



Twój Doktor
Gabinety Medyczne

Twoja ciąża, tydzień po tygodniu.

Gratuluję, jest Pani w ciąży!

W trosce o bezpieczeństwo Pani i poczętego dziecka przekazuję plan wizyt i badań, które będziemy wykonywać w poszczególnych tygodniach ciąży. Terminarz został opracowany przez ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego i opiera się na ich rzetelnej wiedzy oraz doświadczeniu. Aby uniknąć wszelkich niejasności, za stopień zaawansowania ciąży przyjmujemy liczbę tygodni od ostatniej miesiączki. Należy pamiętać, że dokładne dane i terminy zależą od cyklu miesięczkowego oraz od dnia poczęcia dziecka i jest to kwestia indywidualna.

Za pierwszy trymestr ciąży uznajemy okres pomiędzy tygodniami 0 a 13, drugi trymestr liczymy od 14 do 26 tygodnia ciąży, ostatni, trzeci trymestr to tygodnie od 27 do 40.

Wybrała mnie Pani jako lekarza prowadzącego ciążę, który otoczy opieką Panią i rozwijające się dziecko. Bardzo dziękuję za okazane mi zaufanie.

Niezmiernie mi miło, że rozpoczęliśmy 9 miesięcy razem.

Ewa Paszkiewicz-Juszczak

Termin badania	Świadczenia profilaktyczne wykonywane przez lekarza lub położną i działania w zakresie promocji zdrowia	Badania diagnostyczne i konsultacje medyczne
Do 10. tygodnia ciąży lub w chwili pierwszego zgłoszenia się	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 3. Badanie gruczołów sutkowych. 4. Określenie wzrostu, masy ciała i wskaźnika BMI. 5. Ocena ryzyka ciążowego. 6. Propagowanie zdrowego stylu życia. 7. Przekazanie informacji o możliwości wykonania badań w kierunku chorób uwarunkowanych genetycznie. 8. W przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkowa konsultacja lekarza położnika. 9. Zebranie danych dotyczących zdrowego stylu życia i nawyków żywieniowych, w tym spożywania alkoholu i innych używek. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grupa krwi i Rh, o ile ciężarna nie posiada odpowiednio udokumentowanego badania grupy krwi. 2. Przeciwciała odpornościowe do antygenów krwinek czerwonych. 3. Morfologia krwi. 4. Badanie ogólne moczu. 5. Badanie cytologiczne, o ile nie było wykonane w ciągu ostatnich 6 miesięcy. 6. Badanie stężenia glukozy we krwi na czczo, ewentualnie OGTT u kobiet z czynnikami ryzyka GDM. 7. Badanie VDRL. 8. Zalecenie kontroli stomatologicznej. 9. Badanie HIV i HCV. 10. Badanie w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM), o ile ciężarna nie przedstawi wyniku potwierdzającego występowanie przeciwciał IgG sprzed ciąży. 11. Badanie w kierunku różyczki (IgG, IgM), o ile ciężarna nie chorowała lub nie była szczepiona lub w przypadku braku informacji. 12. Oznaczenie TSH.
11–14 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 3. Pomiar masy ciała. 4. Ocena ryzyka ciążowego. 5. Ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji. 6. Propagowanie zdrowego stylu życia. 	Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGiP).
15–20 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 3. Pomiar masy ciała. 4. Ocena ryzyka ciążowego. 5. Propagowanie zdrowego stylu życia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Morfologia krwi. 2. Badanie ogólne moczu.
18–22 tydzień ciąży		Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP.
21–26 tydzień ciąży	Rozpoczęcie edukacji przedporodowej.	
21–26 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Ocena czynności serca płodu. 3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 4. Pomiar masy ciała. 5. Ocena ryzyka ciążowego. 6. Propagowanie zdrowego stylu życia. 7. W przypadku opieki sprawowanej przez położną konsultacja lekarza położnika (24–26 tydzień ciąży). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie stężenia glukozy we krwi po doustnym podaniu 75 g glukozy (w 24–26 tygodniu ciąży) – trzypunktowe oznaczenie stężenia glukozy: przed podaniem glukozy (na czczo), po 1 i 2 godz. od podania glukozy. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Przeciwciała anti-D u kobiet Rh (–). 4. U kobiet z ujemnym wynikiem w I trymestrze – badanie w kierunku toksoplazmozy (IgM).

27–32 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Ocena czynności serca płodu. 3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 4. Pomiar masy ciała. 5. Ocena ryzyka ciążowego. 6. Propagowanie zdrowego stylu życia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Morfologia krwi. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Przeciwciała anti-D u kobiet Rh (-). 4. Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP. 5. W przypadku występowania wskazań – podanie immunoglobuliny anti-D (28–30ty dzień ciąży).
33–37 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie położnicze. 3. Ocena wymiarów miednicy. 4. Ocena czynności serca płodu. 5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 6. Ocena ruchów płodu. 7. Badanie gruczołów sutkowych. 8. Pomiar masy ciała. 9. Ocena ryzyka ciążowego. 10. Ocena ryzyka i nasilenia objawów depresji. 11. Propagowanie zdrowego stylu życia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Morfologia krwi. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Badanie antygeny HBs. 4. Badanie HIV. 5. Posiew z pochwy i odbytu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących (35–37 tydzień ciąży). 6. Badanie VDRL, HCV w grupie kobiet ze zwiększonym populacyjnym lub indywidualnym ryzykiem zakażenia.
38–39 tydzień ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie położnicze. 3. Ocena ruchów płodu. 4. Ocena czynności serca płodu. 5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 6. Pomiar masy ciała. 7. Ocena ryzyka ciążowego. 8. Propagowanie zdrowego stylu życia. 9. W przypadku opieki sprawowanej przez położną konsultacja lekarza położnika. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne moczu. 2. Morfologia krwi.
Niezwłocznie po 40. tygodniu ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie położnicze. 3. Ocena ruchów płodu. 4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 5. Pomiar masy ciała. 6. Ocena ryzyka ciążowego. 7. Przy prawidłowym wyniku KTG i USG oraz przy prawidłowym odczuwaniu ruchów płodu – kolejne badanie za 7 dni, z ponownym KTG i USG. W trakcie tej wizyty należy ustalić datę hospitalizacji, tak aby poród miał miejsce przed końcem 42. tygodnia. W przypadku odstępstw od normy – indywidualizacja postępowania. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie KTG. 2. Badanie ultrasonograficzne zgodnie z rekomendacjami PTGiP.

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 kardiokografię.

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).
3. Pomiary biometryczne:
 - długość ciemieniowo-siedzeniowa (CRL),
 - wymiar dwuciemieniowy główki płodu (BPD) 4),
4. Ocena anatomii płodu:
 - czaszka (kształt), sierp mózgu, sploty naczyniówkowe komór bocznych,
 - ściany powłok jamy brzusznej uwzględniając fizjologiczną przepuklinę pępkową do 12 tygodnia ciąży,
 - żołądek,
 - serce płodu - lokalizacja i czynność serca,
 - pęcherz moczowy,
 - kręgosłup,
 - 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:

- aberracji chromosomalnych,
- zaburzeń hemodynamicznych,
- wad serca płodu,
- 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, spłoty 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 kielichowomiedniczkowego),
 - 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 CIAŻY.

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 porożu 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 fizycznego 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 lub 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.

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, porodu, położu 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 ogólnousprawniającą, poznać pozycje relaksacyjne, sposoby oddychania w różnych okresach porodu, zasady parcia, poznać zasady pielęgnacji noworodka (bezpieczne chwytty noworodka, kąpiel, układanie noworodka itp.). Ponadto powinna zaznajomić się z salą porodową w której będzie odbywać poród.

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 zajść 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 żarzonej 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.

6. 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.

7. Wzmoczona wydzielina pochwowa

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

8. 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.

9. 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 przeciwbólowe (paracetamol).

10. 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.

11. 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 przeciwbólowe po wykluczeniu zagrożenia porodem przedwczesnym.

12. Rozstępy ciążowe skóry

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

13. 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.