуацію можна контролювати на первинній медичній допомозі. Якщо рівень артеріального тиску значно збільшується або виявляється протеїнурія, надається направлення до спеціалізованої клініки. Застосування антигіпертензивних препаратів не слід починати у закладах первинної медичної допомоги.
- Хронічне захворювання нирок
  - Добре контрольоване захворювання нирок не потребує більше, ніж регулярні обстеження на ранньому, середньому і пізньому строку вагітності. Потенційні ризики включають розвиток поєднаної преєклампсії, погіршення ниркової хвороби та порушення росту плода.

- **Порушення гемостазу**
  - Найбільш поширеним порушенням гемостазу є хвороба фон Віллебранда. Консультація спеціаліста необхідна для з'ясування тяжкості стану та отримання інформації стосовно пологів.
- **Епілепсія або інше неврологічне захворювання**
  - У зв'язку з підвищеним ризиком виникнення вад розвитку, необхідно проводити точний скринінг аномалій, та складати план лікування під час вагітності та пологів. Введення добавки фолієвої кислоти див. [Настанова 00555 Antenatal clinics: care ...].
- **Хронічні захворювання кишечника**
  - Пацієнтці слід спочатку звернутися до лікуючого лікаря. Якщо захворювання тяжке, симптоматичне або вперше діагностоване, пацієнтку також слід направити до акушера. Під час вагітності може виникнути потреба у тривалому лікуванні. Кишкова хвороба у стані загострення підвищує ризик передчасних пологів.
- **Хвороби легень, напр. лабільна астма**
  - Пацієнтці слід спочатку звернутися до лікуючого лікаря. Під час вагітності мають бути адекватні лікарські засоби для підтримки оптимального функціонування легень.
  - Лікарські засоби від астми не шкідливі для застосування під час вагітності.
- **Лікування злоякісної пухлини**
  - Ультразвукове дослідження повинне проводитися командою фахівців, зокрема, якщо принципи щодо контролю вагітності та пухлини залишаються незрозумілими.
- **Дисфункція щитовидної залози**
  - Легкий гіпотиреоз на ранньому строку вагітності може бути шкідливим для розвитку плода, тому гіпотиреоз на ранньому строку вагітності повинен бути пролікований. Потреба в тироксині збільшується до 25–50 мкг на добу. Дозу збільшують до 25 мкг на день на початку вагітності, а потім відповідно до концентрації ТТГ у сироватці, так щоб вона залишалася нижче 2,5 мОд/л.
  - Нелікований гіпертиреоз може бути небезпечним і для матері, і для плода.
  - За наявності в анамнезі раніше лікованого гіпертиреозу (напр., хвороба Грейвса [Базедова хвороба], що лікується радіоактивним йодом) також гарантує направлення на

моніторинг у спеціалізованій медичній допомозі, якщо концентрація сироваткових антитіл до рецептора ТТГ підвищена.

- Психіатрична хвороба
  - Якщо вагітна мати має важливе психічне захворювання, необхідно застосувати мультидисциплінарний підхід включно з психіатром, лікуючим лікарем та акушером.
  - Ці пацієнтки часто потребують значної уваги/всєбічного сприяння під час вагітності, а зустрічі з акушером можуть бути корисними навіть тоді, коли вагітність розвивається без особливих проблем.
- Хронічні інфекції, див. "Інфекційні захворювання матері" нижче.

### **Аномалія статевих органів і міоми матки**

- Потенційні ризики включають підвищену ймовірність викидня, уповільнення росту плода, передчасних пологів, ускладнення пологів або довготривалих пологів.

### **Попередні вагітності з ускладненнями**

- Пацієнтці слід звернутися до акушера на ранньому строку вагітності, якщо до теперішньої вагітності, попередньо вона мала
  - 3 або більше послідовних викиднів,
  - надто передчасні пологи (до 30 тижнів вагітності)
  - загибель плода або серйозні проблеми розвитку плода
  - ранню та важку прееклампсію.
- Пацієнтці слід звернутися до акушера на більш пізньому строку, що вважається необхідним, якщо у неї в анамнезі є
  - аномальне розродження з проблемними пологами, напр. екстрений кесарів розтин, складна вакуумна екстракція, сильна крововтрата, неналежне знеболювання або проблеми з новонародженим.
  - інші проблеми на пізньому строку вагітності.

### **Підвищений ризик вад розвитку плоду або спадкової хвороби**

- Див. [\[настанова 00563 |Скринінг хромосомних ано...\]](#).

- Якщо результати скринінгу або інших досліджень дозволяють припустити, що ризик виникнення аномалій плода підвищений, матір повинна бути направлена на консультацію до фахівця, якщо вона цього бажає.

## Зловживання психоактивними речовинами [доказ 06044] [D] [доказ 05866] [D] [доказ 06509] [D]

[доказ 07604] [A]

- Див. [настанова 00923] [Зловживання психоактивни...].
- Якщо під час антенатальних візитів є підозра, що мати страждає від наркотичної залежності (алкоголь, наркотики або застосування лікарських засобів для нетерапевтичного ефекту [настанова 00923] [Зловживання психоактивни...]), вона повинна бути направлена на догляд до бригади спеціалістів, оскільки
  - лікування наркозалежності та мотивація матері, швидше за все, зросте завдяки направленню
  - зловживання психоактивними речовинами пов'язане з багатоплановими проблемами
  - Госпітальна команда підготується до проблем, пов'язаних з пологами і післяпологовим періодом, які стосуватимуться і матері, і новонародженого.
- Визначення
  - Експериментування: випробування наркотиків на певному етапі життя; у таких випадках вказується оцінка можливої залежності від субстанції
  - Залежність: вживання наркотиків більше 10 разів
  - Поточна наркоманія: менше 12 місяців від припинення регулярного застосування або продовження нерегулярного застосування
  - Зловживання алкоголю: вживання більше 8 одиниць/порцій алкоголю на тиждень або вживання в запойному стані більше 5 одиниць/ порцій за один раз (критерій для вагітності).

## Консультація у випадку розладів або аномалій

### Нестримна блювота вагітних (важка рвота) [доказ|C] [доказ|D]

- Іноді важко визначити різницю між помірною та важкою блювотою під час вагітності. Мати повинна бути відправлена до лікарні, якщо наявний кетоз, втрата ваги (5%, > 2 кг/тиждень) або дегідратація. Матір також слід відправити до лікарні, якщо такий стан продовжується чи є нестерпним для неї. У лікарні внутрішньовенні розчини зазвичай вводять для відновлення нормального балансу рідини.
- Лікування нудоти в антенатальній клініці, див. [настанова|00555] [Antenatal clinics: care ...].

### Материнська крововтрата

- Кровотеча зазвичай виникає з порожнини матки, але також може бути викликана запаленням, виразкою або пухлиною піхви чи шийки матки.
- Материнська крововтрата на ранньому строку вагітності (до 22-го тижня) [настанова|00557] [Кровотечі протягом вагіт...] свідчить про загрозу викидня. Немає ефективного лікування. Можна порадити відпочинок. Якщо екстрене направлення внаслідок об'єму втрати крові або болю не потрібне, на наступний робочий день необхідно провести ультразвукове дослідження [настанова|00564] [Ультразвукове дослідженн...], щоб визначити характер вагітності.
- Материнська крововтрата може виникнути при
  - нормальній матковій вагітності
  - матковій вагітності, коли загинув ембріон або плід (завмерла вагітність)
  - маткова вагітність, коли ембріон не розвивається (загибла яйцеклітина, "анембріональна вагітність")
  - неминучий викидень, коли шийка матки відкривається і зміст матки викидається. Ймовірно, що на момент обстеження в матці залишаються тільки фрагменти тканини вагітності.
  - позаматкова вагітність
- Материнська крововтрата на пізньому строку вагітності (після 22-го тижня) може виникнути через



- слизові оболонки матки, коли дозріває шийка матки, починаються скорочення матки або починаються пологи
- передлежання плаценти або відшарування плаценти.
- Кров зазвичай материнська, але також частково може бути кров'ю плода.
- Оскільки втрата крові може вказувати на серйозну небезпеку для плода, і швидкі заходи можуть бути необхідні для порятунку плода, матір має бути негайно відправлена до пологового будинку.

### Підвищений артеріальний тиск або прееклампсія [доказ L04979 C] [доказ L04986 B]

[доказ L05550 D] [доказ L05228 A] [доказ L07603 B]

- Див. також [настанова L00559] Гестаційна гіпертензія (...) і [настанова L00561] Системні захворювання пі...].
- Артеріальний тиск у спокої вважається аномально високим, якщо повторні вимірювання показують
  - систолічний тиск понад 140 мм рт.ст.
  - діастолічний тиск понад 90 мм рт.ст.
  - систолічний тиск збільшився більше ніж на 30 мм рт.ст. від початкового рівня
  - діастолічний тиск збільшився більше ніж на 15 мм рт.ст. від початкового рівня
- Протеїнурія вважається значною, якщо її концентрація перевищує 0,3 г/л у 24-годинному зразку сечі (смужковий тест + або ++).
- Інші симптоми, пов'язані з прееклампсією, включають: набряк, біль у верхній частині живота, нудоту, головний біль, порушення зору та інші неврологічні симптоми.
- Неургентне направлення на акушерську консультацію для безсимптомної пацієнтки з підвищеним кров'яним тиском або зі значною протеїнурією. Пацієнтка повинна прийти на прийом протягом тижня після отримання направлення.
- Симптоматична пацієнтка або пацієнтка, яка має протеїнурію та різко підвищений кров'яний тиск, може вимагати невідкладного направлення до пологового будинку.

- Гострий біль у верхніх ділянках живота, пов'язаний з підвищенням кров'яного тиску, незважаючи на незначну, і/або наявність протеїнурії, може свідчити про синдром HELLP (гемоліз, підвищені ферменти печінки, низький рівень тромбоцитів). У цьому випадку матір слід негайно відправити до лікарні.

## Гестаційний діабет (GDM) [доказ 07630 | B] [доказ 07651 | B] [доказ 06978 | B] [доказ 07077 | C] [доказ 04384 | B] [доказ 06977 | B]

[доказ 06050 | D] [доказ 06665 | B] [доказ 06940 | A↑↑] [доказ 06085 | B] [доказ 05228 | A] [доказ 05229 | A] [доказ 07008 | A] [доказ 00859 | C]

- Скринінг в антенатальній клініці базується на факторах ризику і тесті на толерантність до глюкози (ТТГ).
- ТТГ повинен проводитися між 24 і 28 тижнями.
- Немає потреби в ТТГ у
  - жінки, яка ще не народжувала, віком < 25 років з ІМТ < 25 кг/м<sup>2</sup> і немає близьких родичів з діабетом 2 типу
  - жінки, яка мала кілька пологів, віком < 40 років (з ІМТ < 25 кг/м<sup>2</sup> і у якої раніше не народжувалася макросомічна (велика) дитина.
- ТТГ повинен проводитися вже між 12 і 16 тижнем, якщо пацієнтка має
  - в анамнезі гестаційний діабет під час попередніх вагітностей
  - синдром полікістозних яєчників (СПКЯ)
  - ІМТ > 35 кг/м<sup>2</sup>
  - глюкозурію на ранньому строку вагітності
  - близьких родичів з діабетом 2 типу
  - продовження перорального прийому глюкокортикоїдів.
- У матері є гестаційний діабет, якщо один або більше результатів орального 75 г глюкозного навантаження (2-годинне) ненормальний, див. таблицю [табл. | T1].
- Навіть якщо попередній тест нормальний, його слід повторити між 26 і 28 тижнями.
- Якщо ТТГ є ненормальним, надається дієтична консультація і починається домашній контроль рівня глюкози в крові. Направлення на спеціалізовану допомогу проводиться на підставі показників рівнів глюкози в крові в домашніх умовах.
- Проте, макросомія плода завжди має бути виявлена і задіяти відповідні плани пологів.

Таблиця Т2. Верхня межа ТТГ для нормальних значень глюкози (ммоль/л)

Зразок	0 год	1 год	2 год
Капілярна цільна кров або венозна плазма	5,3	10,0	8,6

## Холестаз вагітності (гепатоз) [доказ|C] [05296]

- Холестаз вагітності в більшості випадків виникає протягом третього триместру і його типові симптоми включають свербіж долонь рук і підшов ніг. У матерів з таким свербінням визначаються концентрації АЛТ і жовчних кислот у крові. Якщо одне з цих значень підвищене, матір направляють до акушера.
- Якщо свербіж сильний і нестерпний, пацієнтку слід негайно відправити до лікарні, не чекаючи результатів лабораторних досліджень. Аналогічно, якщо пацієнтка з гепатозом скаржиться на різке загострення свербіжів, її слід терміново відправити до лікарні.

## Анемія [доказ|B] [07399] [доказ|D] [03218] [доказ|C] [07078] [доказ|A↑↑] [06798] [доказ|D] [07250]

- Див. також [настанова|00555] [Antenatal clinics: care ...]
- Матері необхідна консультація спеціаліста, якщо
  - її Нь < 10,0 г/дл, незважаючи на заміну препаратів заліза за три тижні
  - її Нь < 9,0 г/дл.

## Передчасні перейми/скорочення або неминучі передчасні

пологи [доказ|A] [03666] [доказ|B] [04465] [доказ|D] [04474] [доказ|C] [05244] [доказ|A] [06182] [доказ|B] [06964] [доказ|B] [07021] [доказ|A] [02499] [доказ|D] [07273] [доказ|C] [07333] [доказ|D] [07439] [доказ|D] [07273]

- Див. також [настанова|00560] [Загроза передчасних поло...].
- Передчасні скорочення часто зустрічаються. Більшість жінок, які страждають від передчасних переймів, продовжуватимуть відчувати їх увесь строк до самих пологів.
- Шийку матки обстежують або вручну або вимірюють ультразвуком для оцінки ризику передчасних пологів. Див. також шкалу Бішопа [настанова|00555] [Antenatal clinics: care ...].
- Негайно відправте матір до лікарні якщо
  - скорочення болючі і регулярні (тривають довше 2 годин і відбуваються < 10 хвилин)
  - скорочення супроводжуються кров'янистим, слизовим або водянистим виділенням

- скорочення пов'язані зі значним болем або відчуттям тиску
- часті скорочення відбуваються при значно зрілій шийці матки, враховуючи тижні гестації.
- Неургентне направлення може розглядатися, якщо немає ризику передчасних пологів, але для уточнення належних принципів лікування необхідна консультація фахівця; наприклад, потреба матері в токолітичних засобах, глюкокортикоїдах для розвитку легенів плода [Доказ 02499] [A] або потреба матері в госпіталізації.
- Після завершення повних 35 тижнів вагітності не проводяться інші активні заходи, крім пропонування відпочинку; користь таких заходів не встановлена. Чим ближче матір до завершення повних 35 тижнів, тим меншою є необхідність направлення її на консультацію фахівців.
- Неургентне направлення слід розглядати, якщо
  - скорочення залишаються частими, незважаючи на втручання первинної медичної допомоги (лікарняний, відпустка, лікування інфекцій)
  - зважаючи на строк вагітності, шийка матки виявляється помітно зрілою.

## Розрив плідних оболонок

- Підозрюваний або підтверджений розрив плодових оболонок вимагає термінового направлення до лікарні.
- Розрив плодових оболонок часто призводить до початку пологів. Це також може означати наявну інфекцію або призвести до інфекції.
- Після розриву плодових оболонок виникають зміни кровообігу в плаценті, а пуповина може бути стиснена.
- Якщо матір описує дуже малу і невизначену втрату рідини, і якщо, на підставі огляду за допомогою дзеркала та анамнезу, розрив плодових оболонок не здається вірогідним, то безпечно можна чекати і спостерігати.

## Утворення антитіл

- У багатьох країнах кров матері перевіряється на антитіла до еритроцитів плода в національній трансфузійній лабораторії. Лабораторія проінструктує персонал антенатальної клініки стосовно необхідності повторних зразків.

- Про наявність антитіл повідомляють як в антенатальну клініку, так і у відповідний пологовий будинок. Лікарня організує будь-які необхідні подальші дослідження та надасть відповідні рекомендації щодо лікування.
  - Персонал пологового будинку повинен підготуватися до правильного моніторингу новонародженого та можливості переливання крові.
  - Деякі з більш складних утворень антитіл проти еритроцитів або тромбоцитів можуть потребувати спеціальних процедур, які необхідно проводити під час вагітності.
- Більшість утворень антитіл, однак, є легкими і не потребують втручання під час вагітності.

### Аномальний зріст матки або аномальна кількість амніотичної рідини

- Зріст матки вимірюють, використовуючи дані висоти дна матки над симфізом (ВСД).
- Зазвичай ріст матки збігається з даною еталонною кривою. Ріст матки особливо у мало- або крупногабаритної жінки може явно відхилитися від еталонної кривої.
- Ультразвукове дослідження [Настанова 00554] Ультразвукове дослідженн...] виправдане, якщо
  - ВСД відхиляється на 2 см від еталонної кривої
  - ВСД відхиляється на 2 см від власної кривої пацієнтки.
- Направлення до акушера необхідно розглядати, коли
  - кількість амніотичної рідини дуже велика (одиначне вимірювання найглибшої кишені/міхура амніотичної рідини перевищує 8 см)
  - кількість амніотичної рідини дуже низька (вимірювання найбільшої кишені/міхура амніотичної рідини менше 3 см)
  - плід є виключно малим або великим (див. нижче "Фетальні причини для направлення").

## Спосіб пологів/розродження

- Якщо спосіб пологів ще не вирішено, це потрібно зробити протягом останнього місяця вагітності лікуючою акушерською бригадою. До цього часу можуть бути зроблені реальні оцінювання щодо прогнозованого розміру плода, його передлежання, дозрівання шийки матки та інших відповідних факторів.
- Якщо пацієнтка надто стурбована або дуже схвильована через пологи, можна розглядати ранню консультацію, див. нижче.
- Напрямок для складання плану пологів слід розглядати, якщо
  - пацієнтка має в анамнезі складні пологи
  - матку, що була прооперована
    - Якщо був виконаний тільки один кесарів розтин через причину, яка не оцінюється повторно, і якщо всі інші передумови для вагінального розродження здається є в наявності, немає необхідності в обов'язковому направленні до спеціалізованої допомоги.
  - підозрюється вузький таз
  - підозрюється непропорційно великий плід.

## Переношена вагітність

- Перша оцінка зазвичай проводиться в пологовому будинку через 10–12 днів після закінчення очікуваної дати пологів, якщо не було інших ознак, які б потребували направити матір на огляд раніше.
- Мати повинна бути поінформована про те, що спостереження призначене лише для оцінки стану матері і плода, а не обов'язково з метою індукції пологів.
- Термін "переношений" не повинен використовуватися до закінчення 42-го тижня.

## Страх пологів

- Антенатальний персонал повинен обговорити найбільш поширені причини будь-яких побоювань. Для успіху майбутніх пологів важливо, щоб усі страхи були виявлені та вирішені. Для виявлення будь-яких страхів/ побоювань можна використовувати спеціальні анкети.

- Матір, яка особливо боїться народжувати, потрібно направити до пологового будинку по допомогу не пізніше 28-го тижня, щоб обговорити усі важливі питання.

### Багатоплідна вагітність [Доказ 01175] [B]

- Існує регіональна мінливість стосовно системи направлень та розподілу робочого навантаження між первинною медичною допомогою та пологівим будинком.
  - Після діагностування вагітності двійнею можливість моноамніотичної або монохоріальної вагітності також повинна обстежуватися на ранньому строку вагітності (наявність і товщина оболонки між близнятами, лямбда-знак).
  - При діагностування моноамніотичної або монохоріальної вагітності двійнею матір слід передати під опіку акушерської бригади.
  - При монохоріальній вагітності двійнею матка може рости швидко протягом другого триместру, спричиняючи розтягнення матки. Якщо у матері є скарги на такі симптоми, її необхідно невідкладно направити для діагностики та лікування можливого фето-фетальної синдрому трансфузії.
  - У всіх вагітностях двійнею стан шийки матки та ріст плодів слід контролювати через рівномірні проміжки часу. Проблема передчасних пологів і проблема розвитку одного чи обох плодів є поширеними при вагітностях двійнею. Моніторинг вагітностей двійнею зазвичай проводиться акушером.
  - Як тільки діагностується триплідна вагітність, матір має бути передана під опіку акушерської бригади.

### Аномально великий плід

- Оцінюючи розмір плода завжди потрібно враховувати конституціональні особливості матері.
- Якщо плід оцінюється як великий [Настанова 00564] [Ультразвукове дослідженн...] (оцінка ваги або окружність черевної порожнини > 75–90 процентилів, див. [Настанова 00564] [Ультразвукове дослідженн...]), та існує підозра на фето-тазову диспропорцію, матір слід направити якомога раніше, краще до 37-38 тижня для складання плану пологів.

- Дослідження метаболізму глюкози слід враховувати, якщо плід не симетрично макросомічний, особливо якщо тулуб випереджає за розмірами інші частини тіла плода.
- Асиметрично макросомічний плід частіше потребує акушерського втручання, ніж симетрично макросомічний плід.

### Затримка росту плода

- Низький показник вимірювання ВСД [доказ 07122 | D] або вимірювання, що падає нижче власної кривої, може свідчити про затримку росту плода. Аналогічно, ультразвукове дослідження, проведене у первинній медичній допомозі [настанова 00564 | Ультразвукове дослідженн...], може виявити малий розмір плода для гестаційного віку.
- Аномальний зріст плода може свідчити про структурні або функціональні порушення. Плід, розвиток якого затримується, також більш схильний до гострої або хронічної асфіксії.
- Затримка росту плода (оцінка ваги або окружність черева < 10-25 перцентиль) є показником для подальших досліджень (можливість інфекційної етіології, хромосомних і структурних порушень або недостатності плаценти) і моніторингу акушером.

### Неправильне передлежання

- Зовнішній поворот плода на голівку для сідничного або поперечного передлежання та спосіб пологів зазвичай розглядаються приблизно на 36 тижні [доказ 00949 | B].

### Підозрювана або підтверджена структурна аномалія плода

- Матір має бути направлена для підтвердження та подальшої тактики ведення ситуації.
- Матері потрібно призначити спостереження якомога швидше, якщо у лікарні є необхідні знання та відповідні діагностичні дослідження.

### Аномальна частота серцевих скорочень плода

- Персистуюча/стійка брадикардія (частота серцевих скорочень < 110/хв) або тахікардія (частота серцевих скорочень > 160–180/хв.) Може свідчити про аритмію у плода або інші ускладнення вагітності.



- Персистуючий/стійкий аномальний ритм може мати гемодинамічно серйозні наслідки, і таких пацієнтів слід невідкладно відправляти до лікарні, навіть якщо негайне проведення подальших досліджень неможливе.
- Короткочасна (тривалість протягом декількох хвилин) брадикардія або тахікардія може вказувати на схильність до аритмій. Проте, зазвичай аритмія цього типу є лише ознакою здорової активності плоду або положення матері на спині. За необхідності може бути розглянуто призначення для подальших досліджень структури та функціонування серця плода.
- Випадкові ектопічні удари плода є нормальними і зустрічаються у всіх плодів. Якщо ектопічні удари виникають у надлишку і неодноразово, слід розглянути надання неургентного направлення з метою подальшого вивчення структури та функціонування серця плода.
- Якщо патологічне серцебиття плода пов'язане з іншими проблемами, наприклад, ненормально мало рухів плоду, затримка росту плода або встановлення ризику для матері, слід звернутися до чергової акушерської бригади.

### Уповільнення рухів плода

- Якщо мама нараховує менше 10 рухів плоду протягом однієї години, включаючи особливо активний час доби, слід враховувати дистрес плода [доказ 05673 | D].
- Рухи плода потрібно перерахувати, і якщо немає ніяких змін, матір потрібно негайно відправити в пологовий будинок для оцінки стану плода.

### Загибель плода

- За підозри або підтвердження смерті плода потрібно негайно направлена в пологовий будинок.

### Інфекційні захворювання матері [доказ 06051 | C] [доказ 06468 | B]

#### Простий герпес [доказ 05914 | B]

- Див. [настанова 00258 | Генітальний герпес].

- Захворюваність новонароджених на простий герпес становить приблизно 2 на 10000 народжень. Материнська первинна інфекція під час вагітності більш ніж у сто разів частіше інфікує плід, ніж рецидивуюча інфекція. Антитіла повторюваної герпетичної інфекції надають захист плоду.
- Для діагностики первинної герпетичної інфекції використовується тестування нуклеїнової кислоти на герпес.
- Ацикловір (200 мг п'ять разів на день протягом п'яти днів) може бути призначений, зокрема, при первинному зараженні, але також при рецидиві інфекції, щоб полегшити симптоми матері та забезпечити потенційний захист для плода. На пізньому строку вагітності слід розглядати профілактичне лікування або введення ацикловіру за появи симптомів. Метою є зниження активності генітального герпесу під час пологів.
- Коли матір допущена до пологів, вона повинна інформувати персонал лікарні про виникнення генітального герпесу під час вагітності.
- Якщо підозрюваний первинний герпес або рецидив інфекції є особливо проблематичним, дається направлення на акушерську консультацію.

## Вітряна віспа

- Див. [\[настанова 00606 | Вітряна віспа\]](#).
- Ризик ембріопатії, спричиненої вітряною віспою між 12 і 24 тижнями вагітності становить 2–3%, а на інших строках вагітності дуже малий.
- На практиці немає жодного ризику, якщо мати хворіла на вітряну віспу, однозначно має антитіла чи захворювання на оперізуючий герпес (лишай).
- Якщо серонегативна мама вступила в контакт з хворим на вітряну віспу до 24-го тижня вагітності, препарат ацикловіру (800 мг, п'ять разів на день протягом 7 днів) слід призначити через 7–9 днів після контакту.
- Якщо матері діагностується вітряна віспа до 24-го тижня, можна розглянути проведення дослідження аномалій плода після хвороби, а в деяких випадках інфекція плода може бути визначена за допомогою тестування нуклеїнової кислоти на герпес амніотичної рідини.

- Вітряна віспа може бути серйозною хворобою для вагітної жінки. Якщо потрібна госпіталізація, матір повинна лікуватися у медичному закладі.
- Якщо матір заразиться вітряною віспою за п'ять днів до або через 2 дні після пологів, новонароджена дитина має високий ризик зараження інфекцією, і необхідність у спеціальних заходах. Консультація спеціалізованої допомоги.

## Парвовірусна інфекція

- Див. [настанова|00608|Інфекційна еритема].
- Якщо плід інфікується, можливі гепатити і мієлосупресії, які, у свою чергу, можуть бути фатальними для плода.
- Аналізи антитіл використовують для діагностики парвовірусної інфекції.
- Якщо аналіз антитіл є позитивним, слід дати направлення до команди спеціалістів, яка організує відповідний моніторинг для визначення стану інфікування плода або виявлення ознак анемії.
- Зараження інфекцією на 24 тижні вагітності або пізніше зазвичай не викликає значних проблем у плода.

## Токсоплазмоз [доказ|06150|C] [доказ|06414|D]

- Гострий токсоплазмоз діагностується з використанням аналізу антитіл, див. [настанова|00025|Токсоплазмоз].
- Якщо аналіз антитіл є позитивним (IgM антитіла позитивні, антитіла IgG з низькою авідністю), слід направити до команди спеціалістів, яка організовуватиме подальші дослідження для визначення стану фетальної інфекції та організує лікування

## Гепатит і ВІЛ

- Див. [настанова|00216|Вірусний гепатит] і [настанова|00018|ВІЛ-інфекція].
- Вперше діагностований гепатит або ВІЛ вимагає направлення до спеціалізованої допомоги.
- Медикаментозне лікування ВІЛ особливо важливо для запобігання передачі його від матері до дитини [доказ|00279|A↑].

- Хронічний гепатит: Тестування на нуклеїнову кислоту вірусу гепатиту В (HBV) проводиться на HBVsAg позитивних матерях. Якщо результат становить > 2000 МО/мл, матір передається на піклування у спеціалізовану допомогу для узгодження лікування гепатиту.

## Підозра на лістеріоз

- Див. [настанова|00028|Лістеріоз].
- Можливий вплив моноцитогенів лістерій не є підставою для направлення до спеціалізованої допомоги.
- Клінічно значимий лістеріоз у вагітної жінки проявляється як септичне фебрильне захворювання або тяжкий ентерит.
- Лістеріоз і його наслідки є найбільш серйозною септичною хворобою для вагітної жінки, але інші бактерії також здатні інфікувати плід і плодові оболонки, що призводить до ранньої індукції пологів.
- Якщо підвищення температури у матері має невідоме походження, матір потрібно негайно відправити в лікарню для консультації фахівця щодо діагностики, лікування та стану плоду.

## Стрептококи групи В (ГБС), *Стрептококк агалактиа*

- Для виявлення, чи інфікована матір стрептококами групи В (ГБС), усі вагітні матері повинні пройти бактеріальне дослідження на ГБС у період 35–37 тижнів вагітності [доказ|06468|В] [настанова|00555|Antenatal clinics: care ...] або шляхом проведення ПЛР-діагностики для виявлення ГБС до початку пологів.

## Показання до екстреного направлення

- Підозра на погіршення стану плода
  - Зниження рухливості плода (менше 10 рухів на годину, у той час як плід знаходиться у найбільшій активності)
  - Стійка брадикардія або тахікардія
  - Підозрювана або підтверджена смерть плода
- Стрімкі (передчасні) пологи
  - Материнська кровотеча після 22 тижня
  - Підозрюваний розрив плодових оболонок
  - Регулярні перейми

- Сильні болі в животі
- Ускладнення артеріального тиску
  - Підвищений кров'яний тиск разом з незвичайним головним болем, порушенням зору, задишкою, болями у верхній частині живота
  - Підвищений кров'яний тиск разом зі зниженими або слабкими рухами плоду
  - Різке підвищення кров'яного тиску (> 160/105 мм рт.ст.)
  - Підвищений кров'яний тиск разом з вираженою протеїнурією
  - Підозрюваний HELLP-синдром: біль у верхній частині живота і нездужання з підвищенням кров'яного тиску, проте невеликим
- Сильний, інтенсивний свербіж
- Сильна нудота
- Підозрюється венозний тромбоз або легенева емболія
- Виражена/тяжка гіпертермія
- Будь-які інші умови, коли надзвичайні заходи вважаються доцільними.

## Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [\[пов'язані|L00262|Antenatal clinics: care ...\]](#)
- Інші резюме доказів [\[пов'язані|L00262|Antenatal clinics: care ...\]](#) [\[доказ|C|00859\]](#) [\[доказ|B|01257\]](#)  
[\[доказ|C|01313\]](#) [\[доказ|D|03218\]](#) [\[доказ|D|05857\]](#) [\[доказ|C|05883\]](#) [\[доказ|C|06061\]](#) [\[доказ|C|06176\]](#) [\[доказ|B|06180\]](#) [\[доказ|D|06236\]](#) [\[доказ|C|06248\]](#)  
[\[доказ|D|06414\]](#) [\[доказ|C|06507\]](#) [\[доказ|D|06508\]](#) [\[доказ|D|06522\]](#) [\[доказ|C|06585\]](#) [\[доказ|D|06935\]](#) [\[доказ|D|06965\]](#) [\[доказ|B|06977\]](#) [\[доказ|A|07008\]](#)  
[\[доказ|C|07078\]](#) [\[доказ|C|07130\]](#) [\[доказ|C|07160\]](#) [\[доказ|C|07211\]](#) [\[доказ|D|07216\]](#) [\[доказ|D|07261\]](#) [\[доказ|D|07262\]](#) [\[доказ|B|07270\]](#) [\[доказ|C|07271\]](#)
- Клінічні настанови [\[пов'язані|L00262|Antenatal clinics: care ...\]](#)
- Література [\[пов'язані|L00262|Antenatal clinics: care ...\]](#)

## Джерела інформації

R1. Lupton M, Oteng-Ntim E, Ayida G, Steer PJ. Cardiac disease in pregnancy. Curr Opin Obstet Gynecol 2002 Apr;14(2):137-43. [\[PubMedID|11914690\]](#)

R2. Julkunen H. Pregnancy and lupus nephritis. Scand J Urol Nephrol 2001 Sep;35(4):319-27. [\[PubMedID|11676360\]](#)

R3. Jadad AR, Sigouin C, Mohide PT, Levine M, Fuentes M. Risk of congenital malformations associated with treatment of asthma during early pregnancy. Lancet 2000 Jan 8;355(9198):119. [\[PubMedID|10675175\]](#)

- R4. Haddow JE, Palomaki GE, Allan WC, et al. Maternal thyroid deficiency during pregnancy and subsequent neuropsychological development of the child. *N Engl J Med* 1999 Aug 19;341(8):549-55. [PubMedID|10451459]
- R5. Stocky A, Lynch J. Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000 Feb;14(1):73-87. [PubMedID|10789261]
- R6. Dommergues M. Prenatal diagnosis for multiple pregnancies. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2002 Apr;14(2):169-75. [PubMedID|11914695]
- R8. Tanel RE, Rhodes LA. Fetal and neonatal arrhythmias. *Clin Perinatol* 2001 Mar;28(1):187-207, vii. [PubMedID|11265506]
- R9. Schmidt MI, Duncan BB, Reichelt AJ, Branchtein L, Matos MC, Costa e Forti A, Spichler ER, Pousada JM, Teixeira MM, Yamashita T, Brazilian Gestational Diabetes Study Group. Gestational diabetes mellitus diagnosed with a 2-h 75-g oral glucose tolerance test and adverse pregnancy outcomes. *Diabetes Care* 2001 Jul;24(7):1151-5. [PubMedID|11423494]
- R10. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2007;30(Suppl 1):S42-7.
- R11. World Health Organization. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: report of a WHO/IDF consultation. WHO 2006 [веб|<http://www.who.int/diabe...>]
- R51. Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E et al. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. *Thyroid* 2011;21(10):1081-125. [PubMedID|21787128]
- R52. Garber JR, Cobin RH, Gharib H et al. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. *Endocr Pract* 2012;18(6):988-1028. [PubMedID|23246686]
- R53. Snowden JM, Tilden EL, Snyder J et al. Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes. *N Engl J Med* 2015;373(27):2642-53. [PubMedID|26716916]

## Настанови

- [Настанова 00555](#). Antenatal clinics: care and examinations.
- [Настанова 00561](#). Системні захворювання під час вагітності.
- [Настанова 00559](#). Гестаційна гіпертензія (пreeклампсія).
- [Настанова 00563](#). Скринінг хромосомних аномалій плоду.
- [Настанова 00923](#). Зловживання психоактивними речовинами у вагітних.
- [Настанова 00557](#). Кровотечі протягом вагітності (у першому і другому триместрах, до 28 тижнів).
- [Настанова 00564](#). Ультразвукове дослідження в період вагітності.
- [Настанова 00560](#). Загроза передчасних пологів.
- [Настанова 00258](#). Генітальний герпес.
- [Настанова 00606](#). Вітряна віспа.
- [Настанова 00608](#). Інфекційна еритема.

- [Настанова 00025](#). Токсоплазмоз.
- [Настанова 00216](#). Вірусний гепатит.
- [Настанова 00018](#). ВІЛ-інфекція.
- [Настанова 00028](#). Лістеріоз.

## Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 07136](#). Different intensities of glycaemic control for pregnant women with pre-existing diabetes.  
Дата оновлення: 2016-12-28  
Рівень доказовості: D  
Резюме: During pregnancy, loose glycaemic control (fasting blood glucose 6.7 to 8.9 mmol/L) might possibly increase pre-eclampsia, caesarean sections, and macrosomia compared with tight-moderate glycaemic control (fasting blood glucose under or 6.7 mmol/L) in women with type 1 diabetes, although the data are insufficient.
- [Доказовий огляд 05708](#). Continuous subcutaneous insulin infusion for pregnant women with diabetes.  
Дата оновлення: 2017-03-17  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Continuous subcutaneous insulin infusion may probably not be superior to multiple daily injections for pregnant women with diabetes.
- [Доказовий огляд 06044](#). Maintenance agonist treatments for opiate dependent pregnant women .  
Дата оновлення: 2014-05-30  
Рівень доказовості: D  
Резюме: Methadone, buprenorphine and oral slow morphine might possibly have similar effect for opiate dependence in pregnant women for mother and child outcomes, although the evidence is limited.
- [Доказовий огляд 05866](#). Psychosocial interventions for pregnant women in outpatient illicit drug treatment programs compared to other interventions.  
Дата оновлення: 2015-08-25  
Рівень доказовості: D  
Резюме: Psychosocial interventions on illicit drug use in pregnant women might possibly not be effective compared to control. There is insufficient evidence of the effectiveness on obstetrical or neonatal outcomes.
- [Доказовий огляд 06509](#). Psychological and/or educational interventions for alcohol consumption in pregnancy .  
Дата оновлення: 2009-12-01  
Рівень доказовості: D  
Резюме: There is insufficient evidence of psychological and educational interventions for reducing alcohol consumption in pregnant women.
- [Доказовий огляд 07604](#). Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy.  
Дата оновлення: 2017-11-11  
Рівень доказовості: A

Резюме: Psychosocial interventions especially counselling, feedback and incentives are effective for smoking cessation in pregnancy and are effective for reducing low birthweight and admissions to neonatal intensive care compared with usual care.

- [Доказовий огляд 03586](#). Acupressure and acupuncture for treating nausea and vomiting in early pregnancy.  
Дата оновлення: 2016-12-27  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Acupuncture, acupressure or acustimulation may not be effective in treating nausea and vomiting in early pregnancy.
- [Доказовий огляд 01311](#). Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy.  
Дата оновлення: 2016-12-27  
Рівень доказовості: D  
Резюме: The evidence about ginger, vitamin B6 and antiemetic drugs for nausea and vomiting in early pregnancy is insufficient.
- [Доказовий огляд 04979](#). Altered dietary salt in pre-eclampsia.  
Дата оновлення: 2018-07-07  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Reduced salt intake may be effective for beneficial outcomes in pregnant women with pre-eclampsia.
- [Доказовий огляд 04986](#). Antioxidants for preventing pre-eclampsia.  
Дата оновлення: 2008-03-12  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Supplementation with antioxidants during pregnancy appears not to prevent pre-eclampsia, preterm birth or baby death.
- [Доказовий огляд 05550](#). Rest during pregnancy for preventing pre-eclampsia.  
Дата оновлення: 2010-04-09  
Рівень доказовості: D  
Резюме: Daily rest might possibly have no effect for the risk of pre-eclampsia for women with normal blood pressure, although there is limited evidence from controlled trials.
- [Доказовий огляд 05228](#). Maternal obesity and pregnancy outcomes.  
Дата оновлення: 2018-08-21  
Рівень доказовості: A  
Резюме: Maternal obesity is associated with foetal macrosomia and low Apgar score, and carries significant risks for the mother and foetus.
- [Доказовий огляд 07603](#). Planned early delivery versus expectant management for hypertensive disorders from 34 weeks gestation to term.  
Дата оновлення: 2017-11-11  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Planned early delivery appears to be effective for reducing maternal morbidity and mortality in hypertensive disorders of pregnancy after 34 weeks compared with expectant management. However, there is insufficient evidence on possible risks for the baby.
- [Доказовий огляд 07630](#). Lifestyle interventions for the treatment of women with gestational diabetes.  
Дата оновлення: 2018-01-17  
Рівень доказовості: B



Резюме: Lifestyle interventions in women with gestational diabetes appears to be effective in decreasing large for gestational age (LGA) babies. The evidence is insufficient for maternal outcomes.

- [Доказовий огляд 07651](#). Insulin versus oral anti-diabetic pharmacological therapies for gestational diabetes.  
Дата оновлення: 2018-04-01  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Insulin and oral anti-diabetic pharmacological therapies for gestational diabetes appear to have similar effects on maternal health outcomes. There might not be differences in infant outcomes, although the evidence is insufficient.
- [Доказовий огляд 06978](#). Gestational diabetes mellitus and pregnancy outcomes .  
Дата оновлення: 2012-04-08  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Women with gestational diabetes mellitus appear to be in increased risk for pre-eclampsia, caesarean section, and macrosomic and large for gestational age babies.
- [Доказовий огляд 07077](#). Diet and exercise for pregnant women for preventing gestational diabetes mellitus.  
Дата оновлення: 2018-03-31  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Diet and exercise in pregnancy may have some effect for preventing gestational diabetes and appears to be effective for reducing gestational weight gain compared with usual care.
- [Доказовий огляд 04384](#). Treatments for gestational diabetes.  
Дата оновлення: 2012-04-08  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Treatment for gestational diabetes (GDM) appears to be associated with better baby and mother outcomes.
- [Доказовий огляд 06977](#). Interventions for pregnant women with hyperglycaemia not meeting gestational diabetes and type 2 DM diagnostic criteria.  
Дата оновлення: 2012-04-08  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Providing dietary advice and blood glucose level monitoring for women with pregnancy hyperglycaemia not meeting GDM diagnostic criteria appear to be effective for reducing the number of macrosomic and large-for-gestational age babies.
- [Доказовий огляд 06050](#). Dietary advice in pregnancy for preventing gestational diabetes mellitus .  
Дата оновлення: 2017-08-29  
Рівень доказовості: D  
Резюме: Dietary advice might possibly be beneficial for preventing gestational diabetes mellitus compared to standard care, although the evidence is limited. Low glycaemic index diet may not be beneficial for preventing gestational diabetes mellitus compared to high glycaemic index diet.
- [Доказовий огляд 06665](#). Abnormal screening glucose challenge test in pregnancy and future risk of diabetes.  
Дата оновлення: 2012-11-07  
Рівень доказовості: B  
Резюме: An abnormal screening glucose tolerance test in pregnancy appears to increase the future risk of diabetes.

- [Доказовий огляд 06940](#). Gestational diabetes mellitus and future risk of diabetes.  
Дата оновлення: 2012-01-20  
Рівень доказовості: A↑  
Резюме: Gestational diabetes mellitus in pregnancy increases the future risk of diabetes.  
Рекомендація: Use glucose tests for screening of women who have had gestational diabetes, if early diagnosis of type 2 diabetes is wanted.
- [Доказовий огляд 06085](#). Metformin for gestational diabetes.  
Дата оновлення: 2015-08-15  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Metformin alone or with supplemental insulin appears to be safe and effective in women with mild gestational diabetes compared with insulin.
- [Доказовий огляд 05229](#). Maternal obesity as a risk factor for caesarean delivery.  
Дата оновлення: 2018-01-30  
Рівень доказовості: A  
Резюме: Maternal obesity is significantly associated with an increased cesarean delivery rate and pre-eclampsia.
- [Доказовий огляд 07008](#). Interventions for preventing excessive weight gain during pregnancy.  
Дата оновлення: 2016-03-09  
Рівень доказовості: A  
Резюме: Diet or exercise, or both, during pregnancy reduce the risk of excessive gestational weight gain compared with usual care. However, diet and/or exercise may not be effective for reducing complications like pre-eclampsia, caesarean delivery, or macrosomia.
- [Доказовий огляд 00859](#). Energy and protein intake in pregnancy.  
Дата оновлення: 2016-03-05  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Balanced energy/protein supplementation may improve fetal growth and may reduce the risk of fetal death in general obstetric population.
- [Доказовий огляд 05296](#). Interventions for treating cholestasis in pregnancy.  
Дата оновлення: 2014-03-18  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Ursodeoxycholic acid (UDCA) may slightly improve pruritus for cholestasis in pregnancy compared with placebo.
- [Доказовий огляд 07399](#). Daily oral iron supplementation during pregnancy.  
Дата оновлення: 2015-08-25  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Routine oral iron supplementation during pregnancy appears not to be effective for maternal or infant outcomes.
- [Доказовий огляд 03218](#). Treatments for iron-deficiency anaemia in pregnancy.  
Дата оновлення: 2012-05-15  
Рівень доказовості: D  
Резюме: There is no evidence that in women with iron-deficiency anaemia in pregnancy, improvement in women's haematological indices translate into clinical improvements for them or their children. However, treatments are associated with frequent adverse effects such as gastrointestinal disturbances and poor compliance.

- [Доказовий огляд 07078](#). Intermittent oral iron supplementation during pregnancy.  
Дата оновлення: 2016-03-14  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Intermittent iron plus folic acid regimens may possibly produce similar maternal and infant outcomes at birth as daily supplementation in pregnant women without anaemia, but are associated with fewer side effects.
- [Доказовий огляд 06798](#). Effects and safety of periconceptional folate supplementation for preventing birth defects.  
Дата оновлення: 2011-02-25  
Рівень доказовості: A↑  
Резюме: Periconceptional folate supplementation is effective for preventing neural tube defects.  
Рекомендація: Use folic acid before conception and up to 12 weeks of pregnancy for preventing neural tube defects.
- [Доказовий огляд 07250](#). Folic acid supplementation during pregnancy for maternal health and pregnancy outcomes other than neural tube defects.  
Дата оновлення: 2014-04-22  
Рівень доказовості: D  
Резюме: There is insufficient evidence of benefit of folic acid supplementation during pregnancy on pregnancy outcomes other than neural tube defects.
- [Доказовий огляд 03666](#). Magnesium sulphate for preterm labour.  
Дата оновлення: 2014-09-23  
Рівень доказовості: A  
Резюме: Magnesium sulphate is ineffective at delaying birth or preventing preterm birth.
- [Доказовий огляд 04465](#). Home uterine activity monitoring for detection of preterm labour.  
Дата оновлення: 2015-11-21  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Home uterine activity monitoring appears not to be effective in improving infant morbidity and mortality compared with conventional care in women at high risk of preterm birth.
- [Доказовий огляд 04474](#). Bed rest for preventing preterm birth.  
Дата оновлення: 2015-08-25  
Рівень доказовості: D  
Резюме: There is no evidence either supporting or refuting the use of bed rest at home or in hospital to prevent preterm birth in singleton pregnancies.
- [Доказовий огляд 05244](#). Prenatal administration of progesterone for preventing preterm birth.  
Дата оновлення: 2014-04-13  
Рівень доказовості: C  
Резюме: In women at increased risk of preterm birth, progesterone may reduce the risk of perinatal mortality, preterm birth less than 37 weeks' gestation, and infant birthweight less than 2500 grams compared to placebo. However, there is no evidence on long-term maternal and infant health outcomes, and potential harms raise concern.
- [Доказовий огляд 06182](#). Magnesium sulphate for women at risk of preterm birth for neuroprotection of the foetus .  
Дата оновлення: 2017-12-28

Рівень доказовості: А

Резюме: Antenatal magnesium sulphate therapy for women at risk of preterm birth is effective for reducing the risk of cerebral palsy in their child.

- [Доказовий огляд 06964](#). Calcium supplementation (other than for preventing or treating hypertension) for improving pregnancy and infant outcomes.  
Дата оновлення: 2015-11-21  
Рівень доказовості: В  
Резюме: Calcium supplementation appears not to be effective for preventing preterm birth.
- [Доказовий огляд 07021](#). Cervical stitch (cerclage) for preventing preterm birth in singleton pregnancy.  
Дата оновлення: 2017-09-06  
Рівень доказовості: В  
Резюме: Cervical cerclage appears to reduce the incidence of preterm birth compared with no treatment in women at risk of recurrent preterm birth, without statistically significant reduction in perinatal mortality or neonatal morbidity.
- [Доказовий огляд 02499](#). Antenatal corticosteroids for fetal lung maturation for women at risk of preterm birth.  
Дата оновлення: 2017-11-15  
Рівень доказовості: А  
Резюме: A course of antenatal corticosteroids to the mother accelerates fetal lung maturation in women at risk of preterm birth and reduces the risk of neonatal death, respiratory distress syndrome and several other complications.
- [Доказовий огляд 07273](#). Interventions for subclinical hypothyroidism pre-pregnancy and during pregnancy.  
Дата оновлення: 2014-03-18  
Рівень доказовості: D  
Резюме: Treatment of women with normal thyroid function but positive peroxidase antibodies might possibly reduce preterm birth, but the evidence is insufficient.
- [Доказовий огляд 07333](#). Cervical stitch (cerclage) for preventing preterm birth in multiple pregnancy.  
Дата оновлення: 2014-09-22  
Рівень доказовості: C  
Резюме: For multiple gestations, cervical cerclage may not be effective for preventing preterm births and reducing perinatal deaths or neonatal morbidity compared to no cerclage.
- [Доказовий огляд 07439](#). Planned early delivery versus expectant management of the term suspected compromised baby.  
Дата оновлення: 2016-03-01  
Рівень доказовості: D  
Резюме: There is insufficient evidence of planned early delivery for a suspected compromised fetus at term for major outcomes of perinatal mortality, significant neonatal or maternal morbidity or neurodevelopmental disability compared with expectant management.
- [Доказовий огляд 01175](#). Hospitalization and bed rest for multiple pregnancy.  
Дата оновлення: 2018-01-12  
Рівень доказовості: В  
Резюме: Routine hospitalization for bed rest appears not to be effective in multiple pregnancy. However, bed rest in hospital appears to increase mean birthweight compared with no restriction at home.

- [Доказовий огляд 07122](#). Symphysial fundal height (SFH) measurement in pregnancy for detecting abnormal fetal growth .  
Дата оновлення: 2016-03-13  
Рівень доказовості: D  
Резюме: There is insufficient evidence to determine whether symphysis fundal height (SFH) measurement is effective in detecting fetal intrauterine growth restriction.
- [Доказовий огляд 00949](#). External cephalic version for breech presentation at term.  
Дата оновлення: 2016-03-05  
Рівень доказовості: B  
Резюме: External cephalic version (ECV) at term in breech presentation appears to reduce the chance of non-cephalic births and caesarean section and to be safe. Parenteral beta stimulants appear to to be effective for facilitating successful ECV.
- [Доказовий огляд 05673](#). Fetal movement counting for assessment of fetal wellbeing.  
Дата оновлення: 2016-03-14  
Рівень доказовості: D  
Резюме: There is insufficient evidence of the effect of fetal movement counting for assessment of fetal wellbeing.
- [Доказовий огляд 06051](#). Antenatal lower genital tract infection screening and treatment programs for preventing preterm delivery .  
Дата оновлення: 2015-08-25  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Infection screening and treatment programs in pregnant women may reduce preterm birth and preterm low birthweights, but it is unclear to which component of the screening program the effect can be attributed.
- [Доказовий огляд 06468](#). Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization .  
Дата оновлення: 2014-03-15  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Intrapartum antibiotic prophylaxis for known maternal group B streptococcal colonization appears to reduce early onset group B streptococcus disease in the newborn.
- [Доказовий огляд 05914](#). Third trimester antiviral prophylaxis for preventing maternal genital herpes simplex virus recurrences and neonatal infection.  
Дата оновлення: 2008-04-11  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Antenatal antiviral prophylaxis appears to reduce viral shedding and recurrences at delivery and the need for caesarean section for genital herpes. There is insufficient evidence to determine if antiviral prophylaxis reduces the incidence of neonatal herpes, although the risk for neonatal infection seems to be low.
- [Доказовий огляд 06150](#). Effectiveness of prenatal treatment for congenital toxoplasmosis.  
Дата оновлення: 2008-08-15  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Prenatal treatment may carry a lower risk of toxoplasmosis mother-to-child transmission, but does not seem to decrease the risk of clinical manifestations in infected liveborn infants.

- [Доказовий огляд 06414](#). Prenatal education for congenital toxoplasmosis .  
Дата оновлення: 2016-03-15  
Рівень доказовості: D  
Резюме: There is insufficient evidence of the effect of prenatal education for preventing congenital toxoplasmosis.
- [Доказовий огляд 00279](#). Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection.  
Дата оновлення: 2015-08-25  
Рівень доказовості: A↑  
Резюме: A regimen combining triple antiretrovirals is more effective for preventing transmission of HIV from mothers to babies compared to other treatments. Short course of zidovudine alone or in combination with lamivudine or a single dose of nevirapine are effective in reducing mother-to-child transmission of HIV.  
Рекомендація: According to a BMJ RapidRecs guideline, zidovudine and lamivudine-based antiretroviral regimen over one that includes tenofovir and emtricitabine is suggested, and recommends a zidovudine and lamivudine-based antiretroviral regimen over tenofovir and emtricitabine with ritonavir-boosted lopinavir is recommended.
- [Доказовий огляд 01257](#). Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood.  
Дата оновлення: 2008-01-16  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Group antenatal education in promoting vaginal birth after caesarean section appears not to be effective.
- [Доказовий огляд 01313](#). Interventions for preventing and treating backache in pregnancy.  
Дата оновлення: 2017-10-28  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Pregnant-specific exercise programs or acupuncture added to usual prenatal care may reduce back or pelvic pain more than usual prenatal care.
- [Доказовий огляд 05857](#). Prebiotics in infants for prevention of allergic disease and food hypersensitivity.  
Дата оновлення: 2014-03-16  
Рівень доказовості: D  
Резюме: A prebiotic supplement added to infant feeds might possibly prevent eczema, although the data are limited.
- [Доказовий огляд 05883](#). Biophysical profile for fetal assessment in high risk pregnancies.  
Дата оновлення: 2008-03-12  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Use of biophysical profile in high-risk pregnancies may not reduce perinatal deaths or low Apgar scores.
- [Доказовий огляд 06061](#). Diagnostic accuracy of noninvasive fetal Rh genotyping from maternal blood.  
Дата оновлення: 2008-06-17  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Noninvasive foetal DNA determination of Rh genotype based on maternal peripheral blood may be highly accurate, especially in the first trimester.

- [Доказовий огляд 06176](#). Pyridoxine (vitamin B6) supplementation in pregnancy.  
Дата оновлення: 2016-03-09  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Routine supplementation with vitamin B6 during pregnancy may not provide any beneficial effects on pregnancy outcomes.
- [Доказовий огляд 06180](#). Effect of n-3 long-chain polyunsaturated fatty acid supplementation of women with low-risk pregnancies on pregnancy outcomes and growth measures at birth.  
Дата оновлення: 2008-09-11  
Рівень доказовості: B  
Резюме: N-3 long-chain polyunsaturated fatty acid supplementation in low-risk pregnancy appears to be associated with a small increase in the duration of pregnancy compared to placebo or no supplementation.
- [Доказовий огляд 06236](#). Antenatal psychosocial assessment for reducing perinatal mental health morbidity .  
Дата оновлення: 2008-11-05  
Рівень доказовості: D  
Резюме: There is insufficient evidence of antenatal psychosocial assessment for reducing perinatal mental health outcomes.
- [Доказовий огляд 06248](#). Midwife-led vs other models of care for childbearing women.  
Дата оновлення: 2016-03-12  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Midwife-led (licensed) care for pregnant women may be more effective than other models of care for pregnant women at low or mixed risk.
- [Доказовий огляд 06507](#). Safety of topical corticosteroids in pregnancy.  
Дата оновлення: 2016-03-15  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Topical corticosteroids may possibly not be harmful in pregnancy for pregnancy outcomes.
- [Доказовий огляд 06508](#). Effects of restricted caffeine intake by mother on pregnancy outcome.  
Дата оновлення: 2016-03-09  
Рівень доказовості: D  
Резюме: Small amounts of caffeine might possibly not affect pregnancy outcomes like birthweight or preterm birth, although the evidence is insufficient.
- [Доказовий огляд 06522](#). Routine pre-pregnancy health promotion for improving pregnancy outcomes.  
Дата оновлення: 2010-01-07  
Рівень доказовості: D  
Резюме: There are limited data and insufficient evidence about the effects of general advice and education in the pre-pregnancy period on outcomes for mothers and babies.
- [Доказовий огляд 06585](#). Cesarean delivery for the prevention of anal incontinence.  
Дата оновлення: 2010-02-24  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Caesarean section may not be beneficial compared to vaginal delivery for the prevention of anal incontinence in average risk women.

- [Доказовий огляд 06935](#). Mind-body interventions during pregnancy for decreasing anxiety .  
Дата оновлення: 2012-01-11  
Рівень доказовості: D  
Резюме: Mind-body interventions (imagery) might be effective for the management of anxiety during pregnancy.
- [Доказовий огляд 06965](#). Vitamin D supplementation for women during pregnancy.  
Дата оновлення: 2012-03-27  
Рівень доказовості: D  
Резюме: There is insufficient evidence of vitamin D supplementation for women during pregnancy compared with no treatment.
- [Доказовий огляд 07130](#). Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy.  
Дата оновлення: 2016-03-15  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Nicotine replacement therapy may be effective for smoking cessation in pregnancy, and is safe..
- [Доказовий огляд 07160](#). Intramuscular versus intravenous anti-D for preventing Rhesus alloimmunization during pregnancy.  
Дата оновлення: 2013-04-17  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Intramuscular and intravenous administration of anti-D Immunoglobulin may be equally effective for preventing Rhesus alloimmunization during pregnancy.
- [Доказовий огляд 07211](#). Group versus conventional antenatal care for women.  
Дата оновлення: 2013-11-01  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Group antenatal care may be as safe as standard one-to-one care.
- [Доказовий огляд 07216](#). Different types of dietary advice for women with gestational diabetes mellitus.  
Дата оновлення: 2013-11-12  
Рівень доказовості: D  
Резюме: One type of dietary advice might possibly not be more effective than another type of advice for women with gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes but the evidence is insufficient.
- [Доказовий огляд 07261](#). Schedules for home visits in the early postpartum period.  
Дата оновлення: 2017-10-16  
Рівень доказовості: D  
Резюме: There is insufficient evidence and inconclusive results of home visits in the early postpartum period.
- [Доказовий огляд 07262](#). Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum.  
Дата оновлення: 2014-03-08  
Рівень доказовості: D  
Резюме: There is insufficient evidence on the effect of telephone support for women during pregnancy and postpartum.
- [Доказовий огляд 07270](#). Topical preparations for preventing stretch marks in pregnancy.  
Дата оновлення: 2014-03-14



Рівень доказовості: B

Резюме: Topical preparations appear not to be effective in the prevention of stretch marks during pregnancy compared to placebo.

- [Доказовий огляд 07271](#). Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation.

Дата оновлення: 2014-03-15

Рівень доказовості: C

Резюме: Administration of 100 µg (500 IU) anti-D immunoglobulin to women in their first pregnancy may reduce the risk of Rhesus D alloimmunisation during or immediately after a first pregnancy.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

---

Ідентифікатор: ebm00554    Ключ сортування: 026.001    Тип: EBM Guidelines

---

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-08-14

---

Автор(и): Jukka Uotila    Редактор(и): Heidi Alenius    Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe  
Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd    Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

---

Навігаційні категорії  
EBM Guidelines    Obstetrics

---

Ключові слова індексу

mesh: premature uterine contractions    mesh: Asthma    mesh: Pre-Eclampsia    mesh: Pruritus    mesh: Acyclovir  
mesh: Erythema Infectiosum    mesh: pulmonary disease    mesh: Anemia    mesh: diastolic blood pressure    mesh: Immunization  
mesh: Chronic Disease    mesh: Proteinuria    mesh: Mental Disorders    mesh: Nausea    mesh: thyroid dysfunction  
mesh: transverse presentation    mesh: Pregnancy in Diabetics    mesh: Breech Presentation    mesh: Autoimmune Diseases  
mesh: Nervous System Diseases    mesh: Weight Loss    mesh: Genetic Diseases, Inborn    mesh: Preventive Health Services  
mesh: Diabetes Mellitus    mesh: Pemphigoid Gestationis    mesh: proteinuria in pregnancy    mesh: Herpes Simplex  
mesh: Diabetes, Gestational    mesh: HIV    mesh: toxoplasmosis in pregnancy    mesh: Pregnancy, High-Risk    mesh: Epilepsy  
mesh: chickenpox in pregnancy    mesh: Hypertension    mesh: Herpesviridae Infections    mesh: twin pregnancy  
mesh: erythema infectiosum in pregnancy    mesh: Glycosuria    mesh: water break    mesh: Glucose Tolerance Test  
mesh: hepatic cholestasis of pregnancy    mesh: Listeria Infections    mesh: Herpes Genitalis    mesh: Morning Sickness  
mesh: third trimester bleeding    mesh: triplet pregnancy    mesh: Gigantism    mesh: Fetal Macrosomia    mesh: Hypothyroidism  
mesh: Pregnancy    mesh: Abortion, Spontaneous    mesh: Substance-Related Disorders    mesh: Hepatitis  
mesh: Kidney Diseases    mesh: drug addict mother    mesh: early pregnancy    mesh: Alcoholism    mesh: Hemoglobins  
mesh: excessive alcohol use    mesh: Hyperthyroidism    mesh: fundal height measurement    mesh: Neoplasms  
mesh: Premature Birth    mesh: glycosuria in pregnancy    mesh: listeria infection in pregnancy    mesh: HIV infection in pregnancy  
mesh: Uterine Contraction    mesh: pregnancy planning    mesh: Pregnancy, Multiple    mesh: HELLP Syndrome    mesh: Fetus  
mesh: Heart Diseases    mesh: Parturition    mesh: symphysis-fundus measure    mesh: fetal bradycardia    mesh: fear of childbirth  
mesh: Cardiovascular Abnormalities    mesh: fetal malformation    mesh: Fetal Growth    mesh: Fetal Growth Retardation  
mesh: Fetal Movement    mesh: blood pressure, systolic    mesh: Fetal premature cardiac complexes    mesh: intestinal diseases  
mesh: Heart Rate, Fetal    mesh: fetal tachycardia    mesh: mode of delivery evaluation    mesh: Labor Presentation  
mesh: Pregnancy, Prolonged    mesh: Antenatal clinic    mesh: Hemorrhagic Disorders    mesh: Chickenpox  
mesh: Coagulation Protein Disorders    mesh: Thrombophilia    mesh: Maternal Health Services  
mesh: Maternal-Child Health Centers    mesh: Blood Pressure    mesh: Toxoplasmosis    mesh: Blood Glucose  
mesh: threatened premature labor    mesh: Overweight    mesh: Abortion, Habitual    mesh: von Willebrand Disease  
speciality: Obstetrics    icpc-2: W67    icpc-2: W70    icpc-2: W71    icpc-2: W72    icpc-2: W75    icpc-2: W78    icpc-2: W79  
icpc-2: W80    icpc-2: W84    icpc-2: W85    icpc-2: W90    icpc-2: W92    icpc-2: W99