

Підготовка до вагітності

Підготовка організму до вагітності

Підготовка як до вагітності, так і до пологів та післяпологового періоду є важливою складовою на шляху до материнства.

Якщо є можливість - варто починати підготовку до вагітності хоча б за півроку.

Цей час потрібен для **ідентифікації та корекції існуючих проблем зі здоров'ям**, особливо тих, що можуть впливати на зачаття, перебіг вагітності, розвиток малюка та пологи. Оцінка нутритивного статусу і закриття дефіцитів, налагодження ШКТ та мікробіому, робота з ендокринними та гормональними порушеннями, детоксикацію впливу ксенобіотиків за потреби (особливо якщо тривало були під впливом важких металів, пестицидів, гербцидів, гліфосату, ВРА та ін.), паразитозу, стоматологічні проблеми, стан м'язів тазового дна та загального тону тіла. Важливим теж є виключення наявності у себе та партнера небезпечних інфекцій

Також це є хорошим періодом для **зміни образу життя та впровадження корисних звичок**, збалансованого раціону, фізичної активності (легше буде підтримувати це під час вагітності, якщо вже буде випрацьована звичка).

Окрім фізичних аспектів, **важливо підготуватись інформаційно**: все, що стосується перебігу вагітності, пологів, відновлення та принаймі першого періоду з малюком (особливості догляду та розвитку). Для пошуку та опрацювання якісних джерел інформації та літератури теж потрібен час, чим раніше будете **володіти базовою інформацією та мати адекватні очікування** - тим краще. Важливо теж розуміти, що з настанням вагітності є ймовірність зміни звичного ритму життя та діяльності, адже важко прогнозувати самопочуття та перебіг вагітності, тому важливі справи/проекти і т.д. краще вирішити до вагітності. **Зайнятість - не привід відкладати народження дітей в далекий ящик, але варто бути готовим і адаптивним до потенційних змін.**

Обстеження до вагітності

Базові аналізи, що бажано здати хоча б за 4-6 місяців до планування вагітності:

- ЗАК + ШОЕ (бажано ще теж біохімію)
- Феритин, трансферин
- Загальний білок
- Віт. В12, фолієва кислота
- Глюкоза натще, інсулін, глікований гемоглобін
- Гомоцистеїн
- Віт. Д (25-ОН-D)
- ТТГ (бажано теж Т3 вільний, Т4 вільний, АТПО, АТТГ)

Цільові рівні показників різних аналізів (в період планування та під час вагітності), а також потенційні причини зниження/підвищення в знайдете в окремому файлі “Аналізи”.

Обов’язково працюємо над тим, щоб мінімізувати в своєму житті всеможливі ксенобіотики, особливо в період планування вагітності та вагітності: **токсична побутова хімія, парфуми та косметичні засоби** (з продуктами нафтопереробки, гормонально активними, канцерогенними, алергенними складовими), **аміачні фарби для волосся, лаки для нігтів** (особливо гель-лак покриття), **алюміній** (посуд, фольга, дезодоранти, капсульна кава і т.д.), **тефлон** (посуд), **пластик** (упаковки), **ртуть** (тунець, особливо крупні сорти), **джерела плісняви**.

Зміни організму під час вагітності

Анатомія жіночої репродуктивної системи

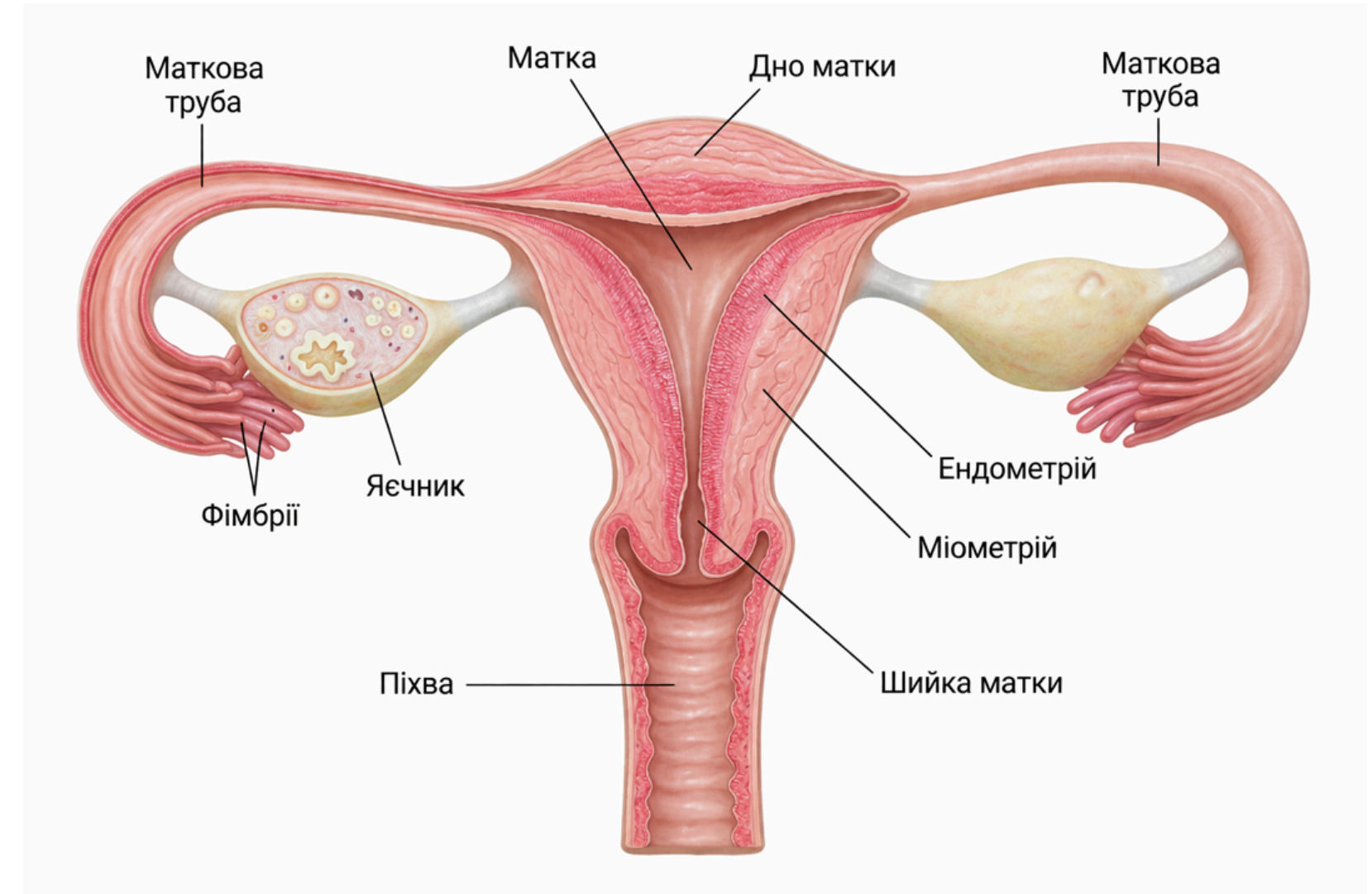
Матка - трьохшаровий м'язовий орган, де м'язові волокна розташовані в різних напрямках, щоб вона могла одночасно розтягуватися під час вагітності, утримувати вагітність, ефективно скорочуватися під час пологів, стискати судини після народження плаценти й зменшувати крововтрату. Під час вагітності вага матки збільшується приблизно у 15 разів (~з 60-70г до 1000-1200г), а об'єм приблизно у 500 (~з 10мл до 5л).

Ендометрій - внутрішня оболонка матки, яка щомісяця змінюється під впливом гормонів (наростає перед овуляцією та відшаровується в разі не запліднення). Саме в ендометрій імплантується ембріон, тому від його стану є дуже важливим.

Міометрій - потужний м'язовий шар матки.

Периметрій - зовнішня оболонка матки.

Дно матки - верхня частина матки. Саме за висотою стояння дна матки під час вагітності орієнтовно оцінюють термін вагітності та чи нормально матка росте, а після пологів скорочується.



Анатомія жіночої репродуктивної системи

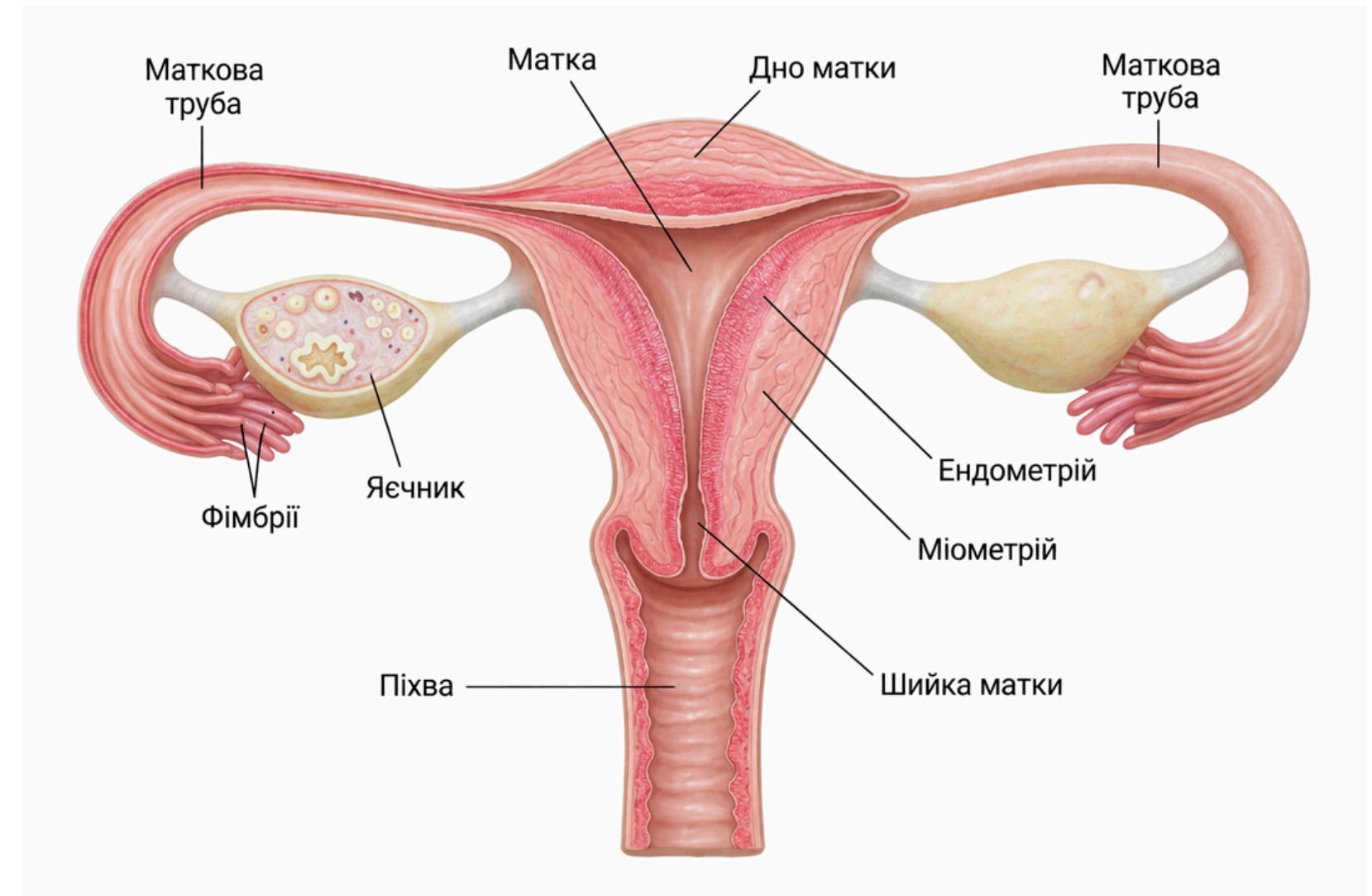
Шийка матки - сполучає порожнину матки з піхвою. Під час вагітності вона допомагає утримувати вагітність, а перед пологами поступово згладшується та розкривається.

Піхва - еластичний м'язовий орган, що з'єднує зовнішні статеві органи з шийкою матки.

Маткові труби - шлях, яким яйцеклітина рухається до матки. Саме тут найчастіше відбувається запліднення.

Фімбрії - бахромчасті відростки, які допомагають яйцеклітині потрапити в трубу.

Яєчник - орган, у якому дозрівають яйцеклітини і виробляються головні жіночі гормони (естроген, прогестерон, андрогени), що регулюють менструальний цикл та гормональні зміни.



Зміни організму під час вагітності: 1 триместр

Що відбувається з малюком

Перший триместр - це період найважливішої закладки організму дитини. На 6-10-й день після запліднення відбувається імплантація, далі формується ембріон, а згодом - плацента, яка поступово бере на себе ключову роль у підтримці вагітності. Починають розвиватися серце, нервова система, головний і спинний мозок, зачатки кінцівок, внутрішні органи, обличчя. Наприкінці першого триместру основні органи і системи вже сформовані в базовому вигляді, хоча далі вони ще довго ростимуть і дозріватимуть. Саме тому цей період вважається особливо чутливим до шкідливих чинників.

Що відбувається з організмом жінки

Для жінки - це час потужної гормональної перебудови. Рівні ХГЛ, прогестерону та естрогенів стрімко зростають, що великою мірою пояснює нудоту, сонливість, втому, чутливість до запахів, нагрубання грудей, здуття, зміни апетиту, емоційну нестабільність і часті сечовипускання. Організм уже працює з великим навантаженням: змінюється кровообіг, матка починає рости, тіло витрачає багато ресурсу на підтримку вагітності. У багатьох жінок саме перший триместр є найважчим за самопочуттям.

Перший триместр вагітності є найбільш вразливим періодом, коли найбільше потрібен внутрішній та зовнішній спокій, заземлення, зниження фізичного та психоемоційного навантаження, а також особливий контроль до питання різноманітних ксенобіотиків, щоб забезпечити правильне формування та розвиток малюка.



Зміни організму під час вагітності: 2 триместр

Що головне відбувається з малюком

Другий триместр - це етап активного росту і подальшого дозрівання вже сформованих систем. Малюк стає більш "впізнаваним": чіткішими стають риси обличчя, формуються брови, вії, нігті, волосся, розвивається шкіра, зміцнюється скелет, удосконалюється робота внутрішніх органів. Рухи стають більш активними, і більшість жінок саме в цей період починають їх відчувати (близько 16-22 тижня вагітності). Наприкінці другого триместру дитина вже реагує на звуки, може рухатися у відповідь на дотики або голос.

Що відбувається з організмом жінки

Для багатьох жінок другий триместр є найбільш стабільним і комфортним. Нудота і сильна втома зазвичай зменшуються (після 12-14 тижня), настрій стає стабільнішим, повертається апетит, з'являється більше сил. Але одночасно матка активно збільшується, живіт стає помітним, зміщується центр ваги, починає зростати навантаження на спину, таз, зв'язки, тазове дно і судини. Саме в цей період можуть з'являтися болі у м'язах, закладеність носа, закрепи, печія, кровоточивість ясен, головний біль, біль у попереку, перші набряки або варикозні зміни. Тобто самопочуття часто краще, але тіло вже відчутно входить у фазу механічного навантаження. Об'єм крові продовжує зростати, тому серцево-судинна система працює активніше, а через гормональні зміни судини стають більш розслабленими, тому часто можливе зниження тиск в першому та другому триместрі вагітності. У багатьох жінок починаючи з 16 тижня починає виділятися молозиво. Також, на цьому етапі зазвичай приходить повноцінне усвідомлення вагітності, а отже це вдалий час, щоб почати активну підготовку до пологів (фізично, інформаційно, психоемоційно)



Зміни організму під час вагітності: 3 триместр

Що головне відбувається з малюком

Третій триместр - це період активного набору ваги, росту і фінального дозрівання органів перед народженням. Особливо важливими є дозрівання легень (відбувається повністю до 34 тижня вагітності), нервової системи, мозку, накопичення жирової тканини та енергетичних запасів. Малюк стає більшим, сильнішим, рухи часто відчуються інакше. У третьому триместрі дитина зазвичай поступово займає положення, більш зручне для народження (в нормі - головне передлежання) особливо ближче 32-36 тижня.

Що відбувається з організмом жінки

У цей період навантаження на організм стає максимальним. Матка значно збільшується і тисне на діафрагму, шлунок, сечовий міхур і кишечник, тому можуть посилюватися задишка, печія, часте сечовипускання, закрепи, набряки, важкість у ногах, геморой, біль у спині та порушення сну. Через зміщення центру ваги і вагу живота тілу ще важче утримувати баланс, а зв'язки і суглоби продовжують працювати в умовах підвищеного навантаження. Також у цей період часто з'являються тренувальні перейми (хоч можуть бути і з другого триместру).

Третій триместр - це вже більше період підготовки до народження. Організм жінки переходить у режим великої адаптації: тіло вчиться нести більше навантаження, шийка матки поступово починає готуватися до пологів, а нервова система часто стає більш чутливою. У багатьох жінок посилюється тривожність, з'являється фрагментований сон, стає важче знайти зручну позу. Це природний етап, але він особливо потребує підтримки: достатнього відпочинку, м'якого руху, дихальної роботи, комфортних поз і уважного ставлення до симптомів, які можуть виходити за межі фізіологічної норми (про це детальніше в наступних уроках).



Рух, тазове дно, постава

Регулярний рух є запорукою здоров'я вагітної жінки, адже це сприяє нормальній адаптації організму до зростаючого навантаження. Регулярна помірна активність покращує кровообіг, допомагає тканинам краще отримувати кисень, зменшує застійні явища, підтримує суглоби, м'язи й зв'язки, а також може знижувати ризик болю в спині, закрепів, набряків і гестаційного діабету. Під час вагітності особливо важливі не виснажливі тренування, а стабільний, м'який і регулярний рух.

Постава і патерн дихання теж мають велике значення, тому що зі зростанням живота змінюється центр ваги, збільшується навантаження на попереk, таз і грудну клітку. Важливо стежити, щоб дихання не ставало поверхневим і лише "верхнім". Фізіологічне 3Д дихання передбачає м'яке розширення грудної клітки й ребер, роботу діафрагми, а також координацію з м'язами тазового дна: на вдиху тазове дно має вміти розслаблятися і реагувати разом із дихальною діафрагмою, а на видиху - м'яко включатися. Це допомагає краще розподіляти внутрішньочеревний тиск, підтримувати корпус і зменшувати ризик перенапруження тазового дна.

Тазове дно під час вагітності потребує не лише зміцнення, а й нормальної здатності розслаблятися! В першу чергу нас хвилює еластичність м'язів та тканин. Саме тому корисні не тільки вправи на зміцнення (вправи Кегеля краще уникати), а й робота з диханням, поставою, мобільністю тазу та суглобів. Такий підхід допомагає краще підтримувати тазові органи, зменшувати дискомфорт у попереку і тазу та готувати тіло до пологів і відновлення після них.

Подорожі під час вагітності

Найбільш комфортним і сприятливим періодом зазвичай вважають **другий триместр вагітності**: слабшають ознаки токсикозу та втоми, але ще немає такого навантаження для організму, як наприкінці вагітності. Можна використовувати будь-який вид транспорту, однак зазвичай поїзд може бути найбільш комфортним на довгі дистанції (можливість активно рухатись, розминатись, лежати і т.д.). У випадку поїздки автобусом враховуйте дорожні умови - чи дорога не є занадто вибоїстою, що буде провокувати сильну тряску та більше навантаження на хребет, суглоби та судини. У літаку важливо слідкувати за рівнем гідратації, періодично вставати рухатись, а у випадку довгих перельотів можливо використовувати компресійні панчохи для профілактики набряків та тромбозу. Зазвичай авіаподорожі дозволяються до 32-34 тижня вагітності.

Варто уникати довгих поїздок та подорожей, якщо є кров'яністі виділення, відходження навколоплідних вод, підозра на відшарування плаценти, загроза передчасних пологів, ІЦН, прееклампсія, виражена анемія, ознаки гіпоксії плода або загострення будь-якого хронічного захворювання. **Уникаємо** регіонів з високими інфекційними ризиками (малярія, вірус Зіка, лихоманка Денге), дуже спекотних зон, високогір'я, місць із сумнівною водою та їжею, а також локацій без доступу до кваліфікованої медичної допомоги. Такі напрямки підвищують ризик зневоднення, інфекцій, перегріву та ситуацій, коли швидко отримати якісну допомогу буде складно.

Лайфхаки для поїздки: пити достатньо води, не сидіти без руху довго, робити легку розминку, вдягати зручний вільний одяг та взуття, за потреби компресійні панчохи, поживні перекуси, гігієнічний набір, документи та обмінну карту.

У випадку поїздок автомобілем використовувати адаптер ременя безпеки для вагітних, котрий проходить під животом.



Обстеження, скринінги, аналізи під час вагітності

Аналізи та обстеження: 1 триместр

- ЗАК, Загальний аналіз сечі
- Глюкоза натще
- Група крові і резус-фактор
- ВІЛ
- сифіліс (RW / RPR)
- гепатит В (HBsAg)
- гепатит С
- Коагулограма
- Біохімія крові (бажано здати хоча б для себе)
- ТТГ
- TORCH (під питанням необхідність рутинного дослідження, виявляє здебільшого IgG (тобто сформований імунітет), інколи хибнопозитивні IgM. Специфічного лікування під час вагітності немає, є сенс здавати при підозрі на активний вірусний процес)
- Мазок на флору (під питанням необхідність рутинного виконання, радше при підозрах на ІПСШ чи скарги, не лікуємо умовно-патогенну мікрофлору просто так!)
- Бажано додатково слідкувати за панеллю анемії, дефіцитом В9, В12, загальним білком

Скринінг 1 триместру (11-13+6 тижнів):

- УЗД (комірцевий простір, анатомія)
- Біохімічний скринінг (PAPP-A, β -ХГЛ) - розрахунок ризику хромосомних аномалій

Всі програми та не інвазивні тести (Astraia, PRISCA, NIPT) роблять лиш орієнтовний розрахунок ризику, але не встановлюють наявності аномалій!

Аналізи та обстеження: 2 триместр

- **ЗАК, Загальний аналіз сечі** (повторно), **включаючи аналіз сечі на білок** (починаючи з цього періоду регулярно для виключення розвитку прееклампсії, можна теж регулярно використовувати домашні тест-смужки)
- **Бакпосів сечі** (для виключення безсимптомної бактеріурії, потребує лікування при виявленні бактерій у кількості $\geq 10^5$ КУО/мл, бо є великий ризик виникнення пієлонефриту, передчасний пологів, прееклампсії)
- Глюкозотолерантний тест на 24-28 тижні (контраверсійний тест, в уроці про гестаційний цукровий діабет пояснюю детально)
- Повторний інфекційний скринінг (ВІЛ, сифіліс) за показами
- Коагулограма за показами
- **Бажано додатково слідкувати за панеллю анемії, дефіцитом В9, В12, загальним білком, роботою гормонів щитоподібної залози**
- Цервікометрія на 16-24 тижні (вимір довжини шийки матки за допомогою трансвагінального датчика УЗД - в багатьох країнах практикується тільки в групах вагітностей високого ризику)

Скринінг 2 триместру (18-22 тижні):

- **УЗД** (анатомія, плацента, амніотична рідина)
- **Подвійний або потрійний біохімічний скринінг (АФП, вільний естріол, β -ХГЛ)** - розрахунок ризику аномалій розвитку (наприклад, spina bifida) та хромосомних аномалій

Аналізи та обстеження: 3 триместр

- **ЗАК, Загальний аналіз сечі** (повторно), аналіз сечі буде здаватись часто для контролю білка в сечі
- **Коагулограма**
- **ВІЛ** (повторно на 30 тижні)
- **сифіліс (RW / RPR)** (повторно на 30 тижні)
- **Біохімія крові** (за показами, бажано для себе)
- Бакпосів із піхви на стрептокок групи В на 35-37 тижні (під питанням необхідність проведення - колонізація змінюється, бактерія може з'являтися і зникати, навіть при наявності у мами ризик передачі дитині близько 1-2%, з чого серйозні клінічні прояви будуть у дуже маленької кількості, доцільною є терапія лише у разі підозри на інфікування у новонародженого)
- Мазок на флору (під питанням необхідність рутинного виконання, радше при підозрах на ІПСШ чи скарги, не лікуємо умовно-патогенну мікрофлору просто так і не "готуємо мікрофлору до пологів")
- **Бажано додатково слідкувати за панеллю анемії, дефіцитом В9, В12, загальним білком, роботою гормонів щитоподібної залози, вуглеводного обміну**

Скринінг 3 триместру по показами/бажанню (30-34 тижні):

- **УЗД** (анатомія, положення малюка, плацента, кількість амніотичної рідини, доплерометрія)

Харчування, добавки та медикаменти під час вагітності

Основи харчування під час вагітності

Харчування - це одночасно максимально проста і максимально складна тема. Складною вона стала саме через величезну кількість суперечливої інформації, розвиток промисловості та маркетингу, страхів. Наше завдання - не ускладнювати, а повернутись до базових принципів, на яких і тримається здоров'я.

База адекватного раціону - це натуральні, цільні продукти. Це ті продукти, які максимально близькі до свого природного вигляду:

м'ясо, риба та морепродукти, яйця, молочні продукти, крупи та бобові, овочі та фрукти. Однак важливим є не тільки сам продукт, а його якість та походження. Те, як вирощена їжа, чим харчувалась тварина, в яких умовах росли рослини напряду впливає на користь (або навіть шкоду) для організму.

Білок - це будівельний матеріал нашого тіла. З нього формуються тканини, ферменти, гормони, імунні клітини. Під час вагітності потреба в білку значно зростає, тому його дефіцит зустрічається досить часто.

Можливі ознаки дефіциту білку: слабкість і втома, постійна тяга до солодкого, часте відчуття голоду, набряки, часті вірусні та інфекційні захворювання або повільне відновлення.

Важливо споживати білки регулярно, бажано в кожному прийомі їжі (особливо тваринного походження) та **забезпечити умови для його ефективного засвоєння** (порушення ШКТ можуть цьому заважати (знижена кислотність шлунку, нестача ферментів підшлункової залози, порушений відтік жовчі, запалення кишківника, дисбактеріоз).

Окремо варто виділити субпродукти - це один з найбільш насичених нутрієнтами продуктів (залізо, вітаміни групи B, вітамін A, мікроелементи). Також за потреби підключати протеїнові коктейлі (натуральний склад - Ізолят сироваткового протеїну).

Основи харчування під час вагітності

Жири - основа жіночого здоров'я. Вони необхідні для синтезу гормонів, формування клітинних мембран, розвитку мозку дитини, засвоєння жиророзчинних вітамінів (А, D, Е, К). Якщо жирів недостатньо, організм часто починає "компенсувати" це тягою до швидких вуглеводів.

Якісні натуральні жири не є загрозою! (**вершкове масло, топлене масло, яловичий жир, оливкова олія, кокосова олія**)

Основну шкоду створюють саме трансжири, які утворюються при промисловій обробці олій і які підвищують саме ліпопротеїни низької щільності (ЛПНЩ). В загальному холестерин не є ворогом! це важлива сировина для гормонів і нормальної роботи організму.

Вуглеводи - теж надзвичайно важлива складова раціону. Ризик ховається у їх формі (мова про прості вуглеводи), кількості та якості. Навіть при порушеннях вуглеводного обміну не можна повністю їх виключати! Акцент робимо на цільних крупах та цільнозернових продуктах, бобових. **Дуже корисно крупи (також горіхи, сухофрукти) замочувати**, щоб нейтралізувати фітинову кислоту, що заважає засвоєнню мінералів, а також нейтралізаувати інгібітори ферментів. **Також варто опанувати ферментацію** - споживати випічку на заквасці, ферментовані продукти. Це знижує глікемічне навантаження, сприяє легшому травленню.

Клітковина - важлива для роботи кишечника, мікробіому та обміну речовин.

Вона міститься в овочах, фруктах, бобових, зернових.

Найкращий підхід - це **фокус на сезонних, локальних, ферментованих продуктах** (особливо квашена капуста).

Але зважайте на **індивідуальну генетичну переносимість (особливо хрестоцвітних та пасльонових)**, а також порушення переносимості сірковмісних продуктів (з цим радше потрібно працювати).

Основи харчування під час вагітності

Цукор і напої: чим менше доданого цукру - тим краще.

Надаємо перевагу фруктам та ягодам, домашнім десертам з якісними інгредієнтами (замість білого цукру можна обирати фініковий або кокосовий цукор, сироп агави чи топінамбура), натуральними жирами (споживання цукру або швидких вуглеводів разом із жирами, білками або клітковиною дійсно знижує глікемічне навантаження).

Цукор у складі цілих фруктів та ягід працює зовсім інакше, ніж у випадку доданих сиропів і т.д, тому що разом з фруктами отримуємо клітковину, вітаміни та мікроелементи, уповільнюємо підйом глюкози в крові.

Уникаємо кондитерських виробів з трансжирами, ультра-перероблені продукти, перевіряємо склад (не вестись на позначки “без цукру”, “фітнес” і т.д., бо багато цукрозамінників мають негативний вплив на мікробіом, імунітет, травлення та навіть серцево-судинну систему (особливо аспартам, сукралоза, але навіть еритрол більше не вважається безпечним).

Уникаємо також солодкі напої (газовані, соки, нектари) - це концентрат цукру, часто з доданими сиропами, без клітковини, дуже легко спожити цукру значно більше норми, більш стрімке підвищення рівня глюкози в крові.

В питаннях харчування зберігаємо баланс! Бажано вибудувати адекватний фундамент, тоді основні нутритивні потреби будуть покриті і робота організму буде злагодженою. Особливо це стосується вагітних, коли потреба в усіх корисних речовинах підвищена. В такому разі якісь 10% не настільки якісних продуктів не будуть мати настільки значного впливу. Працювати над харчуванням варто поступово, без фанатизму, прислухуючись до організму та свого самопочуття.

Саплементация під час вагітності

Саплементи (все можливі вітаміни, БАДи) можуть мати як позитивний, так і негативний вплив на роботу організму, тому до цього питання потрібно підходити виважено та індивідуалізовано. **Під час вагітності потреба в мікронутрієнтах зростає, але важливо розуміти що саме і кому потрібно, в якій формі та дозуванні.**

Варто надавати перевагу професійним виробникам добавок, де використовується якісна сировина (бо інколи в добавках можуть бути високі дози важких металів, особливо свинця, ртуті, кадмію, миш'яку), теж уважно перевіряти форму вітамінів (максимально біодоступну, не синтетичну), наявність в складі кофакторів, синергістів та антагоністів, а також додаткових складників. Окрім того важливими є теж умови засвоєння - стан ШКТ та поєднання з тими чи іншими продуктами, в деяких випадках час доби теж може мати значення.

У кожної жінки є свій анамнез, особливості стану здоров'я в цілому та перебігу вагітності, свої слабкі місця. **Зазвичай не рекомендую прийом мультівітамінних комплексів** (особливо по типу Елевіт, Pregna, Femibion), бо мають багато синтетичних форм, не відповідні дозування, погані поєднання. **Краще підходити індивідуально - перевірити нутрітивний статус, а потім виходячи з результатів аналізів підбирати відповідні дозування, форми.**

Профіцит вітамінів може бути так само небезпечним, як і дефіцит, тому не приймаємо все підряд про всяк випадок, але й нехтувати цією темою не потрібно, особливо в реаліях нашого життя та якості і нутрітивної цінності продуктів, що ми споживаємо. **В прикріплених файлах буде гайд по саплементам** (які форми обирати, особливості прийому та дозування для вагітних, приклади якісних виробників).

Медикаменти під час вагітності

Будь-які лікарські засоби мають той чи інший вплив на організм людини, а особливо вагітної жінки та дитини внутрішньоутробно. **Завжди оцінюємо чи потенційна користь переважає потенційний ризик.** Перевіряємо чи дозволений препарат під час вагітності та лактації згідно інструкції. Більше про вплив можна дізнатись на MotherToBaby Fact Sheets. Для інформації щодо прийому під час ГВ: <https://www.e-lactancia.org/>

Якщо був тривалий прийом певного препарату до вагітності, то обов'язково повідомити лікаря про планування вагітності чи факт настання вагітності. Якщо Ви годуєте грудьми - теж повідомляти лікаря.

Забороняється застосування препаратів з тератогенним ефектом на плід, велика частина препаратів з груп: протисудомних засобів (вальпроєва кислота), антибіотиків, ретиноїдів, антикоагулянтів, імуномодуляторів, цитостатиків, інгібіторів АПФ і блокаторів рецепторів ангіотензину, гормональних препаратів.

Уникайте прийом НПЗП, особливо в другому та третьому триместрі вагітності через негативний вплив на нирки плода, серцево-судинні ускладнення та маловоддя (по типу ібупрофену, диклофенаку, німесилу (останній суворо протипоказаний під час вагітності)).

Уникайте також прийом препаратів на основі парацетамолу, хоч він і вважається безпечнішим жарознижувальним засобом, однак є дослідження, що прийом цього препарату вагітною жінкою підвищує ризик РАС та РДУГ у дітей (через вплив на канабіоїдні рецептори CB1/CB2 плоду, порушення нейрогенезу). Також уникати прийому парацетамолу дітьми до 2-3 років!

Розповсюджені стани та ускладнення під час вагітності

Токсикоз

Токсикоз проявляється **нудотою, блюванням, змінами апетиту та підвищеною чутливістю до запахів**. Зазвичай починається приблизно з 5-6 тижня, досягає піку на 9-10 тижні і у більшості жінок **поступово зникає до 12-14 тижня**. Важливо розуміти, що в більшості випадків це не патологія, а адаптаційна гормональна реакція організму на вагітність, з якою **стикається до 50-80% жінок**.

Механізм розвитку токсикозу до кінця не вивчений, але основну роль відіграють **гормональні зміни** (зростання ХГЛ, прогестерону, естрогену), **адаптація імунної системи** до плоду, а також **підвищена чутливість нервової системи**. Вплив мають і **психоемоційні фактори**: стрес, перевтома, недосип, а також спадкова схильність. Окрім того проблеми щитоподібної залози та ШКТ (жовчний, печінка) теж можуть посилити прояви. Ступінь вираженості токсикозу може бути різним - від легкого дискомфорту до важкого стану, який супроводжується частим блюванням (більше 10-20 разів на добу), втратою ваги, зневодненням і порушенням електролітного балансу. У таких випадках вже потрібна медична допомога, іноді навіть госпіталізація.

Полегшити прояви токсикозу часто допомагають прості речі: дробне харчування невеликими порціями, вибір тих продуктів, які добре переносяться, вживання прохолодної їжі та напоїв, достатній відпочинок і зниження рівня стресу.

Добре себе показали **імбир, лимон і вітамін В6** (який навіть входить у міжнародні протоколи як доказано ефективний засіб полегшення токсикозу, але краще тримати його хороший рівень ще до вагітності, бо саме дефіцит віт. В6 може спричинити сильний токсикоз). Також можна застосовувати **якісні ефірні олії** для дифузора чи сухих інгаляцій з рук: лимон, кардамон, грейфрут, апельсин, імбир, м'ята перцева.

Нормальний тонус чи загроза викидня?

“Гіпертонус матки” - це не діагноз, а лише опис стану тимчасових маткових скорочень. Матка - це м'язовий орган, який протягом вагітності росте, розтягується (як і зв'язки, що її тримають) і реагує на різні подразники, тому такі скорочення є абсолютно **нормальним фізіологічним процесом**. Вони можуть виникати при зміні положення тіла, фізичному навантаженні, під час сексу, при наповненому сечовому міхурі, через стрес або навіть як **реакція на дотик чи УЗД**. Це частина роботи матки і її адаптації до вагітності.

У більшості випадків такий стан **не потребує жодного лікування**. Якщо скорочення нерегулярні, не наростають і не стають болючішими, шийка матки нормальної довжини (>25мм на 16-24 тижні вагітності) і закрита, немає кров'янистих виділень, а малючок активний - це варіант норми. Важливо не плутати ці відчуття з переймами та не піддаватися паніці.

Жінок часто лякають “гіпертонусом” і починають “лікувати” не зрозуміло що. Часто кладуть “на збереження”, капають магnezію, призначають прогестерон. Але пам'ятаймо, **що прогестерон має чіткі покази і не застосовується “про всякий випадок”**, адже може мати серйозні побічні дії. (майже всі стосуються вагітності через ЕКЗ, окрім того ситуації, коли було 3 та більше викидні, а також коли встановлено ІЦН і застосування прогестерону є доцільним). **Будь-яке призначення має бути обґрунтованим, із розумінням користі та ризиків.**

Нормальний тонус чи загроза викидня?

Загроза викидня - це вже клінічний стан, який супроводжується конкретними симптомами: болем внизу живота або в попереку, кров'янистими виділеннями, початком переймів. **Основним методом оцінки є УЗД**, де перевіряють наявність серцебиття, стан хоріону, можливу гематому, відшарування, а також шийку матки. Водночас сам діагноз "загроза" не означає, що вагітність обов'язково перерветься, близько 80% вагітностей із таким діагнозом продовжуються нормально. Найчастішою причиною ранніх втрат, особливо до 10 тижня, є **хромосомні аномалії ембріона**. Також значення можуть мати гормональні порушення, зокрема проблеми зі щитоподібною залозою, інфекції, сильний стрес, виснаження, шкідливі звички, патології матки, порушення згортальної системи крові або імунологічні чинники.

Сучасні міжнародні підходи **не підтримують безпідставне "збереження" вагітності будь-якою ціною на ранніх термінах**. Якщо вагітність має серйозний генетичний дефект, жоден прогестерон чи інші препарати не здатні її "врятувати", а інколи лише відтягують природне завершення, збільшуючи ризики затриманого викидня, гематом або інфекційних ускладнень. Саме тому в багатьох випадках основним підходом є спостереження та підтримка жінки, а також уважна оцінка реального стану.

Більше того, навіть викидні на ранніх термінах в переважній своїй більшості **не потребують медичних втручань та проходять природнім шляхом**, організм очищується самотйно. Все це має відбуватись під контролем показників, аналізів та УЗД, однак за умови відсутності ознак інтоксикації та супутніх ускладнень причин вмішуватись зазвичай немає. Близько 20% вагітностей закінчується викиднем, однією з функцій жіночої репродуктивної системи є вчасно розпізнати серйозні порушення, зупинити розвиток такої вагітності та очиститись, підготувавшись до наступної вагітності.

Мікрофлора, виділення, мазки

Під час вагітності мікрофлора піхви природно змінюється під впливом гормонів і через це виділень зазвичай стає більше. Нормальні виділення при вагітності найчастіше світлі або молочно-білі, однорідні, без різкого неприємного запаху, без вираженого свербіжу, печіння чи болю.

Мазки та аналізи під час вагітності мають сенс тоді, **коли є симптоми або чіткі покази**, а не просто “щоб щось пошукати”. Ми лікуємо людину, а не аналізи самі по собі! Якщо жінку нічого не турбує, безсимптомне вишукування різних умовно-патогенних мікроорганізмів (що є частиною нормальної мікрофлори піхви та кишківника!) часто **призводить лише до зайвого лікування, тривоги і порушення мікрофлори**. Мікрофлора не є стерильною і тому майже у кожної можна побачити такі знахідки на рутинних обстеженнях без показань. Це особливо стосується уреоплазми та мікоплазми, котрі для нормальної здорової вагітності не несуть шкоди.

До **патологічних станів**, за якими варто слідкувати під час вагітності належать насамперед **трихомоніаз, хламідіоз та інші ІПСШ, бактеріальний вагіноз**, (за умови наявності скарг та відповідних симптомів), **кандидоз** (однак тут складно, адже через зниження імунітету у вагітних дуже часто рецидуючий кандидоз, саме по собі не є небезпечним станом, однак варто не допускати ускладнення у вигляді кольпіту).

Прееклампсія

Прееклампсія - це серйозне ускладнення вагітності, пов'язане з порушенням роботи судин та плаценти, яке зазвичай виникає після 20 тижня. Стан може розвиватись поступово або дуже швидко, тому важливо не ігнорувати симптоми.

Ключові діагностичні критерії: тиск $\geq 140/90$ мм рт. ст., наявність білка в сечі та набряки, однак набряки самі по собі не є обов'язково признаком прееклампсії, вони зустрічаються у більшості вагітних, особливо в 3 триместрі і можуть бути варіантом норми.

До **факторів ризику** належать надмірна вага, гіпертензія до вагітності, цукровий діабет, аутоімунні стани, багатоплідна вагітність, перша вагітність або короткий інтервал між вагітностями. З точки зору **інтегративної медицини** важливу роль відіграють хронічний стрес (впливає на спазм судин), дефіцити магнію, вітаміну Д, електролітів, порушення мікробіому, низька фізична активність (і відповідні порушення кровообігу, застійні процеси) і загальний метаболічний дисбаланс. Будь-які фактори, що можуть впливати на судинну регуляцію та запалення. Тому **профілактично акцент робимо на повноцінне харчування з достатньою кількістю білку, магнію, кальцію у балансі з вітаміном Д, адекватну гідратацію, контроль стресу, регулярну фізичну активність і обов'язковий моніторинг артеріального тиску вдома!** (вагітні часто не відчують підвищений тиск!)

З позиції **протокольної медицини** важливим є раннє виявлення ризиків розвитку прееклампсії (скринінг у 1 триместрі) та за умови високого ризику профілактика низькими дозами аспірину (але дозування має бути адекватне, аспірин в дозах більше 300 мг/день асоційовано з тератогенним ефектом, а у 3 триместрі з підвищеним ризиком кровотеч, передчасним закриттям артеріальної протоки у дитини, проблеми з нирками, тощо). **Єдиним реальним "лікуванням" прееклампсії є пологи.** Тактика ведення залежить від терміну та стану матері й дитини - іноді вагітність намагаються пролонгувати під наглядом, якщо термін вагітності ще надто маленький для пологів.

Гестаційний цукровий діабет

Гестаційний цукровий діабет - це стан, при якому **під час вагітності підвищується рівень глюкози в крові через зниження чутливості клітин до інсуліну**. У нормі після їжі глюкоза потрапляє в клітини за допомогою інсуліну, але під час вагітності плацентарні гормони (плацентарний лактоген, прогестерон, кортизол, пролактин, естрогени) частково блокують його дію. Це фізіологічно потрібно, щоб більше глюкози залишалось у крові для дитини, але якщо підшлункова не справляється - розвивається гіперглікемія і ГД. Такий стан зустрічається приблизно у 8% вагітностей.

До факторів ризику належать: надмірна вага до вагітності, сімейний анамнез діабету 2 типу, вік >35 років, СПКЯ, надмірний набір ваги під час вагітності, попередні вагітності з великою вагою дитини (>4 кг) або ускладненнями, а також етнічні фактори. У більшості жінок після пологів рівень глюкози нормалізується, але у 30-50% в майбутньому може розвинутиись діабет 2 типу, а у малюків підвищується ризик ожиріння та метаболічних порушень протягом життя.

Основою профілактики є збалансоване харчування: достатня кількість білка в кожному прийомі їжі, перевага складним вуглеводам, корисним жирам, мінімізація швидких цукрів. **Важливі також рух** (наприклад, ходьба принаймі 30 хв після їжі, комплекси тренувань для вагітних), **контроль стресу** (оскільки кортизол підвищує глюкозу) та **якісний сон** (7-9 годин), адже його дефіцит знижує чутливість до інсуліну. **Індивідуально за потреби саплементція:** вітамін Д3+К2, омега-3, магній, цинк, хром, міо-інозитол, пробіотики - є дослідження, що показують їх позитивний вплив на метаболізм глюкози.

Гестаційний цукровий діабет

Глюкозотолерантний тест (ГТТ) вважається “золотим стандартом” діагностики ГД. Його зазвичай проводять на 24-28 тижні: спочатку визначають глюкозу натще, потім жінка випиває 75-100 г чистої глюкози, після чого рівень цукру вимірюють через 1-2 години. **Мета: оцінити реакцію організму на глюкозне навантаження.**

Але! З фізіологічної точки зору, вуглеводи в їжі зазвичай надходять у вигляді складних молекул (полісахаридів і дисахаридів), які потребують розщеплення ферментами (амілаза, мальтаза, лактаза, сахараза) ще з ротової порожнини і далі в кишечнику. Чиста глюкоза - це вже готова форма, яка миттєво всмоктується в кров, викликаючи різкий підйом цукру. **Під час ГТТ підшлункова змушена екстрено виділяти велику кількість інсуліну.**

Через таке різке навантаження багато жінок відчують нудоту, слабкість, запаморочення, інколи навіть гіпоглікемію. Для дитини це також “глюкозний удар”: разом із материнською глюкозою швидко зростає і його рівень цукру, що стимулює активне виділення інсуліну. **Це може бути стресом для незрілої роботи систем малюка і пов’язується з підвищеними ризиками метаболічних порушень у майбутньому.**

Окрім цього, критерії тесту часто відрізняються між країнами, можливі хибнопозитивні результати, що веде до гіпердіагностики і додаткових обстежень. **Сам тест показує реакцію на штучне навантаження, а не реальну метаболічну ситуацію у повсякденному житті.** А при встановленні діагнозу ГЦД майже завжди всі дії зводяться до збалансованого харчування, фізичної активності, та домашніх вимірів глюкози.

Як альтернатива, може використовуватись “харчовий тест” або періодичний контроль цукру глюкометром: вимірювання натще і через 1-2 години після звичайних прийомів їжі з веденням щоденника. Це дозволяє побачити індивідуальну реакцію організму на реальні продукти і вчасно скоригувати харчування.

Варикоз, геморой

Варикоз під час вагітності зустрічається досить часто, пов'язано це зі збільшенням об'єму крові, тиску на вени малого тазу та нижню порожнисту вену, через що ускладнюється відтік крові від ніг і органів малого тазу. Теж ріст прогестерону під час вагітності розслабляє стінки судин, роблячи їх більш схильними до розширення, а також розслабляє м'язи кишечника, уповільнює перистальтику, що сприяє **закрепам та геморою**.

З холістичної точки зору ці стани розглядаються як прояв венозного застою і зниження якості судинної стінки.

Малорухливий спосіб життя, тривале сидіння або стояння, недостатня гідратація, дефіцити мікроелементів (зокрема магнію, вітаміну С та біофлавоноїдів), а також хронічний стрес створюють умови, при яких кров рухається гірше, а судини не витримують навантаження. Важливу роль також відіграє дисбаланс мікробіому. **Важливо створювати умови, при яких покращується венозний відтік.** Регулярний рух (щоденні прогулянки, плавання, пілатес чи розумний фітнес для вагітних) допомагають активізувати кровообіг і зменшити застій. Важливо уникати тривалого перебування в одній позі, не сидіти нога на ногу і періодично давати ногам відпочинок у піднятому положенні. Сон на лівому боці також сприяє кращому венозному відтоку.

Споживання достатньої кількості клітковини, води і магнію допомагає м'яко регулювати стілець і запобігати закрепам. **Раціон має бути збалансованим, з акцентом на цільні продукти, овочі, корисні жири і достатню кількість білка та колагену для підтримки сполучної тканини!** За потреби саплементация вітаміну С, біофлавоноїди (рутин, кверцетин), омега-3, магнію, пептидів колагену. Інколи можуть використовуватись компресійні панчохи (обирати з фахівцем), прохолодний душ для ніг, гелі чи натуральні засоби з судинопідтримуючим ефектом (наприклад, Weleda Venadoron). При геморої ключовим є делікатна гігієна (бажано водою) та уникнення будь-якого надмірного напруження (бажано звернутись до лікаря-проктолога).

Порушення сну, судомии, риніт вагітних

Судомии (особливо литок, вночі) часто зустрічаються, здебільшого починаючи з **другого триместру**. Зазвичай вони пов'язані з навантаженням на ноги, змінами кровообігу, зневодненням або мінеральним дисбалансом. **Для полегшення стану** рекомендується прийом магнію (цитрат/гліцинат/малат), водний та електролітний баланс, фізична активність, м'який масаж литкових м'язів перед сном. Якщо судома вже виникла - обережно потягнути стопу на себе.

Порушення сну під час вагітності зустрічаються дуже часто, особливо **в третьому триместрі**.

До головних причин відносять: гормональні зміни (все ті ж прогестерон і естроген), складнощі зі зручним положенням для сну, часті пробудження в туалет, печія, рухи малюка, тривожність, синдром неспокійних ніг або навіть апное сну (особливо якщо є зайва вага). Важливість повноцінного сну та відпочинку для профілактики ГЦД, прееклампсії, депресії.

Що може допомогти:

- фізична активність протягом дня (прогулянки, вправи);
- приглушене світло ввечері, відсутність екранного часу за 1-2 години до сну;
- теплий душ чи ванна перед сном;
- провітрювання кімнати та достатня вологість повітря;
- прийом магнію (особливо цитрат, гліцинат або малат), магнієвий спрей для шкіри (особливо для ніг), магнієві ванни;
- заспокійлива музика або білий шум/звуки природи/пташок;
- подушка для вагітних (особливо U-подібною форми), зручна поза (найкраще - на лівому боці).

Порушення сну, судоми, риніт вагітних

Риніт вагітних: закладеність носа, набряк слизової оболонки та слизові виділення без температури й інших симптомів застуди під час вагітності. Досить поширене явище, виникає через гормональні зміни, зокрема під впливом естрогенів, які посилюють кровопостачання слизової оболонки носа та сприяють її набряку. Найчастіше з'являється у другому або третьому триместрі та зазвичай минає самостійно після пологів.

Судинозвужувальні краплі НЕ рекомендується використовувати. Вони можуть викликати звикання і з часом лише посилювати дискомфорт, а також звужувати судини в усьому тілі, у тому числі потенційно погіршувати кровопостачання плаценти (бо впливають на альфа-адренорецептори в усіх частинах тіла), особливо небезпечні в першому триместрі.

Що може допомогти:

- підтримання достатньої вологості повітря в кімнаті, регулярне провітрювання;
- промивання носа сольовими або морськими розчинами;
- достатнє споживання рідини;
- припідняте узголів'я ліжка під час сну;
- легкий масаж у ділянці носа, перенісся та носових пазух.
- якісні ефірні олії (сухі інгаляції або в дифузор): перцеву м'яту (peppermint), евкаліпт (eucalyptus), камфору (ravintsara), ладан (frankincense), лаванду (lavender), лимон (lemon), дикий апельсин (wild orange).

Головний біль, порушення зору

Головний біль під час вагітності зустрічається досить часто. Його можуть провокувати гормональні зміни, втома, недосипання, зневоднення, голод або великі перерви між прийомами їжі, напруження, а також мігрень. **Для полегшення стану** можуть допомогти достатня гідратація, регулярне харчування, відпочинок у тихому затемненому приміщенні, сон, свіже повітря, зменшення екранного навантаження, магній (особливо цитрат) та м'які техніки розслаблення, дихання.

Порушення зору під час вагітності (особливо сухість, розмитість, суб'єктивне відчуття зниження гостроти) зумовлені гормональними змінами, затримкою рідини та перебудовою кровообігу. Підвищення рівня прогестерону змінює кривизну рогівки та еластичність тканин, а зниження тиску впливає на кровопостачання очей. Ці зміни можуть зберігатись аж до закінчення періоду грудного вигодовування, тому потрібна періодична перевірка зору, контроль в динаміці.

Рекомендується зменшити навантаження на очі, екранний час, підключаємо легкий масаж шиї та голови, слідкуємо за достатнім рівнем гідрації організму.

Важливо! сильний або стійкий головний біль, "мушки" перед очима, виражене затуманення зору, різка світлочутливість, набряк обличчя чи рук, підвищений тиск потребують негайного звернення до лікаря.

Анемія

Анемія - одна з найбільш контраверсійних тем сьогодення. **Це стан, при якому кров гірше переносить кисень до тканин (у випадку вагітності менше кисню теж надходить малюку).** Найчастіше анемія проявляється слабкістю, втомою, блідістю, запамороченням, тахікарією, задишкою, головним болем, поганою концентрацією. Дійсно, жінки протягом життя більш схильні до анемії, особливо залізодефіцитної, однак **під час вагітності є певні нормальні фізіологічні зміни крові.**

У другому триместрі об'єм плазми значно збільшується, кров ніби розріджується, тому гемоглобін може (і має як частина нормально адаптації системи кровообігу до вагітності) знижуватись, хоч це і не свідчить про патологію. Саме тому до питання залізодефіциту чи анемії в цілому (діагностика та методи корекції) потрібно підходити комплексно, враховуючи фізіологічні особливості.

За сучасними критеріями анемією під час вагітності зазвичай вважають гемоглобін нижче 110 г/л у першому та третьому триместрі і нижче 105 г/л у другому триместрі. Хоч є й інші школи (наприклад по Мішелю Одену), котрий говорить про значно нижчі рівні і асоціює нижчий гемоглобін (близько 95 г/л перед пологами) з нижчим ризиком кровотечі, натомість сучасні клінічні рекомендації навпаки вважають такі показники вищим ризиком кровотечі, передчасних пологів та складнішого відновлення.

Діагностика анемії має бути комплексною. Перевіряємо загальний аналіз крові з еритроцитарними індексами: гемоглобін, гематокрит, еритроцити, MCV, MCH, MCHC, RDW, **феритин, трансферин, насичення трансферину залізом, віт. B12, фолієва кислота, загальний білок.** Якщо MCV менше 85 і MCH менше 27 - говоримо про залізодефіцит, підвищений трансферин (або ближче верхньої межі референсу) теж буде вказувати на це. Якщо MCV вище норми (еритроцити збільшені за розміром) - це маркер дефіциту B12 або фолатів. Бажано перевірити СРБ, бо феритин є білком гострої фази і може бути нормальним або високим при запаленні (хоча при вагітності СРБ та ШОЄ фізіологічно підвищуються). Феритин хоч і відображає "депо заліза", але один цей показник не дає повну картину і не вказує, чи організм дійсно потребує більше заліза, а у вагітних феритин практично завжди значно знижений.

Анемія

Тобто є кілька основних видів анемії: залізодефіцитна (коли організму не вистачає заліза для утворення гемоглобіну), **B12-дефіцитна і фолат-дефіцитна анемія** (проблема не в залізі, а в дозріванні еритроцитів), **хронічного запалення** (залізо може бути в організмі, але через високий гепсидин воно блокується і мало доступне для кровотворення). **Гепсидин** - це печінковий гормон-регулятор заліза і коли є запалення, інфекція або надлишок заліза, він блокує феропортин і зменшує вихід заліза в кров, що є захисним механізмом, але при хронічному запаленні він може створювати картину анемії, в такій ситуації просто пити залізо буде поганою ідеєю, бо **у надлишку вільне залізо може посилювати оксидативний стрес, подразнювати ШКТ, погіршувати запальні процеси.**

Холістичний підхід заключається в тому, щоб зрозуміти, чому організм не має достатньо ресурсів або чому він не може ними нормально користуватися. **Для природного засвоєння заліза потрібні нормальна кислотність шлунку, хороша робота жовчного, печінки й кишківника, достатньо білка, міді, цинку, вітаміну А, B12, B9, B6, вітаміну С.** Якщо жінка їсть мало білка (особливо червоного м'яса та субпродуктів), має погане травлення, здуття, СНБР, хронічне запалення, проблеми з жовчним, низьку кислотність або приймає антациди, залізо з їжі й добавок може засвоюватися значно гірше.

Найкраще засвоюється гемове залізо з продуктів тваринного походження: червоне м'ясо, яловичина, баранина, субпродукти, яйця, риба. **Для корекції залізодефіциту такі продукти мають бути в раціоні щодня.** Негемове залізо є в гречці, бобових, гарбузовому насінні, кунжуті, зелені, буряку, темних ягодах, сухофруктах, какао, але воно засвоюється гірше і сильніше залежить від стану ШКТ та поєднань у раціоні. **Для кращого засвоєння заліза поєднуємо його з вітаміном С** (м'ясо з овочами, лимонним соком, квашеною капустою, ягодами, зеленню). Водночас кава, чорний і зелений чай, кальцій, молочні продукти, зернові та бобові знижують засвоєння заліза, тому їх краще розносити в часі.

Анемія

Якщо залізо все ж потрібне, то краще обирати форми, які легше переносяться ШКТ. **Найчастіше добре переносяться бісгліцинат заліза, хелатні форми, ліпосомальне залізо. Можна підключати теж додатково капсульован субпродукти (beef liver, beef organs), лактоферин, трансдермальні патчі з залізом.** Приймати краще меншими дозами протягом дня.

Обов'язково слідкуємо за рівнем загального білка (він хоч і буде знижуватись у вагітних, однак його потреба значно зростає, тому інколи варто підключати якісні протеїнові коктейлі та амінокислоти). Допоки загальний білок буде низьким - феритин теж може бути дуже низьким, він теж є білком.

Найоптимальніше - входити у вагітність з хорошими запасами заліза, бо під час вагітності анемію компенсувати надзвичайно складно, також тоді корисно буде відстежувати зміни в динаміці і розуміти, чи проблема загострюється, чи просто спостерігається фізіологічне зниження.

Окрему увагу приділяємо роботі щитоподібної залози, бо її функції дуже часто порушуються у випадку анемії, адже залізо є ключовим компонентом для синтезу тиреоїдних гормонів та загального метаболізму гормонів. Водночас знижена функція щитоподібної залози може викликати анемію через пригнічення кісткового мозку та недостатнє вироблення еритропоетину. **Саме тому часто залізодефіцитна анемія поєднується з недостатністю йоду, селену та цинку.** Однак необхідність прийому йоду варто вирішувати індивідуально, зважаючи на раціон харчування, особливості організму, показники рівнів інших гормонів щитоподібної залози та антитіл. На момент планування вагітності важливо дотримання цільових показників ТТГ в діапазоні 1-2,5 мМО/л, адже **нормальна функція щитоподібної залози необхідна для формування кори головного мозку дитини**, особливо на ранніх термінах. Ближче кінця вагітності ТТГ може дещо зростати фізіологічно.

Істміко-цервікальна недостатність (ІЦН)

Істміко-цервікальна недостатність (ІЦН) - це стан, при якому шийка матки передчасно вкорочується або відкривається, найчастіше у другому триместрі, що може підвищувати ризик втрати вагітності або передчасних пологів. **Основним критерієм є довжина шийки матки менше 25 мм та/або відкриття внутрішнього вічка у терміні 16-24 тижні за даними трансвагінального УЗД.** При цьому рутинна цервікометрія в багатьох країнах світу не рекомендується, а призначається жінкам з групи високого ризику.

Основні методи лікування - прогестерон вагінально та серкляж (детально в наступному слайді). **Холістичний підхід** при ІЦН спрямований на створення максимально **бережних умов для шийки матки**: уникнення перевантаження, тривалого стояння і носіння важкого, м'які остеопатичні техніки і розвантаження таза (пози, що зменшують тиск на шийку матки). Додатково важливі повноцінне харчування з достатньою кількістю колагену та білка (кісткові бульйони, пептиди, протеїнові коктейлі), природна протизапальна та гормональна підтримка (альфа-ліпоева кислота, вітамін B6, D, магній).

Песарій НЕ показав достатньої клінічної ефективності у профілактиці передчасних пологів. У частини жінок песарій також асоціювався з підвищенням ризику ускладнень, зокрема інфекцій, дисбіозу, бактеріального вагінозу та подразнення слизової, також ризик внутрішньоутробних та неонатальних ускладнень, включаючи мертвонародження (через інтраамніотичні інфекції).

До факторів ризику ІЦН відносять:

- втручання на шийці матки в анамнезі, зокрема конізацію чи біопсію;
- травматичні пологи або пошкодження шийки матки в минулому;
- багатоплідну вагітність;
- втрати вагітності у другому триместрі або передчасні пологи в анамнезі.

Істмико-цервікальна недостатність (ІЦН)

Прогестерон показаний жінкам з одноплідною вагітністю, якщо при цервікометрії у терміні 16-24 тижні довжина шийки матки становить менше 25 мм (навіть якщо в анамнезі не було передчасних пологів). Також прогестерон може застосовуватися у жінок з анамнезом передчасних пологів як профілактика повторного ризику. Водночас прогестерон не має доведеної ефективності при багатоплідній вагітності, активному інфекційному процесі або вже відкритій шийці матки. При багатоплідній вагітності його ефективність обмежена, оскільки механічний тиск на шийку матки є значно сильнішим, а фізіологічні зміни шийки відбуваються швидше.

Серкляж - це накладання шва на шийку матки. Виконується профілактично у жінок, які мали дві і більше втрати вагітності у другому триместрі або двоє і більше передчасних пологів до 34 тижнів. Також можуть застосовувати по результатам УЗД у жінок з анамнезом передчасних пологів або втрат вагітності, якщо при цервікометрії довжина шийки матки менше 25 мм. Найчастіше серкляж виконують в терміні 16-23 тижні (особливо якщо прогестерон неефективний або шийка продовжує прогресивно коротшати). **Ургентний серкляж** можливий при виявленні розкриття шийки з випинанням плодових оболонок (але за відсутності перейм!), переважно до 24 тижня вагітності.

Протипоказання до серкляжу: інфекції, кровотеча, перейми, розрив плодових оболонок і важкі аномалії плода. Як і будь-яке інвазивне втручання, серкляж не проводиться "про всяк випадок", а має свої чіткі показання, ризику й обмеження.

Маловоддя, багатоводдя

@vivonique.valerie

Маловоддя - це зменшення кількості навколоплідних вод (<500 мл), а **багатоводдя** - їх надлишок (>1,5 л). Діагностується за допомогою УЗД (визначається індекс амніотичної рідини) та/або за допомогою пальпації живота.

В нормі навколоплідні води постійно оновлюються і знаходяться в балансі: дитина ковтає амніотичну рідину, котра всмоктується в травному тракті, потрапляє в кров, фільтрується нирками і виділяється у вигляді сечі назад в навколоплідні води. Частково води також проходять через легені малюка та через плодові оболонки та плаценту. Якщо цей цикл порушується, то при проблемах із ковтанням рідина накопичується і маємо справу з багатоводдям, а при проблемах із сечовиділенням або нирками дитини рідини виробляється мало і маємо справу з маловоддям.

Причини маловоддя:

- **патології плода** (вроджені аномалії сечовидільної системи та нирок, хромосомні аномалії, затримка внутрішньоутробного розвитку (ЗВУР), внутрішньоутробні інфекції (ЦМВ, хламідії, тощо) внутрішньоутробна загибель плода),
- **патології плаценти** (фетоплацентарна недостатність, плацентарні інфаркти, тромбоз, відшарування плаценти),
- **ускладнення вагітності** (пreeклампсія/гестоз, переношена вагітність, багатоплідна вагітність (синдром фето-фетальної трансфузії, важкі хронічні захворювання жінки (серцево-судинні, ниркові, аутоімунні), артеріальна гіпертензія, цукровий діабет/надмірна вага, зневоднення (блювання, діарея, інтоксикації), куріння (нікотинова інтоксикація),
- **передчасний розрив навколоплідних оболонок.**

Маловоддя, багатоводдя

@vionique.valerie

Маловоддя несе в собі певні потенційні ризики (особливо виражене тривале маловоддя). Через недостатню кількість навколоплідних вод дитина перебуває в умовах більшого здавлення, що може підвищувати ризик деформацій опорно-рухового апарату (викривлення хребта, суглобів). Також зростає ризик гіпоксії плода через погіршення умов для нормального розвитку та функціонування плаценти. Також маловоддя пов'язане з підвищеним ризиком передчасних пологів, формуванням “плоского” плодового міхура (що може ускладнити пологи), окрім цього збільшуватись ризик травматизації, зокрема розривів шийки матки. **Важливо ідентифікувати причину маловоддя та працювати саме з нею!**

Така ж ситуація і з багатоводдям (знайти першопричину та за можливості зкорегувати стан).

Основні ризики багатоводдя включають гестоз, передчасне відходження навколоплідних вод, передчасне відшарування плаценти і слабке скорочення матки після пологів, що може призводити до кровотеч. **У випадку багатоводдя у пологах є свої особливості:** часто потребується рання і контрольована амніотомія з повільним випусканням вод (щоб зменшити ризик випадіння пуповини). Також через ризик слабкості пологової діяльності і післяпологової атонії матки може застосовуватись окситоцин під контролем лікарів.

Причини багатоводдя:

- **патології плода** (вади розвитку, що порушують ковтання навколоплідних вод (атрезія стравоходу або кишківника), аненцефалія, пухлини (зокрема нирок), анемія плода, вади серця, легень хромосомні аномалії (зокрема синдром Едвардса),
- **резус-конфлікт,**
- **інфекційні ураження** (токсоплазмоз, цитомегаловірус, парвовірус, краснуха, сифіліс, інші внутрішньоутробні інфекції),
- **ускладнення вагітності** (гестаційний цукровий діабет, захворювання нирок у мами),

Лікування ГРВІ під час вагітності

Під час вагітності є серйозні обмеження щодо медикаментозних засобів, що можуть використовуватись. У випадку не ускладнених ГРВІ найголовніше - це **забезпечити умови для відновлення організму**: відпочинок, достатній рівень гідратації, провітрювання, промивання носа сольовими розчинами та прості місцеві засоби для горла за потреби.

Забезпечуємо вітамінну підтримку організму: вітамін Д3+К2, цинк, селен, вітамін С (аскорбат натрію або ліпосомальний), електроліти (особливо в період зневоднення або відновлення після хвороби).

Тепле рясне пиття: звичайна (не газована) тепла вода, ягідні морси, чаї (особливо липа, шипшина, імбир), кісткові бульйони.

Якщо нежить: Но-соль, Хьюмер, ефірні олії (в дифузор чи сухі інгаляції з ладонь: сосна, ялина, евкаліпт радіата, лимон, дикий апельсин, чайне дерево, лаванда).

При болі в горлі: полоскання з GSE, сольові розчини, Лісобакт.

Від лихоманки найбезпечнішим будуть ледь теплі водні компреси, обтирання (без спирту!). В крайніх випадках застосовують парацетамол.

Від кашлю можливе використання Галерину, NAC (АЦЦ), ісландський мох.
(Рекомендується консультація з інтегративним лікарем, а у разі виникнення ускладнень обов'язково звернення за медичною допомогою та контроль стану малюка).

Підготовка до пологів

Складові якісної підготовки до пологів

Ключові складові якісної підготовки до пологів:

- **інформаційна** (розуміння фізіології вагітності та пологів, всіх етапів пологів та післяпологового відновлення, вміння відрізнити норму від патології та варіанти допомоги в тих чи інших медичних ситуаціях), стосується як жінку, так і партнера обов'язково!
- **фізична** (підготовка організму до пологів - робота з МТД, еластичністю тканин, витривалістю, робота з дефіцитними станами, тренування позицій, дихання, зі сторони партнера - масажних/остеопатичних технік).
- **психоемоційна** (реалістичні очікування від пологів, післяпологових змін тіла, особливостей життя з малюком, вміння відрізнити транзиторні погіршення психологічного стану від патологічних ситуацій, переосмислення своїх задач, функцій, можливостей, зміщення пріоритетів), стосується як жінку, так і її близьких!
- **правова** (чітке розуміння своїх прав під час вагітності, пологів, після пологів, особливо в умовах пологового будинку та правомірності дій зі сторони медичного персоналу, відповідність чинному акушерському протоколу).
- **матеріальна** (без фанатизму, однак потрібно враховувати свою ситуацію та можливості, планування бюджету після народження малюка, пошук допомоги (няня / домашня помічниця / кухар).

Підготовка партнера до пологів

Партнер у пологах - це не спостерігач, а людина, яка створює для жінки відчуття безпеки і стабільності, головною задачею партнера - бути адекватною опорою: розуміти, що відбувається на різних етапах пологів та як зі своєї сторони допомогти, не панікувати при тих чи інших ситуаціях, слідувати за діями медичного персоналу та вести перемовини. **Партнером в пологах може бути будь-хто**, з ким жінці комфортно - чоловік, подруга, сестра, мама, чи навіть доула (обговорити список обов'язків згідно договору). Головне, що партнер має бути **активним учасником пологів!**

Партнер має вміти допомогти **проживати пологи**: нагадувати про дихання, виконувати мануальні техніки впливу на кістки тазу, м'язи, тканини, допомагати змінювати пози, нагадувати про регулярне сечовипускання, слідувати за водою, їжею, температурою в кімнаті, а також **захищати інтимний простір для жінки**: обмежувати зайвий контакт із персоналом, вести комунікацію замість жінки, відстоювати її права та побажання, робити все, щоб **забезпечити правило "трьох Т"** (тепло, темно, тихо).

Надзвичайно важливою також є **емоційна присутність**. Жінка в пологах може бути дуже вразливою, дратівливою, замкнутою або навпаки потребувати постійного контакту. Партнеру важливо не сприймати це на свій рахунок, не ображатися і не "вимикатися", а залишатись поруч і **відчути потреби жінки на тому чи іншому етапі**.

Що взяти в пологовий?

Список необхідних речей буде залежати від конкретного пологового (його мають видати), основне:

- **документи** (паспорт, обмінна карта за наявності чи обстеження за вагітність, план пологів, документи партнера (зазвичай флюорографія чи рентген легень)
- **одяг для мам** (сорочка в пологову залу, післяпологовий одяг, змінне взуття, зручний бюстгалтер для годування, трусики зручніше одноразові на перші дні) та **одяг для партнера** (зручний змінний одяг та взуття)
- **одяг для малюка** (чоловічки, бодіки, шкарпетки, шапочки, царапки, пелюшки, пледик, рушничок)
- **засоби гігієни для малюка** (підгузки, крем від попріlostей, вологі серветки (WaterWipes), засіб для купання в разі потреби, ватні пафи, одноразові пелюшки)
- **засоби гігієни для жінки** (післяпологові прокладки (по бажанню теж оходжуючі прокладки чи пінка, вкладки Tucks у випадку набряку чи геморою), портативне біде, вологі серветки/вологий туалетний папір, Мікролакс або гліцеринові свічки, ланолін для сосків (Purelan Meleda), гель для душу, інтимної гігієни, шампунь, зубна паста та щітка, великі одноразові пелюшки).
- **все, що буде сприяти комфорту** (ефірні олії, проектор зоряного неба, портативний вентилятор, гірлянди, світлодіодні свічки, поживні напої та перекуси, підготовлені музичні плейлисти різного жанру)

План пологів

Дуже важливим є підготовка плану своїх пологів (та обов’язково роздрукувати його в декількох екземплярах, принести собою на пологи). Це документ, який включає побажання жінки та її попередні дозволи/відмови від тих чи інших процедур на кожному етапі пологів та з новонародженою дитиною.

ПЛАН ПОЛОГІВ

ІМ'Я: ПОВАЛІЙ ВАЛЕРІЯ МАКСИМІВНА

ГРУПА КРОВІ: O(+) РЕЗУС ПОЗИТИВНА

ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

ПРИСУТНІСТЬ ПАРТНЕРА: ТАК (НА ВСІХ ЕТАПАХ, В Т.Ч. В РАЗІ УРГЕНТНОГО КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ)

ПРИСУТНІСТЬ СТУДЕНТІВ/ІНТЕРНІВ: НІ (МІНІМУМ МЕД. ПЕРСОНАЛУ, ВИНЯТКИ УЗГОДЖУВАТИ)

• ПРИРОДНІ ВАГІНАЛЬНІ ПОЛОГИ БЕЗ ВТРУЧАНЬ.

• ДОДАТКОВО ЗАПИТУВАТИ ТА УЗГОДЖУВАТИ ВСІ ІНШІ ОБСТЕЖЕННЯ ТА МАНІПУЛЯЦІЇ, ЩО НЕ ЗАЗНАЧЕНІ НИЖЧЕ.

• ЗМІНИ ДО ПЛАНУ ПОЛОГІВ МОЖЛИВІ У ВИНЯТКОВИХ СИТУАЦІЯХ ВИКЛЮЧНО З ОТРИМАННЯМ ЗГОДИ.

• ПІДТВЕРДЖУЮ, ЩО ДЛЯ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ СТОСОВНО ПЛАНУ ПОЛОГІВ ТА ЗМІН ДО НЬОГО Я ТА ПАРТНЕР ДОСТАТНЬО ПРОІНФОРМОВАНІ.

ПОЛОГИ

ВСТАНОВЛЕННЯ ВНУТРІШНЬОВЕННОГО/СЕЧОВОГО КАТЕТЕРА: НІ (БЕЗ ВИНЯТКОВОЇ НЕОБХІДНОСТІ)

ВАГІНАЛЬНІ ОГЛЯДИ: НІ (БЕЗ ВИНЯТКОВОЇ НЕОБХІДНОСТІ, ДОДАТКОВО УЗГОДЖУВАТИ, В РАЗІ ЗГОДИ – ПРОВОДИТИ ОГЛЯД В ЗРУЧНІЙ ДЛЯ МЕНЕ ПОЗИЦІЇ, БЕЗ ЖОДНИХ МАНІПУЛЯЦІЙ В ПРОЦЕСІ)

ІНДУКЦІЯ ТА СТИМУЛЯЦІЯ ПОЛОГІВ: НІ (ЖОДЕН З ТИПІВ)

ЕПІДУРАЛЬНА АНЕСТЕЗІЯ: НІ (ТАКОЖ БЕЗ ІНШИХ МЕДИКАМЕНТОЗНИХ МЕТОДІВ)

АМНІОТОМІЯ: НІ

ЕПІЗІОТОПІЯ: НІ

МОНІТОРИНГ СТАНУ ДИТИНИ: ТАК – НЕ ЧАСТО ТА ЗА ЗГОДИ (КТГ АБО ДОПЛЕР)

ВІЛЬНЕ ПЕРЕСУВАННЯ НА ВСІХ ЕТАПАХ ПОЛОГІВ: ТАК (В Т.Ч. ВИКОРИСТАННЯ ВАННИ ЗА МОЖЛИВОСТІ)

ВІЛЬНИЙ ВИБІР ПОЗИЦІЇ ДЛЯ 2 ТА 3 ПЕРІОДУ ПОЛОГІВ: ТАК

ПРИГЛУШЕНЕ СВІТЛО ТА ПОВНА ТИША В ПОЛОГОВОМУ ЗАЛІ: ТАК (НЕ ПОРУШУВАТИ НА ЖОДНОМУ (1,2 ТА 3) ЕТАПІ ПОЛОГІВ)

АКУШЕРСЬКА ДОПОМОГА В 2 ПЕРІОДІ ПОЛОГІВ: НІ (БЕЗ ВИНЯТКОВОЇ НЕОБХІДНОСТІ, В Т.Ч. ПІДТРИМКА ПРОМЕЖИНИ, ДОПОМОГА НАРОДЖЕННЯ ГОЛІВКИ ЧИ ПЛЕЧИКІВ, ЗАСТОСУВАННЯ ЩИПЦІВ/ВАКУУМ-ЕКСТРАКТОРА, ПРИЙОМ КРИСТЕЛЛЕРА)

ВІДТЕРМІНОВАНЕ ПЕРЕРІЗАННЯ ПУПОВИНИ: ТАК – ПАРТНЕРОМ (ПІСЛЯ ПОВНОГО ВІДПУЛЬСУВАННЯ)

АКТИВНЕ ВЕДЕННЯ З ПЕРІОДУ ПОЛОГІВ: НІ (БЕЗ ВИНЯТКОВОЇ НЕОБХІДНОСТІ, В Т.Ч. ЗАСТОСУВАННЯ ОКСИТОЦИНУ ЧИ ІНШИХ МЕДИЧНИХ ЗАСОБІВ)

ДОДАТКОВІ ЗАУВАЖЕННЯ: ПРИ НЕОБХІДНОСТІ МЕДИЧНИХ МАНІПУЛЯЦІЙ (НАКЛАДАННЯ ШВІВ НА ПРОМЕЖИНУ, МАНУАЛЬНЕ ВІДДІЛЕННЯ ПЛАЦЕНТИ ТА ІН.) ВИКОРИСТОВУВАТИ ЗНЕБОЛЕННЯ.

НЕ ДАЮ ЗГОДУ НА ВВЕДЕННЯ АНТИБІОТИКУ ПІД ЧАС ПОЛОГІВ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ СТРЕПТОКОКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ ГРУПИ В. СТОСОВНО РИЗИКІВ ПРОІНФОРМОВАНА.

ПЛАН ПОЛОГІВ

ІМ'Я: ПОВАЛІЙ ВАЛЕРІЯ МАКСИМІВНА

ГРУПА КРОВІ: O(+) РЕЗУС ПОЗИТИВНА

ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД

КОНТАКТ "ШКІРА ДО ШКІРИ" ПРОТЯГОМ 2 ГОДИН ПІСЛЯ ПОЛОГІВ: ТАК

РАННІЙ ПОЧАТОК ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ: ТАК

ПРОФІЛАКТИКА ОФТАЛЬМІЇ: НІ (ЖОДНИМ З ЗАСОБІВ)

ЗМИВАННЯ ПЕРШОРОДНОЇ ЗМАЗКИ: НІ

ВВЕДЕННЯ ВІТ. К: ТАК (КАНАВІТ)

ВАКЦИНАЦІЯ (БЦЖ/ГЕПАТИТ Б): НІ

ДОДАТКОВІ ЗАУВАЖЕННЯ: ВСІ МАНІПУЛЯЦІЇ З ДИТИНОЮ ПРОВОДИТИ ТІЛЬКИ ЗА ПОПЕРЕДНІМ УЗГОДЖЕННЯМ ТА В ПРИСУТНОСТІ ХОЧА Б ОДНОГО З БАТЬКІВ.

@vivonique.valerie