



Polskie Towarzystwo Ginekologiczne **Polish Gynaecological Society**

Poland, 60-535 Poznań, ul. Polna 33; tel.: +48 (61) 84-19-307; 84-19-330; fax.: +48 (61) 84-19-645; 84-19-465
e-mail: ptgzg@gpsk.am.poznan.pl; ptgzg@poczta.onet.pl; www.gpsk.am.poznan.pl/ptg

Prezes:
President:
prof.dr hab.n.med.
Marek Spaczyński
tel: +48 61 84-19-330

Prezes-Elekt:
President-elect:
prof.dr hab.n.med.
Jan Kotarski
tel. +48 81 532-78-47

Vice Prezesi:
Vice Presidents:
prof.dr hab.n.med.
Antoni Basta
tel. +48 12 424-85-60
prof.dr hab.n.med.
Krzysztof Szaflik
tel. +48 42 271-11-74

Sekretarz:
Secretary:
prof.dr hab.n.med.
Leszek Pawelczyk
tel. +48 61 84-19-412

Skarbnik:
Treasurer:
prof.dr hab.n.med.
Krzysztof Drews
tel. +48 61 84-19-223

Redaktor Naczelny
„Ginekologii Polskiej”
Chief Editor of :
„Polish Gynaecology”
prof.dr hab.n.med.
Longin Marianowski
tel. +48 22 502-14-30

Redaktor Naczelny:
Chief Editor of:
„Polish Journal of Gynaecological
Investigations”
prof.dr hab.n.med.
Artur Jakimiuk
tel. +48 81 742-55-08

Sekretariat ZG PTG:
Klinika Onkologii Ginekologicznej
60-535 Poznań, ul. Polna 33
tel. 061 84-19-265
fax. 061 84-19-465
ptgzg@gpsk.am.poznan.pl

NIP: 526-17-46-830
REGON: 010144412
Bank PKO BP I/O Poznań
Nr konta:
29 1020 4027 0000 1702 0032 9656

Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu.

Celem rekomendacji jest doskonalenie standardów opieki medycznej nad kobietą ciężarną, które pozwolą na zmniejszenie częstości zachorowań i zgonów matek, umieralności okołoporodowej, obniżenia odsetka porodów przedwczesnych i urodzeń noworodków o małej masie urodzeniowej.

Zdrowie kształtuje się od wczesnego okresu życia osobniczego, tak więc od prawidłowo przebiegającej ciąży i porodu, zależny jest rozwój fizyczny i intelektualny dziecka i człowieka dorosłego. W trosce o zdrowie i jakość życia społeczeństwa, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne dostrzega potrzebę analizy i modyfikacji modelu opieki przedporodowej w istniejących obecnie realiach organizacyjnych i ekonomicznych polskiej służby zdrowia oraz aktualnej wiedzy medycznej.

Nacisk na poradnictwo przedkoncepcyjne, promocja zachowań ograniczających ryzyko powstania wad i powikłań ciąży, propagowanie prawidłowego żywienia i suplementacji witaminowo-mineralnej, systematyczna, powszechnie dostępna opieka medyczna połączona z oceną czynników ryzyka dla matki i płodu jest obowiązkiem lekarza sprawującego nadzór nad kobietą ciężarną. Stoimy na stanowisku, że jest to zadanie, które powinno być realizowane przez lekarza ginekologa-położnika przy współpracy z lekarzem rodzinnym, położną i lekarzami innych specjalności.

Opracowanie stanowi próbę ustalenia zasad opieki w ciąży fizjologicznej tj. dotyczy kobiet zdrowych, bez czynników ryzyka (medycznych i pozamedycznych), bez powikłań ciąży obecnej i ciąży przebytych.

Do przygotowania rekomendacji Polskie Towarzystwo Ginekologiczne powołało Komisję Ekspertów, która obradowała w dniach 20 – 21 maja 2005 roku w składzie:

Przewodniczący:

- prof.dr hab.n.med. Krzysztof Drews
- prof.dr hab.n.med. Marek Spaczyński – Prezes PTG

Członkowie:

- prof.dr hab.n.med. Jacek Brązert
- prof.dr hab.n.med. Grzegorz H. Bręborowicz
- doc.dr hab.n.med. Zbigniew Celewicz
- prof.dr hab.n.med. Krzysztof Czajkowski
- prof.dr hab.n.med. Romuald Dębski
- doc.dr hab.n.med. Agata Karowicz-Bilińska
- prof.dr hab.n.med. Tadeusz Ludański
- doc.dr hab.n.med. Tomasz Niemiec
- prof.dr hab.n.med. Jan Oleszczuk
- prof.dr hab.n.med. Przemysław Oszukowski

- prof.dr hab.n.med. Leszek Pawelczyk
- prof.dr hab.n.med. Zbigniew Słomko
- doc.dr hab.n.med. Krzysztof Sadowski
- prof.dr hab.n.med. Krzysztof Szaflik
- prof.dr hab.n.med. Wiesław Szymański
- prof.dr hab.n.med. Janusz Woytoń
- doc.dr hab.n.med. Mariusz Zimmer

PORADNICTWO PRZEDKONCEPCYJNE

W optymalnych warunkach każda ciąża powinna być planowana. W czasie porady przedkoncepcyjnej powinno się zebrać dokładny wywiad dotyczący przebytych lub istniejących chorób ogólnoustrojowych.

Istotne znaczenie ma dokładne zebranie wywiadu rodzinnego, szczególnie dotyczącego wad genetycznych i wrodzonych, strat ciąż, cukrzycy, nadciśnienia, chorób układowych, chorób autoimmunologicznych.

Należy zebrać wywiad dotyczący chorób ginekologicznych, ze szczególnym uwzględnieniem wad rozwojowych, obecności mięśniaków, zmian w przydatkach, stosowanej antykoncepcji, przebytych zakażeń oraz leczenia niepłodności.

W wywiadzie położniczym należy uzyskać informacje dotyczące przebiegu i sposobu zakończenia ciąż, powikłań porodu oraz danych dotyczących urodzonych dzieci (masa, stan porodzeniowy, urazy, wady, rozwój psycho-motoryczny).

Podczas wizyty pacjentka powinna uzyskać informacje dotyczące:

- przyjmowania kwasu foliowego na co najmniej 2 miesiące przed planowaną koncepcją;
- wykonania badań podstawowych (grupa krwi, morfologia, badanie ogólne moczu), badania w kierunku toksoplazmozy, różyczki oraz innych ukierunkowanych badań;
- ewentualnych szczepień ochronnych (różyczka, WZW);

Badanie ginekologiczne w czasie porady powinno obejmować ocenę cytologiczną (jeśli badanie to nie było wykonane w ciągu ostatnich 6 miesięcy), oraz ewentualne leczenie zmian na szyjce i stanów zapalnych.

Należy omówić z pacjentką zagadnienia związane z przyzwyczajeniami dietetycznymi, przyjmowanymi lekami (stale i doraźnie), aktywnością zawodową, fizyczną oraz potencjalnie szkodliwymi czynnikami występującymi w środowisku pracy i domowym.

Pacjentkę należy poinformować o rodzaju planowanej opieki, o przebiegu ciąży i sytuacjach ryzykownych (np. Rtg, CT w II fazie cyklu) konieczności unikania infekcji, planowanych urlopów, szczególnie w krajach o odmiennym klimacie.

Kobieta planująca ciążę powinna uzyskać informację dotyczącą ewentualnej konieczności zmiany trybu życia i stanowiska pracy oraz eliminacji używek (alkohol, papierosy, narkotyki).

Powinno się dokonać wstępnej kwalifikacji pacjentki z uwzględnieniem czynników ryzyka.

W przypadku współistnienia chorób przewlekłych mogących wikłać ciążę, przed planowaną koncepcją należy skierować pacjentkę na konsultację specjalistyczną. W tych sytuacjach ciąża powinna być zaplanowana w okresie remisji lub ustabilizowania przebiegu choroby.

TERMINY WYZNACZONYCH PRZEDPORODOWYCH WIZYT (harmonogram i program) – załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10.07.2003 r.)

Zamieszczony poniżej harmonogram jest zdeterminowany przez cel każdej wizyty, określa i rekomenduje dla zdrowych kobiet, u których ciąża przebiega bez powikłań w okresie przedporodowym.

Termin badania	Świadczenia profilaktyczne wykonywane przez lekarza lub położną i działania w zakresie promocji zdrowia	Badania diagnostyczne i konsultacje medyczne
1	2	3
Do 10 t.c. – pożądane jest aby pierwsza wizyta odbyła się między 7 a 8 t.c.	1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie we wzierniku i zestawione. 3. Ocena pH wydzieliny pochwowej. 4. Badanie cytologiczne. 5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 6. Badanie piersi. 7. Określenie wzrostu i masy ciała. 8. Ocena ryzyka ciążowego. 9. Kształtowanie zdrowego stylu życia.	<u>Badania obowiązkowe:</u> 1. Grupa krwi i Rh. 2. Przeciwciała odpornościowe. 3. Morfologia krwi. 4. Badanie ogólne moczu. 5. Badanie stężenia glukozy we krwi na czczo. 6. VDRL. <u>Badania zalecane:</u> 1. Konsultacja lekarza stomatologa. 2. Badanie HIV, HCV, badanie w kierunku toksoplazmozy (IgG i IgM), różyczki.
Lekarz prowadzący powinien przedstawić ofertę wykonania badania w kierunku wad uwarunkowanych genetycznie.		
11 – 14 t.c.	1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie we wzierniku i zestawione. 3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 4. Pomiar masy ciała. 5. Ocena ryzyka ciążowego. 6. Ocena pH wydzieliny pochwowej. 7. Kształtowanie zdrowego stylu życia.	<u>Badania obowiązkowe:</u> 1. Badanie ultrasonograficzne. <u>Badania zalecane:</u> 1. Badanie w kierunku wad uwarunkowanych genetycznie (test podwójny – PAPP-A+βHCG) 2. Badanie ogólne moczu.
15 – 20 t.c.	1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie ginekologiczne (we wzierniku i zestawione). 3. Ocena pH wydzieliny pochwowej. 4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 5. Pomiar masy ciała. 6. Ocena ryzyka ciążowego. 7. Kształtowanie zdrowego stylu życia.	<u>Badania obowiązkowe:</u> 1. Morfologia krwi. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Przeciwciała anti-Rh. <u>Badania zalecane:</u> 1. Badanie w kierunku wad uwarunkowanych genetycznie (test potrójny – βHCG, Estriol, AFP)
21 – 26 t.c.	1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie we wzierniku i zestawione. 3. Ocena czynności serca płodu. 4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 5. Pomiar masy ciała. 6. Ocena pH wydzieliny pochwowej. 7. Ocena ryzyka ciążowego. 8. Kształtowanie zdrowego stylu życia.	<u>Badania obowiązkowe:</u> 1. Badanie stężenia glukozy po doustnym podaniu 75g glukozy (w 24-28 t.c.). 2. Badanie ultrasonograficzne. 3. Badanie ogólne moczu. <u>Badania zalecane:</u> 1. U kobiet z ujemnym wynikiem w I trymestrze – badanie w kierunku toksoplazmozy .
27 – 32 t.c.	1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie we wzierniku i zestawione. 3. Ocena pH wydzieliny pochwowej . 4. Ocena czynności serca płodu. 5. Pomiar ciśnienia tętniczego we krwi. 6. Pomiar masy ciała. 7. Ocena ryzyka ciążowego. 8. Przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa.	<u>Badania obowiązkowe:</u> 1. Morfologia krwi. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Przeciwciała odpornościowe. 4. Badanie ultrasonograficzne.
- zaproponować podanie immunoglobuliny anti-D kobietom Rh ujemnym bez przeciwciał anti-D w 28-30 t.c.		
33 – 37 t.c.	1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie położnicze. 3. Ocena wymiarów miednicy. 4. Badanie we wzierniku i zestawione 5. Ocena pH wydzieliny pochwowej. 6. Ocena czynności serca płodu. 7. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 8. Badanie piersi. 9. Pomiar masy ciała.	<u>Badania obowiązkowe:</u> 1. Badanie ogólne moczu. 2. Morfologia krwi. <u>Badania zalecane:</u> 1. W grupie kobiet ze zwiększonym ryzykiem populacyjnym lub indywidualnym ryzykiem zakażenia: VDRL, HIV, HCV. 2. Posiew w kierunku paciorkowców β-hemolizujących.
38 – 39 t.c.	1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie położnicze. 3. Ocena czynności serca płodu. 4. Pomiar ciśnienia tętniczego. 5. Pomiar masy ciała.	<u>Badania obowiązkowe:</u> 1. Badanie ogólne moczu.
po 40 t.c.	1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie położnicze. 3. Badanie we wzierniku i zestawione 4. Ocena czynności serca płodu. 5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 6. Pomiar masy ciała.	<u>Badania zalecane:</u> 1. Badanie ultrasonograficzne z oceną masy płodu. 2. Badanie KTG.

Komentarz – Kobiety wymagające dodatkowej opieki

Przewodnik zawiera rekomendacje w zakresie podstawowej opieki dla wszystkich kobiet ciężarnych, ale nie podaje informacji o dodatkowej opiece, której wymagają niektóre kobiety ze schorzeniami mogącymi wpływać na przebieg ciąży, porodu i zdrowia dziecka.

BADANIA BIOFIZYCZNE

W zakresie badań biofizycznych wymienia się ultrasonografię i kardiologię.

ULTRASONOGRAFIA

Aparat ultrasonograficzny w diagnostyce położniczo – ginekologicznej powinien posiadać program położniczy, prezentację 2D w czasie rzeczywistym, co najmniej 128 – stopniową skalę szarości oraz możliwość dokumentacji badania. Cennym uzupełnieniem możliwości aparatu ultrasonograficznego powinna być opcja kolorowego Dopplera.

Standard ultrasonograficznego badania położniczego obejmuje:

1. Wykonanie trzech badań ultrasonograficznych - przesiewowych w ciąży:
 - 11 – 14 tydzień ciąży,
 - 20 tydzień ciąży (+/- 2 hbd)
 - po 30 tygodniu ciąży (+/- 2 hbd)
2. W uzasadnionych sytuacjach zalecane jest wykonywanie badania ultrasonograficznego **przed 10 tygodniem ciąży.**

BADANIA ZALECANE:

Badanie ultrasonograficzne do 10 tygodnia ciąży.

W tym okresie celem badania ultrasonograficznego ze wskazań lekarskich jest:

- uwidocznienie i lokalizacja jaja płodowego.
- ocena wieku ciążowego (GS,CRL)
- uwidocznienie czynności serca płodu
- ocenę liczby zarodków, kosmówek i owodni
- stwierdzenie prawidłowego lub patologicznego rozwoju ciąży.

Wynik badania powinien zawierać ocenę:

1. Macicy (w razie stwierdzenia zmian kontrola podczas każdego kolejnego badania):
 - kształt (regularny, nieregularny)
 - budowa (prawidłowa, nieprawidłowa: wady, mięśniaki)
 - wielkość (prawidłowa, powiększona)
2. Lokalizacja i budowa przydatków (w razie stwierdzenia zmian kontrola podczas każdego kolejnego badania).
3. Pęcherzyka ciążowego (*Gestation Sac*) :
 - położenie w jamie macicy
 - liczba pęcherzyków ciążowych
 - kształt (okrągły, spłaszczony, regularność zarysów)
 - pomiar pęcherzyka ciążowego (GS – średnia z 3 wymiarów)
4. Pęcherzyka żółtkowego (*Yolk Sac*)
 - obecność YS (tak/nie)
 - średnica
 - opis ewentualnych nieprawidłowości (kształt, echogeniczność)
5. Zarodka
 - obecność (tak/nie)
 - pomiar długości ciemieniowo – siedzeniowej / CRL /
 - obecność czynności serca / przy CRL powyżej 6 mm /

Badanie ultrasonograficzne między 11 – 14 tygodniem ciąży.

Szczegółowa ocena struktury jaja płodowego obejmuje następujące elementy:

- 1) Liczba zarodków w jamie macicy.

- 2) Ocena czynności serca płodu (FHR)
- 3) Pomiary biometryczne:
 - długość ciemieniowo-siedzeniowa (CRL)
 - wymiar dwuciemieniowy główki płodu (BPD)
- 4) Ocena anatomii płodu:
 - a) czaszka (kształt), sierp mózgu, sploty naczyniówkowe komór bocznych,
 - b) ściany powłok jamy brzusznej uwzględniając fizjologiczną przepuklinę pępkową do 12 tygodnia ciąży,
 - c) żołądek
 - d) serce płodu - lokalizacja i czynność serca,
 - e) pęcherz moczowy
 - f) kręgosłup
 - g) kończyny górne i dolne.
- 5) Ocena kosmówki.
- 6) Ocena przezierności karkowej (NT) i kości nosowej (NB).

Wykonanie badania ultrasonograficznego między 11 – 14 tygodniem ciąży z oceną przezierności karkowej (NT) oraz kości nosowej (NB) i pozostałymi markerami zespołów wad uwarunkowanych genetycznie powinno się odbywać według zasad Fetal Medicine Foundation.

Optymalny czas badania prenatalnego (11,0 – 13+6 t.c.); CRL 45 – 84 mm.

Nieprawidłowe wartości przezierności karkowej sugerują podwyższone ryzyko wystąpienia:

- a) aberracji chromosomalnych
- b) zaburzeń hemodynamicznych
- c) wad serca płodu
- d) zespołu przetoczenia krwi między płodami

Ultrasonograficzna ocena rozwoju ciąży (czas wykonania badania 18 – 22 t.c. oraz po 30 t.c.).

1. Stwierdzenie liczby płodów, ich położenia i czynności serca.
2. Biometria płodu.
BPD, HC, AC, FL + ewentualna orientacyjna masa płodu (OMP).
3. Ocena budowy płodu.
 - czaszka – ciągłość, kształt
 - mózgowie - komory, sploty naczyniówkowe, tylny dół czaszki, mózdzek,
 - twarz – profil, oczodoły, kości nosa, ewentualna ocena podniebienia i wargi górnej,
 - kręgosłup – ciągłość, symetryczność,
 - klatka piersiowa, serce – wielkość, położenie, prawidłowy obraz czterech jam, częstość i miarowość,
 - jama brzuszna – ciągłość ściany powłoki jamy brzusznej, żołądek (lokalizacja, wielkość, kształt), echogeniczność jelit
 - pęcherz moczowy
 - nerki – opis ewentualnych nieprawidłowości (szerokość układu kielichowo-miedniczkowego),
 - kończyny – ocena obecności kości udowych, ramieniowych, przedramienia, podudzia, rąk i stóp, ruchomość kończyn.
4. Ocena łożyska.
 - lokalizacja
 - struktura – stopień dojrzałości wg Grannuma (opis ewentualnych nieprawidłowości budowy, krwiaków pozałożyskowych)
5. Ocena sznura pępowinowego.
 - liczba naczyń,
 - opis ewentualnych nieprawidłowości

6. Ocena objętości płynu owodniowego.

7. W uzasadnionych klinicznie przypadkach – ocena szyjki macicy - badanie głowicą przezpochwową.

Badanie ultrasonograficzne serca płodu

Badanie to powinno obejmować ocenę:

1. Położenia serca
2. Wielkości serca – (1/3 klatki piersiowej)
3. Czterojamowości serca – (uwidocznienie tzw. „krzyża serca”)
4. Rytmu serca – (miarowy 120 - 160/min)
5. Zalecane jest uwidocznienie skrzyżowania dużych naczyń (drogi wypływu z lewej i prawej komory serca)

Nieprawidłowość dotycząca położenia, wielkości, budowy lub rytmu serca jest wskazaniem do badania kardiologicznego płodu w ośrodku referencyjnym.

Patrz – rekomendacje PTG dotyczące wykonywania badań ultrasonograficznych.

KARDIOTOKOGRAFIA

Badanie wykonuje się ze wskazań.

ŻYWIENIE KOBIETY CIĘŻARNEJ I SUPLEMENTACJA WITAMINOWA. DOKUMENTACJA PROWADZENIA PRZEBIEGU CIĄŻY.

Racjonalne odżywianie w ciąży jest niezwykle istotnym czynnikiem warunkującym prawidłowy rozwój płodu oraz stan zdrowia matki. Zatem uzupełnianie niedoborów w zakresie żywienia powinno się znaleźć w programach opieki perinatalnej.

W populacji kobiet z przedciążowym BMI <19,8 (niedowaga) przyrost masy ciała w ciąży może wynieść 12,5-18 kg; z przedciążowym BMI od 19,8 do 26 (prawidłowa masa ciała) przyrost masy ciała może wynieść 11,5-16 kg; z przedciążowym BMI 26-29 (nadwaga) przyrost masy ciała może wynieść 7-11,5 kg; z przedciążowym BMI >29 (otyłość) przyrost masy ciała nie powinien przekraczać 7 kg w przebiegu ciąży.

Dobowe zapotrzebowanie energetyczne kobiety ciężarnej powinno wynosić od 2200 do 2500 kcal/dobę, a w połogu 3000 kcal/dobę. Ogólna wartość energetyczna codziennej diety w odniesieniu do stanu z przed ciąży nie musi ulec zmianie w I trymestrze ciąży, natomiast w II i III trymestrze powinna być zwiększona o około 300 kcal/dobę.

Zaleca się spożywanie produktów, które są źródłem węglowodanów złożonych (kasze, pieczywo razowe, makarony, ryż, warzywa; tłuszczu zawierającego głównie wielonienasycone kwasy tłuszczowe - kwas linolowy, linolenowy, dezoksyheksaenowy (oleje sojowy, kukurydziany, słonecznikowy, oliwa z oliwek, orzechy, ryby morskie); białek głównie pochodzenia zwierzęcego (mięso i jego przetwory, ryby, jaja i produkty mleczne). Produkty zbożowe dostarczają białka o niższej wartości odżywczej.

Nie ma uzasadnienia ograniczanie podaży soli kuchennej w diecie, jeśli nie występuje nadciśnienie tętnicze.

Ciężarna powinna wypijać dziennie minimum 2 litry płynów, w tym około 1 litr mleka.

Istotne jest także dostateczne zaopatrzenie ciężarnej w minerały i witaminy. Przy niedostatecznym zaopatrzeniu w kwas foliowy, jod, żelazo i cynk może dochodzić do zaburzeń rozwoju płodu. Substancje te zawarte są w normalnym pożywieniu, jednakże występują znaczne różnice w ich występowaniu, jak na przykład w obszarach z niedoborem jodu konieczne jest stosowanie jodowanej soli kuchennej. Ponadto każda ciężarna w Polsce powinna otrzymywać 150-200 µg/ dobę jodu w formie tabletkowej. Od 13 tygodnia ciąży zalecane jest stosowanie 25 mg żelaza. Dodatkowe zapotrzebowanie na wapń może być pokryte przez zwiększoną ilość spożywanego mleka lub jego przetworów z tzw. pełnej objętości, tj. bez usuwania serwatki.

Zaleca się spożywanie preparatów kwasu foliowego w ilości 0,4 mg/dobę w okresie przedkoncepcyjnym. U kobiet, które urodziły w przeszłości dziecko z wadą cewy nerwowej dawka ta powinna wynieść 4 mg/dobę.

Suplementacja witaminowo-mineralna powinna podlegać indywidualizacji i zmianom w zależności od nawyków żywieniowych i przynależności do grupy ryzyka. Nie ma naukowych dowodów wskazujących na bezwzględną potrzebę podawania ciężarnym witamin, substancji mineralnych i mikroelementów. Uwzględniając jednak fakt, że zapotrzebowanie na te substancje znacznie w ciąży wzrasta, wydaje się zasadne stosowanie w II i III trymestrze ciąży preparatów wielowitaminowych, zawierających między innymi: żelazo i jod oraz także minerały i mikroelementy takie jak cynk, miedź, magnez, mangan, selen i molibden.

Lekarz sprawujący opiekę nad kobietą ciężarną powinien udzielać porad dotyczących żywienia i suplementacji witaminowo-mineralnej. Istotne jest wyłonienie grup ryzyka, w których mogą występować niedobory żywieniowe:

- ciężarne bardzo młode lub z licznymi ciążami następującymi po sobie w krótkich okresach czasu,
- ciężarne wywodzące się z niekorzystnych środowisk socjoekonomicznych
- ciężarne z przewlekłymi schorzeniami, które powodują ograniczenie wchłaniania,
- ciężarne z niedoborem masy ciała i niedostateczną podażą substancji odżywczych
- ciężarne ze specyficznymi nawykami żywieniowymi (wegetarianki, weganki, itp).

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

Nie zalecane:

- hipertermia – sauna, ekstremalny wysiłek fizyczny
- aktywność obciążona dużym ryzykiem urazów, np.: narty, surfing, jazda konna, na rolkach, łyżwach, itp.
- ogólne: poziom aktywności fizycznej w ciąży niepowikłanej musi ulegać obniżeniu. Podejmowanie „*de novo*” aktywności fizycznej lub zwiększanie jej podczas ciąży jest przeciwwskazane.

W przypadkach uprawiania sportów zawodowo lub obciążeniem dużym wysiłkiem fizycznym ewentualnie w sposób spontaniczny (siłownia, aerobik) należy uprzedzić kobietę, że w czasie ciąży może okazać się niezbędne ograniczenie nadmiernego wysiłku fizycznego.

Główne zagrożenie związane z wysiłkiem fizycznym polega na podwyższeniu ryzyka porodu przedwczesnego.

Poza tym rozważa się następujące czynniki ryzyka:

- dla płodu: zaburzenia przepływu matczyno-łożyskowego, hipertermia, odwodnienie, ograniczenie wymiany matczyno-płodowej i zaburzenia wzrastania;
- dla matki: urazy, nadmierne zmęczenie, omdlenia, rozluźnienie stawów (szczególnie kręgosłupa).

Zalecane jest dostosowanie wysiłku fizycznego do kondycji fizycznej i dotychczasowych nawyków ciężarnej.

Pacjentka powinna zostać poinformowana o sytuacjach, w których powinna ograniczyć wysiłek fizyczny, szczególnie w przypadkach wystąpienia objawów poronienia zagrażającego lub zagrożenia porodem przedwczesnym.

PRACA ZAWODOWA

Lekarz przyjmujący ciężarną podczas pierwszej wizyty powinien zebrać dokładny wywiad dotyczący aktywności zawodowej pacjentki. Szczególną uwagę należy zwrócić na czynniki szkodliwe związane z zanieczyszczeniem chemicznym środowiska, promieniowaniem elektromagnetycznym, hałasem, obsługą urządzeń będących w ruchu. Ponadto przeciwwskazana jest praca w godzinach nocnych, dłuższa niż 8 godzin dziennie, znacznie obciążająca fizycznie lubi psychicznie oraz praca w wymuszonej pozycji. Konieczne jest zwrócenie uwagi pacjentki na

możliwość zmiany stanowiska pracy, a nawet odsunięcie od aktywności zawodowej, jeśli uzasadnia to stopień zagrożenia lub przepisy prawa.

PODRÓŻE

Prawdopodobnie podróżowanie podczas ciąży nie ma istotnego wpływu na jej przebieg. Należy jednak wziąć pod uwagę fakt, iż w przypadku wystąpienia urazów mechanicznych niekorzystne skutki dla organizmu mogą być znaczące. Podczas długotrwałej podróży konieczna jest możliwość zmiany pozycji ciała oraz krótkich przerw. Czynnikiem niekorzystnym, szczególnie w przypadku długotrwałych podróży mogą być mikrourazy, wibracje. Nie zaleca się podróży do krajów tropikalnych, ze względu na wysoką temperaturę zewnętrzną oraz możliwości zakażeń nietypowymi patogenami. Pacjentkę wybierającą się w długą podróż samolotem należy poinformować o konieczności zastosowania leków wspomagających układ krążenia (zmniejszających zastój w naczyniach żylnych) lub specjalnych pończoch uciskowych. W czasie podróży samochodem zalecane jest zapinanie pasów bezpieczeństwa.

Ciężarnym w końcowych tygodniach ciąży należy odradzić dłuższe podróże, ze względu na możliwość wystąpienia porodu. Przed planowaną podróżą po 32 t.c. pacjentka powinna upewnić się, czy zostanie wpuszczona na pokład samolotu.

POŻYCIE SEKSUALNE

Ciąża o przebiegu prawidłowym nie stanowi przeciwwskazania do aktywności seksualnej. W przypadku infekcji w drogach rodnych lub moczowych kontakty seksualne mogą zwiększać ryzyko poronienia, PROM i porodu przedwczesnego. Podobne ryzyko mogą nieść ze sobą zbliżenia w przypadku niewydolności szyjki macicy, łożyska przodującego, poronienia zagrażającego i zagrażającego porodu przedwczesnego, ciąży mnogiej.

Zalecane jest poinformowanie pacjentki o rodzaju niepokojących objawów mogących towarzyszyć zagrożeniom powstałym w wyniku kontaktu seksualnego.

SZCZEPIENIA W CIĄŻY

Szczepionka	Stosowanie w ciąży	Komentarz
BCG*	Nie stosować	Nie określono bezpieczeństwa stosowania w ciąży
Cholera		Nie określono bezpieczeństwa stosowania w ciąży
Hepatitis A	Podać jeśli wskazana	W niektórych przypadkach stosowana; skonsultuj z lekarzem
Hepatitis B	Podać jeśli wskazana	
Grypa	Podać jeśli wskazana	W niektórych przypadkach stosowana; skonsultuj z lekarzem
Japońskie zapalenie mózgu**	Nie stosować	Nie określono bezpieczeństwa stosowania w ciąży
Odra*	Nie stosować***	
Zakażenia meningokokowe	Podać jeśli wskazana	Tylko przy znacznym ryzyku infekcji
Świnka*	Nie stosować***	
Dustna szczepionka przeciw polio	Podać jeśli wskazana	
Inaktywowana szczepionka przeciw polio	Podać jeśli wskazana	W normalnych warunkach należy unikać
Wścieklizna	Podać jeśli wskazana	
Różyczka*	Nie stosować***	

Tężec, dur brzuszny	Podać jeśli wskazana	Nie określono bezpieczeństwa stosowania w ciąży
Ospa	Nie stosować	
Ospa wietrzna*	Nie stosować	
Żółta febra	Podać jeśli wskazana	Unikać, chyba że występuje wysokie ryzyko
<p>* Szczepionka żywa, nie stosować w ciąży. ** W sprzeczności z zaleceniami WHO, inne doniesienia wykazują, że szczepionka zarówno jest przeciwwskazana w ciąży jak i może być podawana w ciąży. *** Unikać zająć w ciążę przez 3 miesiące po podaniu szczepionki.</p>		

POSTĘPOWANIE PRZY OBJAWACH TOWARZYSZĄCYCH CIĄŻY

1. Nudności, wymioty, ślinotok, zaburzenia żołądkowo jelitowe

Występują w wyniku podrażnienia układu autonomicznego u około 50 do 70% ciężarnych, przede wszystkim z rana; od 4 i około 14 tygodnia ciąży najczęściej ustępują. Duży wpływ na ich występowanie ma czynnik emocjonalny.

Postępowanie: dieta lekko strawna, częste i nieobfite posiłki, ochrona stanu emocjonalnego kobiety. Ewentualnie leki z grupy ataraktyków i przeciwhistaminowych, witamina B6.

2. Zgaga

Może dotyczyć całego okresu ciąży. Jest wynikiem refluksowego drażnienia przełyku będącego konsekwencją wzrostu ciśnienia wewnątrz żołądka i zmian hormonalnych.

Postępowanie: neutralizacja treści zarzucanej do przełyku, dieta: mała ilość węglowodanów, napoje w tym gazowane, unikanie tłustych posiłków oraz używek i czekolady.

3. Zaparcia

Pojawiają się często od początku ciąży i trwają do jej ukończenia. Są wynikiem wydłużenia pasażu żołądkowo jelitowego pod wpływem działania progesteronu oraz zwiotczenia mięśni dna miednicy.

Postępowanie. dieta obfita w błonnik, duże ilości płynów, ograniczenie przypraw i używek (kawy), białego pieczywa, ziemniaków, makaronu.

Preparaty farmakologiczne: pochodzenia roślinnego pobudzające perystaltykę oraz środki zmiękczające treść jelita.

4. Obrzęki

Pojawiają się głównie w drugiej połowie ciąży: są na ogół nieznaczne i dotyczą kończyn dolnych i dłoni, rzadziej są uogólnione.

Przyczyną ich występowania jest utrudniony odpływ żylny, nadmiar wody i soli w organizmie, ale dokładnie ich etiologia nie jest poznana. Na ogół ustępują po odpoczynku nocnym.

Postępowanie: należy stosować odpoczynek z uniesieniem kończyn dolnych. W przypadku obrzęków uogólnionych należy monitorować ciśnienie tętnicze oraz białkomocz.

5. Żylaki, guzki około odbytnicze.

Żylaki, zwłaszcza w zakresie kończyn dolnych, sromu i około odbytnicze są wynikiem zastojów żylnych, wzrostu ciśnienia śródbrzusznego oraz czynników hormonalnych. Objawy te dotyczą około 25% ciężarnych, częstość ich wzrasta z wiekiem oraz ilością ciąż.

Postępowanie. odpoczynek, unikanie wysokich temperatur, likwidacja zaparć, leczenie uciskowe (pończochy elastyczne) , środki o działaniu przeciwzapalnym, przeciwbakteryjnym, znieczulającym.

5. Krwawienia

W pierwszych tygodniach ciąży, w okresie przypadających miesiączek może pojawić się kilkudniowe plamienie. Jest to objaw przemijający, nie wymaga leczenia, należy go wyjaśnić ciężarnym.

6. WzmóŜona wydzielina pochwowa

Wydzielina zawiera śluz szyjkowy oraz złuszczone komórki nabłonka pochwy. Jest ona koloru biało szarego spowodowana bodźcami hormonalnymi. Po diagnostyce nie wymaga leczenia.

7. Częste oddawanie moczu

Działanie hormonalne (estrogenów i progesteronu) powoduje przekrwienie układu moczowego a powiększona macica uciska na pęcherz moczowy. Tak zmienione warunki podrażniają receptory pęcherza, w wyniku czego dochodzi do częstomoczu. Po wykluczeniu infekcji dróg moczowych nie wymaga leczenia.

8. Bolesność gruczołów sutkowych

Jest wynikiem sytuacji hormonalnej. Wymaga rzeczowego poinformowanie ciężarnej o objawach towarzyszących prawidłowemu przebiegowi ciąży. W razie uporczywych bólów można stosować łagodne środki przeciwbólne (paracetamol).

9. Zmęczenie, drażliwość, objawy duszności

Uczucie zmęczenia, drażliwość, ogólne osłabienie pojawia się u 40% ciężarnych od początkowych tygodni ciąży i trwa do około 20tyg. Nie wymaga leczenia poza psychoterapią, wytłumaczenia ciężarnym ich odmiennego stanu.

10. Ból pleców

Dotyczy około 50% ciężarnych w drugiej połowie ciąży i jest spowodowany nadmierną lordozą, uciskiem zwiększającej objętość macicy na otaczające tkanki oraz czynnikami hormonalnymi (relaksyna, estrogeny)

Postępowanie: okresowa zmiana pozycji ciała w czasie pracy. Sporadycznie łagodne środki przeciwbólne po wykluczeniu zagrożenia porodem przedwczesnym.

11. Rozstępy ciążowe skóry

Rozstępy są wyrazem działania hormonalnego. Nie ma radykalnych środków likwidujących ich występowanie.

12. Przebarwienia ciążowe skóry

Przebarwienia w zakresie twarzy, brodawek sutkowych, krocza i okolicy odbytu są wynikiem odkładania melaniny w tych miejscach. Nie są znane metody zapobiegania. Należy informować o większej wrażliwości skóry na działanie promieni słonecznych.

Szkoła rodzenia

Zadaniem szkoły rodzenia jest działanie w okresie ciąży sprzyjające utrzymaniu dobrostanu psychofizycznego ciężarnej, rodzącej, rodziny. Zadanie to powinno być realizowane poprzez edukację przygotowującą przyszłą matkę i ojca do porodu, położenia i opieki nad noworodkiem. Lekarz kwalifikujący ciężarną do szkoły rodzenia powinien wziąć pod uwagę względne i bezwzględne przeciwwskazania do ćwiczeń w okresie ciąży. W czasie zajęć teoretycznych ciężarna wraz z ojcem dziecka powinna poznać mechanizm porodu, zasady opieki poporodowej, zaznajomić się z okresem karmienia, antykoncepcją po porodzie. W czasie zajęć praktycznych stosować gimnastykę ogólnie usprawniającą, poznać pozycje relaksacyjne, sposoby oddychania w różnych okresach porodu, zasady parcia, poznać zasady pielęgnacji noworodka (bezpieczne chwytaki noworodka, kąpiel, układanie noworodka itp.). Ponadto powinna zaznajomić się z salą porodową w której będzie odbywać poród.

*Prezes
Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego
prof.dr hab.n.med. Marek Spaczyński*