

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
17 квітня 2025 року № 667

СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
НУДОТА І БЛЮВАННЯ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ.
НАДМІРНЕ БЛЮВАННЯ ВАГІТНИХ

Загальна частина

Діагноз: Нудота і блювання під час вагітності. Надмірне блювання вагітних

Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:

O21 Надмірне блювання під час вагітності

O21.0 Блювання вагітних

O21.1 Надмірне блювання вагітних із метаболічним порушенням

O21.2 Пізнє блювання вагітних

O21.8 Інше блювання, що ускладнює вагітність

O21.9 Блювання при вагітності, неуточнене

Стандарт медичної допомоги «Нудота і блювання під час вагітності. Надмірне блювання вагітних» (далі - СМД) розроблено з урахуванням сучасних вимог доказової медицини, розглядає методи профілактики, діагностики та лікування. СМД розроблено на основі Клінічної настанови, заснованої на доказах «Нудота і блювання під час вагітності. Надмірне блювання вагітних», яка ґрунтується на принципах доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій.

На момент розробки СМД у інструкціях для медичного застосування деяких лікарських засобів, затверджені МОЗ, відсутні відповідні показання для застосування при нудоті та блюванні під час вагітності та/або надмірному блюванні вагітних, існують певні обмеження у їх застосуванні при вагітності. Відповідно до статті 44 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» лікарські засоби, можуть використовуватися в інтересах вилікування особи тільки за умови отримання письмової згоди та інформування хворого або його законного представника про цілі, методи, побічні ефекти, можливий ризик та очікувані результати лікування. Інформація щодо ефективних схем лікування викладена в Клінічній настанові «Нудота і блювання під час вагітності. Надмірне блювання вагітних». Ознайомитися з Клінічною настановою, заснованою на доказах «Нудота і блювання під час вагітності. Надмірне блювання вагітних» можна за посиланням https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.

Розробники

Дубров Сергій Олександрович Жук Світлана Іванівна	перший заступник Міністра охорони здоров'я України, голова робочої групи; завідувач кафедри акушерства, гінекології і медицини плода Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, професор, експерт Міністерства охорони здоров'я України за напрямом «Акушерська та гінекологічна допомога», заступник голови робочої групи з клінічних питань;
Коньков Дмитро Геннадійович	професор кафедри акушерства та гінекології №1 Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова;
Марічерета Валерія Геннадіївна	перший проректор закладу вищої освіти Одеського національного медичного університету, професор, голова експертної групи Міністерства охорони здоров'я України за напрямом «Акушерська та гінекологічна допомога»;
Медведь Володимир Ісаакович	керівник відділення внутрішньої патології вагітних Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України», професор (за згодою);
Ткаченко Руслан Опанасович	професор кафедри акушерства, гінекології та репродуктології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, професор;
Кирильчук Міла Євгенівна	головний науковий співробітник відділення внутрішньої патології вагітних Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України», секретар робочої групи (за згодою).

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення:

Гуленко Оксана Іванівна	начальник відділу стандартизації медичної допомоги Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу
----------------------------	---

Рецензенти:

Пирогова Віра Іванівна	завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, д.мед.н., професор
---------------------------	--

Потапов завідувач кафедри акушерства та гінекології
Валентин Дніпровського державного медичного університету,
Олександрович д.мед.н., професор

Дата оновлення стандарту – 2030 рік

Перелік скорочень

АЛТ	аланінамінотрансфераза
АСТ	аспартатамінотрансфераза
АЧТЧ	активований частковий тромбопластиновий час
в/в	внутрішньовенно
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
в/м	внутрішньом'язово
ВТЕ	венозний тромбоемболізм
ДФЩЗ	дослідження функції щитоподібної залози
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
ІМТ	індекс маси тіла
КМП	клінічний маршрут пацієнта
МНВ	міжнародне нормалізоване відношення
НБВ	нудота і блювання під час вагітності
НмБВ	надмірне блювання вагітних
НМГ	низькомолекулярний гепарин
ППХ	повне парентеральне харчування
п/ш	підшкірно
РФМК	розчинні фібрин-мономерні комплекси
СМД	стандарт медичної допомоги «Нудота і блювання під час вагітності. Надмірне блювання вагітних»
СРБ	С-реактивний білок
СЧВ	системний червоний вовчак
ТГВ	тромбоз глибоких вен
ТТГ	тиреотропний гормон
PUQE	короткий опитувальник для конкретних захворювань
Форма № 003/о	форма первинної облікової документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого №__» та інструкція з її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974
Форма № 096/о	форма первинної облікової документації 096/о «Історія вагітності та пологів №__» та інструкція з її заповнення, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29 зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 року за № 230/28360
Форма № 111/о	форма первинної облікової документації № 111/о «Індивідуальна карта вагітної і породіллі» затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 1999 року № 302

Розділ І. Організація надання медичної допомоги у разі нудоти і блювання під час вагітності

1. Положення стандарту медичної допомоги

Лікарі різних спеціальностей, мають бути обізнані щодо основних чинників ризику та клінічних проявів НБВ або НмБВ, їх ранньої діагностики та лікування для попередження розвитку ускладнень вагітності, що можуть становити загрозу для життя жінки.

2. Обґрунтування

НБВ трапляється у 80% вагітних й характеризується різним ступенем тяжкості симптомів, які зазвичай починаються на 5-6 тижні вагітності, можуть спричинити значні емоційні, психологічні, фізичні та фінансові витрати для вагітних та їхніх родин. НмБВ асоціюється з різноманітними метаболічними порушеннями (вуглеводне виснаження, зневоднення або електролітний дисбаланс), тяжкі симптоми НмБВ спричиняють серйозне психосоціальне навантаження, що призводить до депресії, тривоги та навіть до припинення вагітності. НБВ та НмБВ є частими показаннями для госпіталізації серед вагітних у першому триместрі.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) пацієнтка та члени родини/особи, які здійснюють догляд, забезпечуються у доступній формі інформацією щодо стану пацієнтки, перебігу захворювання, плану обстеження, лікування і подальшого спостереження, навчання навичок (режиму харчування та способу життя), необхідних для поліпшення результатів лікування, контактів для отримання додаткової інформації та консультацій, з особливим акцентом на довгострокових наслідках для перебігу та закінчення вагітності;

2) існує задокументований індивідуальний план медичної допомоги, який містить дані щодо діагнозу пацієнтки, плану обстеження та лікування, узгоджений з пацієнткою, членами родини/особами, які здійснюють догляд;

3) необхідно надати пацієнтці інформацію щодо переваг і недоліків різних варіантів лікування НБВ та НмБВ, можливих побічних ефектів лікарських засобів;

4) пацієнток з НБВ в анамнезі слід інформувати про ризик рецидиву в період теперішньої вагітності;

5) при виписуванні зі стаціонару пацієнтці із НБВ та НмБВ надаються рекомендації щодо подальшого спостереження лікарем, який здійснює ведення даної вагітності;

6) заохочення всіх пацієнток до щоденних фізичних навантажень за умови задовільного самопочуття, корекції способу життя та харчового раціону;

7) для покращення інформування та консультування пацієнток з приводу НБВ або НмБВ, для полегшення нудоти та блювання, потреби у використанні протиблювотних лікарських засобів а також з питань безпеки протиблювотних лікарських засобів доцільно надати пацієнткам індивідуальний план спостереження та інформацію, наведену у додатку 1 до цього СМД;

8) надавачі медичних послуг розміщують інформаційні матеріали щодо проблем, пов'язаних із НБВ та НмБВ.

Розділ II. Діагностика нудоти і блювання під час вагітності або надмірного блювання вагітних

1. Положення стандарту медичної допомоги

НБВ діагностується, якщо виключено інші причини нудоти та блювання. НмБВ може бути діагностовано, якщо нудота та/або блювання настільки тяжкі, що спричиняють нездатність нормально їсти та пити, сильно обмежують повсякденну діяльність. Ознаки зневоднення роблять діагноз НмБВ очевидним. Кетонурія не є показником зневоднення в період вагітності та не повинна використовуватися для оцінки ступеня тяжкості. Лікарям слід ознайомитися з особливостями анамнезу, провести огляд та обстеження, які дозволяють діагностувати НБВ або НмБВ, а також контролювати ступінь їх тяжкості.

2. Обґрунтування

НБВ зазвичай починається у період від 4-го до 7-го тижня вагітності, досягає максимальної вираженості приблизно на 9-му тижні та минає до 20-го тижня у 90% жінок.

Пацієнтки з легкою або помірною НБВ (PUQE-24 <12), у яких симптоми не є підозрілими щодо НмБВ чи іншого діагнозу, не потребують додаткових досліджень. Збір анамнезу та фізикальне обстеження мають бути спрямовані на визначення альтернативних діагнозів. Фізикальне обстеження повинно включати визначення температури тіла, ваги, пальпацію живота на чутливість/болючість, а також оцінку ригідності м'язів шиї та ознак підвищеного внутрішньочерепного тиску, якщо анамнез вказує на те, що причиною симптомів є захворювання центральної нервової системи.

Жінки з НмБВ часто мають гіпонатріємію, гіпокаліємію, гіпохлоремію, гіпомагніємію, підвищений гематокрит ($\geq 45\%$) та низький рівень сечовини в сироватці крові, кетонурію з метаболічним гіпохлоремічним алкалозом (може розвинути метаболічна ацидемія). Клінічними ознаками зневоднення є: сильна спрага; поява шкірних складок; ортостатична артеріальна гіпотензія з подальшою гіпотензією у положенні лежачи з компенсаторною рефлексорною тахікардією; гіповолемічний шок – у випадку втрати рідини понад 30%; запалість поверхневих вен, зокрема зовнішньої яремної вени у положенні лежачи; олігурія з підвищенням концентрації сечі; сухість шкіри, насамперед у ділянці пахв.

Може розвинути кетоацидоз голодування, що призводить до значного метаболічного порушення. Слід враховувати, що НмБВ часто супроводжується змінами у результатах функціональних тестів печінки та щитовидної залози. Може спостерігатися незначне підвищення рівнів білірубину і амілази. У 2/3 жінок з НмБВ можуть бути виявлені відхилення від норми у показниках функції щитоподібної залози, а саме збільшення концентрації вільного тироксину з пригніченням рівня ТТГ або без нього.

Інфікування *Helicobacter pylori* (H. Pylori) значною мірою обтяжує багато розладів, пов'язаних з вагітністю, включаючи НБВ. Для діагностики під час

вагітності перевагу надають простим, недорогим неінвазивним тестам, таким як визначення антитіл у сироватці крові та антигену в калі. У деяких випадках може застосуватись неінвазійний діагностичний С-уреазний дихальний тест. Доза іонізуючого випромінювання при проведенні С-уреазного дихального тесту є надзвичайно низькою і нижчою, ніж та, що вважається тератогенною.

У пацієнок з нетиповими симптомами, ознаками або відповідним анамнезом можуть знадобитися додаткові дослідження. Диференціальні діагнози НБВ різноманітні й охоплюють будь-які розлади, наведені у додатку 2 до цього СМД, який може спричинити ці симптоми.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) провести первинну оцінку тяжкості НБВ відповідно до клінічних критеріїв: зменшення маси тіла порівняно з масою до вагітності, наявність клінічних ознак зневоднення та оцінка балу за модифікованою шкалою PUQE-24. Для визначення тяжкості НБВ використовується шкала індивідуальної кількісної оцінки НБВ (PUQE) та шкала прогнозування НмБВ (HELP) відповідно до додатку 3 до цього СМД;

2) нудота та блювання, що починаються в першому триместрі вагітності за відсутності будь-якої іншої етіології визначається як НБВ. При зниженні маси тіла $<5\%$, відсутності клінічних проявів зневоднення, та бал за шкалою PUQE ≤ 6 - визначається як НБВ (неускладнена нудота та блювання вагітних). НБВ, що супроводжуються однією з ознак (зниження маси тіла на $\geq 5\%$, один або декілька клінічних ознак зневоднення, бал за шкалою PUQE ≥ 7) - визначається як НмБВ;

3) при неускладненій НБВ не проводити жодних діагностичних біологічних або візуалізаційних досліджень (за винятком акушерського УЗД);

4) при НмБВ необхідно визначити гематокрит, рівень калію, натрію, глюкози та креатиніну у крові та повний аналіз сечі;

5) пацієнтки з цукровим діабетом або іншими супутніми захворюваннями потребують частішого контролю рівня електролітів (щонайменше щодня);

6) у разі збереження та/або погіршення симптомів після проведеного лікування слід доповнити обстеження визначенням рівня трансаміназ та ліпази, проведенням УЗД органів черевної порожнини, підрахунком лейкоцитів, а також визначенням рівня СРБ, ТТГ та тироксину, задля проведення диференційного діагнозу. Рівень ТТГ слід вимірювати у жінок із рефрактерною до лікування НБВ або НмБВ, або в осіб з менш виразними симптомами, які мають ознаки та/або симптоми тиреотоксикозу;

7) пацієнткам із тяжкою НБВ (оцінка PUQE-24 ≥ 13 або підозрою на НмБВ) провести обстеження, що включає аналізи крові на вміст бікарбонатів, магнію, кальцію, фосфату та сечовини; аналізи крові на білірубін, АЛТ, АСТ, амілазу та альбумін; дослідження для виключення альтернативних діагнозів, якщо це показано;

8) при перевищенні верхньої межі норми для вагітності активності печінкових ферментів у 4 рази, слід розглянути можливість проведення подальших досліджень функції печінки;

Бажані:

9) проведення психосоціального скринінгу та, за потреби, направлення до відповідних лікарів-спеціалістів.

Розділ III. Лікування НБВ та НмБВ**1. Положення стандарту медичної допомоги**

Враховуючи дуже високу частоту НБВ, а також той факт, що переважна більшість випадків мають досить сприятливий результат при неускладненому перебігу, лікування повинно проводитися амбулаторно. Як терапевтичні стратегії розглядаються немедикаментозне лікування та використання лікарських засобів. Враховуючи відсутність переваги одного класу лікарських засобів над іншим у зменшенні симптомів нудоти та блювання й НмБВ, потрібно оцінювати профіль безпеки лікарських засобів. Консультації шляхом застосування засобів телемедицини також можуть бути варіантом для пацієнок, які не можуть отримати доступ до відповідної допомоги поруч з домом.

2. Обґрунтування

Раннє лікування НБВ може бути корисним для запобігання її прогресування. Координація допомоги має зосереджуватись на пацієнтці та бути багатопрофільною. Залежно від клінічних потреб і уподобань пацієнтки, допомога може надаватись у стаціонарі чи амбулаторно (або вдома). Пацієнок із оцінкою PUQE-24 ≤ 12 і тих, які потребують інфузійної терапії та парентерального введення протиблювотних лікарських засобів, якщо пацієнтки не в змозі використовувати їх перорально, лікують, за можливості, амбулаторно. Пацієнткам із симптомами нудоти і блювання амбулаторна допомога забезпечує швидкий та простий доступ. Перелік медикаментозної терапії залежно від тяжкості симптомів наведено у додатку 4 до цього СМД.

Пацієнткам із тяжкими НБВ (оцінка PUQE-24 >12) або НмБВ медичної допомоги лише на амбулаторному рівні може бути недостатньою. Пацієнткам із цукровим діабетом 1 типу та іншими захворюваннями високого ризику (наприклад, синдром короткої кишки) або ті, які вимагають безперервного прийому життєво важливих пероральних лікарських засобів (наприклад, тяжка епілепсія, реципієнти трансплантатів), повинні бути госпіталізовані принаймні для початкового лікування до стабілізації стану.

Комплексне лікування НБВ та НмБВ пацієнок включає: втручання для зменшення нудоти, позивів до блювання та блювання; лікування супутніх порушень моторики шлунку, гастроезофагеального рефлюксу та закрепу; підтримка гідратації, інфузійна терапія збалансованими розчинами електролітів; забезпечення повноцінного харчування, включно з вживанням вітамінів, якщо це необхідно; психологічне тестування та, за потреби, скерування на психосоціальну підтримку; моніторинг та попередження побічних реакцій і несприятливих наслідків медикаментозної терапії для пацієнтки та плода.

Вибір протиблювотного лікарського засобу повинен бути індивідуальним, виходячи із симптомів, попередньої реакції на лікування та потенційних побічних ефектів. Якщо протиблювотний лікарський засіб неефективний у

максимальній дозі, необхідно припинити прийом, перш ніж розпочинати лікування альтернативним лікарським засобом. Якщо протиблювотний лікарський засіб частково ефективний, необхідно оптимізувати дозування та терміни, додати інші лікарські засоби лише після випробування максимальних доз першого лікарського засобу. Якщо немає медикаментозної алергії, призначають кожен з лікарських засобів протягом 24 годин, перш ніж перейти до наступної лінії терапії. Пацієнтки переважно потребують комбінації протиблювотних лікарських засобів. Необхідно надавати письмові інструкції щодо коригування терапії (у бік збільшення або зменшення) при зміні, погіршенні або покращенні симптомів.

Наявні дані про безпеку протиблювотних лікарських засобів першої лінії, таких як H₁-блокатори гістамінових рецепторів, фенотіазини, що призначаються першою лінією лікування НБВ та НмБВ. Розчин глюкози у жінок з дефіцитом тіаміну може спровокувати енцефалопатію Верніке.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

- 1) пацієнтки з неускладненим перебігом НБВ перебувають на амбулаторному лікуванні;
- 2) пацієнткам з НБВ слід припинити прийом пренатальних вітамінів та залізовмісних лікарських засобів та обмежитися лише фолієвою кислотою;
- 3) у разі виникнення побічних реакцій слід негайно припинити прийом лікарських засобів. Пацієнтку необхідно запитати про попередні побічні реакції на протиблювотні лікарські засоби;
- 4) монотерапія піридоксином або комбінована терапія доксиламіном та піридоксином рекомендована як перша лінія лікування НБВ завдяки їх ефективності і безпеці;
- 5) пацієнткам, у яких відсутня відповідь на монотерапію, слід застосовувати комбінації двох або більше протиблювотних лікарських засобів;
- 6) при призначенні в/в інфузійної терапії слід враховувати ступінь дегідратації та електролітні порушення. Для в/в регідратації проводиться введення фізіологічного розчину (0,9% NaCl) з додатковим вмістом калію хлориду (у випадку гіпокаліємії), під щоденним контролем концентрації електролітів;
- 7) пацієнткам, у яких розвивається гастроезофагеальний рефлюкс, езофагіт або гастрит показані інгібітори протонної помпи, що наведені у додатку 5 до цього СМД;
- 8) в I триместрі, через потенційний ризик незрощення верхньої губи та твердого піднебіння, глюкокортикостероїди застосовують лише у рефрактерних до стандартного лікування випадках. Після зникнення явищ НмБВ не слід продовжувати прийом глюкокортикостероїдів;
- 9) якщо НБВ є рефрактерними до стандартної фармакотерапії, необхідно виключити інші можливі причини;
- 10) пацієнткам з рецидивними/поточними НБВ/НмБВ при електролітному дисбалансі та недостатності харчування необхідно проводити терапію в

стаціонарних умовах, незважаючи на адекватне амбулаторне лікування;

11) стаціонарне лікування показане пацієнткам, у яких є один з критеріїв:
зниження маси тіла на $\geq 10\%$;

одна або декілька клінічних ознак зневоднення;

бал за шкалою PUQE ≥ 13 ;

гіпокаліємія $< 3,0$ ммоль/л;

гіпонатріємія < 120 ммоль/л;

підвищення концентрації креатиніну > 90 мкмоль/л;

резистентність до попереднього лікування;

певні супутні захворювання, наприклад цукровий діабет 1 типу, погано контрольована епілепсія, ВІЛ-інфіковані, реципієнти трансплантатів або ті пацієнтки, які потребують життєво важливої імуносупресії;

неповноцінне харчування/триваюча значна втрата ваги, незважаючи на терапію або голодування;

12) пацієнок із НБВ або НмБВ тяжкого ступеня необхідно проконсультувати у суміжних фахівців відповідно до наявних симптомів;

13) при неефективності медикаментозних методів лікування для контролю симптомів слід розглянути:

зондове ентеральне або парентеральне харчування;

направлення до гастроентеролога;

застосуванням міждисциплінарного підходу паралельно з поточною медикаментозною терапією.

ППХ є втручанням з високим ризиком, однак у рефрактерних випадках може бути корисним для забезпечення достатнього споживання поживних речовин;

14) пацієнок виписують якщо:

призначена протиблювотна терапія переноситься добре;

є сприйняття достатнього харчування та споживання рідини;

призначене лікування завершено.

Під час виписки зі стаціонару пацієнтки отримують інформацію щодо подальшого спостереження та, за необхідності, продовження прийому протиблювотних лікарських засобів;

15) переривання вагітності розглядається лише після використання всіх терапевтичних можливостей.

Бажані:

16) пацієнткам з неускладненим перебігом рекомендувати використання методів немедикаментозного лікування НБВ (імбир, акупресура, акупунктура та електростимуляція у разі суми балів за шкалою PUQE ≤ 6);

17) вітамін тіамін призначається у випадках НмБВ, що потребують парентеральної регідратації, з метою запобігання виникненню енцефалопатії Верніке;

18) пацієнок, госпіталізованих у зв'язку з НмБВ, не потрібно ізолювати (темрява, невикористання мобільного телефону, заборона відвідування тощо),

оскільки дані щодо ефективності цього заходу відсутні і він може мати шкідливі психологічні наслідки;

19) пацієнткам, госпіталізованим з НмБВ, запропонувати тромбопрофілактику низькомолекулярним гепарином. Якщо застосування низькомолекулярного гепарину протипоказане, слід використовувати градуйовані компресійні панчохи. Тромбопрофілактику можна припинити після виписки, якщо немає інших показань для її продовження. Фактор ризику, схема лікування та профілактики ВТЕ, що наведені у додатку 6 до цього СМД;

20) проведення повної оцінки стану фізичного та психічного здоров'я та, за необхідності, направлення на консультацію до лікаря-психолога;

21) пацієнткам з НмБВ, у яких раніше діагностовані психічні розлади, якщо призначені пероральні лікарські засоби не приймаються або не засвоюються через блювання, слід розглянути можливість вибору альтернативних шляхів введення, проактивного застосування протиблювотних лікарських засобів та направлення до лікарів-спеціалістів, які надають спеціалізовану медичну допомогу;

22) пацієнткам, госпіталізованим з НБВ, необхідно надавати рекомендації щодо груп підтримки.

Індикатори якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ КМП з НБВ та НмБВ.
2. Відсоток пацієнток, яким було призначено амбулаторне лікування, із загальної кількості вагітних пацієнток.
3. Відсоток пацієнток, госпіталізованих до відділення реанімації і інтенсивної терапії ЗОЗ з приводу НБВ та НмБВ.
4. Відсоток пацієнток, яким проведена оцінка ризику ВТЕ.
5. Відсоток пацієнток, яким було виконано переривання вагітності з приводу НБВ та НмБВ.

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1.Наявність у ЗОЗ КМП з НБВ та НмБВ.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього СМД.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів у регіоні. Якість надання медичної допомоги пацієнткам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП цьому СМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП у ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2025 рік – 90%;

2026 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій. Дані надаються поштою, у тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх ЗОЗ, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП з НБВ та НмБВ. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію щодо кількості ЗОЗ, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП із НБВ та НмБВ. Джерелом інформації є КМП, наданий ЗОЗ.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2. Відсоток пацієнток, яким було призначено амбулаторне лікування, із загальної кількості вагітних пацієнток.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього СМД.

При аналізі індикатора слід враховувати неможливість формального та необґрунтованого віднесення до чисельника індикатора тих пацієнтів, для яких не проводилося медичного огляду лікарем протягом звітного періоду. У первинній медичній документації мають бути задокументовані факти медичного огляду пацієнтки.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження СМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій. Дані надаються лікарями, які здійснюють ведення вагітності, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій. Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх лікарів ЗОЗ, які здійснюють ведення вагітності, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнток з діагнозом НБВ та НмБВ, які перебувають під наглядом у лікарів, які здійснюють ведення вагітності. Джерелом інформації є форма 111/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з НБВ та НмБВ у лікарів, які здійснюють ведення вагітності, яким було призначено амбулаторне лікування. Джерелом інформації є форма 111/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

3. Відсоток пацієнток, госпіталізованих до відділення реанімації і інтенсивної терапії ЗОЗ з приводу НБВ та НмБВ.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього СМД.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження цього СМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій. Дані надаються лікарями ЗОЗ, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій. Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх лікарів ЗОЗ, які здійснюють ведення вагітності;

zareєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнток з діагнозом НБВ та НмБВ, які перебувають під наглядом у лікарів, які здійснюють ведення вагітності. Джерелом інформації є форма № 003/о, форма 096/о, форма 111/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнток з НБВ і НмБВ, госпіталізованих до відділення реанімації та інтенсивної терапії. Джерелом інформації є форма № 003/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

4. Відсоток пацієнток, яким проведена оцінка ризику ВТЕ.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього СМД.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження Стандарту не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій. Дані надаються лікарями ЗОЗ, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій. Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх лікарів ЗОЗ, які здійснюють ведення вагітності; зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнток з діагнозом НБВ та НмБВ, які перебувають під наглядом у лікарів, які здійснюють ведення вагітності. Джерелом інформації є форма № 003/о, форма 096/о, форма 111/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість вагітних з НБВ або НмБВ, яким проведена оцінка ризику ВТЕ. Джерелом інформації є форма № 003/о, форма 096/о, форма 111/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках

5. Відсоток пацієнток, яким було виконано переривання вагітності з приводу НБВ та НмБВ.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього СМД.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження цього СМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація, яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, що надає спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з НБВ і НмБВ, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій. Дані надаються

лікарями ЗОЗ, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій. Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх лікарів ЗОЗ, які здійснюють ведення вагітності, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнток з діагнозом НБВ та НмБВ, які перебувають під наглядом у лікарів, які здійснюють ведення вагітності. Джерелом інформації є форма № 003/о, Форма 111/о.

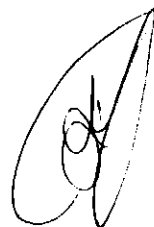
Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнток з НБВ і НмБВ, яким було проведено переривання вагітності з приводу НБВ і НмБВ. Джерелом інформації є форма № 003/о, Форма 111/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік літературних джерел, використаних при розробці стандартів медичної допомоги

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Нудота і блювання під час вагітності. Надмірне блювання вагітних», 2024.
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 12 березня 2024 року № 418 "Про затвердження шістнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності".
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29 «Про внесення змін до первинних облікових форм та інструкцій щодо їх заповнення», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 року за № 230/28360.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 06 лютого 2015 року № 51 «Про затвердження Порядку транспортування вагітних, роділь та породіль в Україні», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 26 лютого 2015 року за № 220/26665.
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2014 року № 59 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги з питань планування сім'ї».
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за №2001/22313.
7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.
8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 1999 року № 302 «Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в поліклініках (амбулаторіях)».

**Директор Департаменту медичних
послуг**



Євгеній ГОНЧАР

Додаток 1
до Стандарту медичної допомоги
«Нудота і блювання під час вагітності.
Надмірне блювання вагітних»
(підпункт 7 пункту 3 розділу I)

**Інформація для пацієнок
та індивідуальний план спостереження**

Індивідуальний план спостереження пацієнтки				
Дата: _____ Лікар: _____ Контакти: _____		Штрих-код пацієнтки		
Мої лікарські засоби проти нудоти, блювання та рефлюксу				
	Ранок	Обід	Вечір	На ніч
Проти нудоти, позивів до блювання або блювання				
Проти кислотності шлунка (рефлюкс)				
Проти закрепчу				
Інші				

Якщо ви відчуваєтеся гірше: _____

Якщо ви відчуваєтеся краще: _____

Хочете розповісти нам, як ваші справи? _____

Їжа та пиття: _____

Робота або навчання: _____

Родина: _____

Настрій: _____

Чи отримували ви крапельниці (в/в) цього тижня? Якщо так, то коли?
Чи допомогло? _____

Нудота і блювання під час вагітності / Інформація для пацієнок

Багато вагітних відчувають нудоту та блювання на ранніх термінах вагітності. Ці симптоми можуть коливатися від легких до таких, які можна вважати нормальним явищем під час вагітності. Якщо ви можете продовжувати їсти та пити навіть під час нудоти, це вважається нормальним. Точна причина цього стану невідома, але, ймовірно, він пов'язаний з гормональними змінами на ранніх термінах вагітності.

Цей стан може виникати частіше в деяких родинах (генетична схильність), якщо ви очікуєте двійню або трійню, якщо ви очікуєте дівчинку і якщо у вас були нудота та блювота під час попередніх вагітностей. Ми насправді не розуміємо, чому певні жінки страждають більше, але важливіше знати, що це не ваша провина, й це не означає, що з вашою вагітністю щось не так.

Тут ми відповідаємо на деякі поширені запитання про нудоту та блювання під час вагітності та надаємо вказівки щодо того, де можна отримати додаткову інформацію та допомогу, якщо вона вам знадобиться.

Хоча цей стан часто називають ранковою нудотою, симптоми можуть виникнути в будь-який час, а не тільки вранці. Зазвичай вони починаються на ранніх термінах вагітності й тривають до 12-16 тижня. У рідкісних випадках симптоми спостерігаються протягом усієї вагітності.

Навіть з легкими цими симптомами може бути тяжко впоратися. Цей стан може вплинути на ваш настрій, роботу, домашні обставини та здатність піклуватися про свою родину. Якщо нудота та блювання дійсно заважають вашому життю, особливо вашій здатності їсти та пити, слід звернутися по допомогу до свого лікаря або фельдшера.

Що таке надмірне блювання вагітних?

Якщо ви відчуваєте тяжкі нудоту та блювання більше ніж кілька днів, вам може бути важко що-небудь пити, що призводить до зневоднення (нестачі рідини в організмі) і труднощів із вживанням достатньої кількості їжі, що спричиняє втрату ваги й дефіцит вітамінів. Ці тяжкі симптоми відомі як надмірне блювання вагітних. Якщо у вас є ці симптоми протягом більше кількох днів, вам потрібна термінова спеціалізована медична допомога. Лікування є ефективним і захищає вас і вашу дитину від ускладнень. Ви повинні звернутися до свого лікаря загальної практики-сімейного лікаря, лікаря-гінеколога або відвідати пункт невідкладної допомоги закладу охорони здоров'я за місцем проживання.

Чи впливають нудота і блювання на мою дитину?

Зазвичай ні. Дитина отримує живлення з резервів вашого організму, навіть якщо ви не можете добре харчуватися під час блювання. Зусилля на позиви до блювання та саме блювання не завдають шкоди вашій дитині. Фактично, деякі дослідження показали, що нудота і блювання на ранніх термінах вагітності є

гарним показником того, що ваша вагітність є здоровою та матиме успішний результат.

Ваша дитина може постраждати, якщо у вас розвинеться надмірне блювання вагітних і ви сильно захворієте через нестачу рідини в організмі (зневоднення), яку не було проліковано. У такому разі, найімовірніше, ваша дитина матиме низьку вагу при народженні. Однак не всі діти, народжені жінками з надмірним блюванням вагітних, мають низьку вагу при народженні.

Чи потрібні мені якісь спеціальні аналізи?

Якщо під час вагітності у вас є легкі відчуття нездужання (нудота) і блювання, вам зазвичай не потрібні спеціальні аналізи чи дослідження.

Іноді ваш лікар або фельдшер може запропонувати кілька аналізів при умові:
якщо ваші симптоми стають тяжчими;
якщо ви не можете обмежити споживання їжі або рідини;
якщо ви починаєте худнути.

Дослідження можуть включати аналізи крові чи сечі, щоб знайти іншу причину вашої нудоти і блювання або перевірити, як ваше тіло справляється.

Що я можу зробити, щоб полегшити нудоту та блювання?

Здебільшого, оскільки симптоми часто легкі, специфічне лікування не потрібне. Однак є певні засоби, які можна спробувати, щоб полегшити симптоми. Вони включають:

часте харчування невеликими порціями їжі. Деякі люди кажуть, що нудота погіршується, якщо взагалі нічого не їсти. Якщо ви регулярно їсте трохи їжі, це може допомогти полегшити симптоми.

Їжте все, що можете й коли можете. У цей час не варто надто перейматися збалансованим харчуванням. Можливо, є продукти, які вам дуже хочеться, а є такі, які ви терпіти не можете. Холодні страви можуть бути прийнятнішими, якщо нудота пов'язана із запахами їжі. Окремі дослідження показали, що вживання імбиру у формі таблеток або сиропу може бути ефективним для полегшення нудоти та блювоти під час вагітності. Однак потрібно проявляти обережність, оскільки якість імбирних продуктів різниться. Перш ніж приймати препарати імбиру, слід обговорити це з лікарем. Їжа, що містить імбир, також може допомогти;

уникати подразників. Деякі жінки вважають, що певні подразники можуть спровокувати нудоту. Наприклад, запах або емоційний стрес. Якщо можливо, уникайте всього, що може спричинити симптоми;

щоб уникнути нестачі рідини в організмі (зневоднення), потрібно **вживати велику кількість рідини**. Запобігти блюванню можна, якщо пити потроху та часто, а не у великих кількостях. Намагайтеся випивати не менше один-два літри будь-якої рідини на добу;

відпочинок. Обов'язково відпочивайте і висипайтеся на ранніх термінах вагітності. Вважається, що втома посилює нудоту і блювання під час вагітності.

Примітка: під час вагітності не слід використовувати безрецептурні засоби проти нудоти і блювання, якщо це не рекомендовано вашим лікарем, фельдшером або фармацевтом.

Коли потрібні протиблювотні лікарські засоби?

Протиблювотні лікарські засоби можуть бути необхідними та рекомендованими, якщо симптоми є постійними та важкими або якщо вони не усуваються після вжиття вищевказаних заходів. Хоча зазвичай рекомендують уникати прийому лікарських засобів під час вагітності, певні лікарські засоби вже багато років використовуються для лікування нудоти і блювання під час вагітності й вважаються безпечними.

Завжди консультируйтесь з лікарем або фельдшером, перш ніж приймати протиблювотні лікарські засоби під час вагітності.

Вони повинні повідомити вам про будь-які можливі занепокоєння щодо використання лікарських засобів від нудоти і блювання під час вагітності. Не соромтеся поставити їм будь-які запитання, перш ніж приймати лікарські засоби під час вагітності.

Найкраще використовувати лікарські засоби максимально короткий час. Деяким жінкам лікування може знадобитися протягом кількох тижнів або навіть місяців, поки симптоми не зникнуть.

Що робити, якщо ці методи лікування не дуже ефективні?

Невелика кількість жінок потребує відвідування ЗОЗ для введення розчинів через крапельницю. Госпіталізація до ЗОЗ іноді необхідна, якщо лікування вдома не ефективне або ви погано переносите його. Вам може знадобитися госпіталізація до ЗОЗ, якщо ви втрачаєте вагу або не можете вживати достатню кількість рідини і відчуваєте зневоднення.

Пам'ятайте, що не всі випадки блювання можуть бути наслідком вагітності. У вас все ще можуть бути інші захворювання, такі як кишкова інфекція або харчове отруєння. Іноді інфекція сечового міхура або нирок може спричинити блювання під час вагітності. Ви повинні терміново звернутися до лікаря, якщо у вас виникли будь-які симптоми, які вас турбують, особливо будь-який із наведених нижче симптомів: дуже темна сеча або відсутність сечі протягом понад 8 год; біль у животі; висока температура; біль при сечовипусканні; головний біль, що не минає; пронос (діарея); жовтяниця; сильна слабкість або відчуття неприємності; кров у блювотних масах; багаторазове, безупинне блювання.

Додаток 2
до Стандарту медичної допомоги
«Нудота і блювання під час вагітності.
Надмірне блювання вагітних»
(пункт 2 розділу II)

Диференціальна діагностика нудоти і блювання під час вагітності

Клас хвороб	Поширеніші хвороби	Менш поширені хвороби
Шлунково-кишкові захворювання	Інфекційний гастроентерит Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба Інфекція <i>Helicobacter pylori</i>	Інфекційний гепатит Панкреатит Захворювання жовчних шляхів Виразкова хвороба Непрохідність кишечника Гастропарез Апендицит Перитоніт
Захворювання сечостатевої системи	Інфекція сечовивідних шляхів, включаючи пієлонефрит	Перекрут яєчника Нефролітіаз
Захворювання обміну речовин/токсичні ефекти	Лікарські засоби, зокрема вітаміни для вагітних	Вживання канабіноїдів чи інших заборонених наркотиків та/або синдром абстиненції Діабетичний кетоацидоз Хвороба Аддісона Тиреотоксикоз Неінфекційний гепатит Гіперкальціємія Розлади харчування
Захворювання центральної нервової системи	Мігрень	Інфекція Пухлини Підвищений внутрішньочерепний тиск Патологія вестибулярного апарату: лабіринтит, хвороба Мен'єра

Додаток 3
до Стандарту медичної допомоги
«Нудота і блювання під час вагітності.
Надмірне блювання вагітних»
(підпункт 1 пункту 3 розділу II)

**Шкала індивідуальної кількісної оцінки ступеня тяжкості
нудоти та блювання вагітних (PUQE-24)**

Система оцінки симптомів під час вагітності PUQE-24						
	1 бал	2 бали	3 бали	4 бали	5 балів	Кількість балів
За останні 24 години як часто ви відчували нудоту або біль у шлунку?	Зовсім ні	1 годину або менше	2–3 години	4–6 годин	Понад 6 годин	
За останні 24 години у вас було блювання?	Не було блювання	1–2 рази	3–4 рази	5–6 разів	7 або більше разів	
За останні 24 години скільки разів у вас були блювотні позиви або блювотні спазми без появи блювотних мас?	Жодного разу	1–2 рази	3–4 рази	5–6 разів	7 або більше разів	
Загальний бал						

Загальний бал - це сума відповідей на кожне із трьох запитань.

Оцінка за шкалою PUQE-24:

легкий ступінь = 6;

середній ступінь = 7-12;

тяжкий ступінь = 13-15.

HELP (Шкала прогнозування рівня надмірного блювання вагітних)

	0 балів	1 бал/ відповідь	2 бали/ відповідь	3 бали/ відповідь	4 бали/ відповідь	5 балів/ відповідь
Мій рівень нудоти більшу частину часу:	0	1 (Легкий)	2	3 (Середній)	4	5 (Тяжкий)
У мене епізодів блювання/ добу:	0	1-2	3-5	6-8	9-12	13 або більше
У мене епізодів позивів на блювання/спазмів на день:	0	1-2	3-5	6-8	9-12	13 або більше
У мене сечовипускання/ випорожнення сечового міхура:	Таке саме як раніше	Частіше через в/в введення рідин; або світлий колір	Дещо рідше, колір нормальний	Один раз на 8 годин; або злегка темно-жовтий колір	Рідше ніж кожні 8 годин або темніший колір	Рідко; темний або кривавий колір; або непримний запах
Сильна нудота/ блювання через 1 годину після прийому ліків АБО після вживання їжі/рідини за відсутності ліків:	0 або без ліків	1 (Легкий)	2	3 (Середній)	4	5 (Тяжкий)
Середня кількість годин, протягом яких я не можу нормально працювати на роботі та/або вдома через блювання:	0	1-2 (кількість годин дещо менша)	3-4 (можу працювати неповний робочий день)	5-7 (можу виконувати лише невеликий обсяг роботи)	8-10 (не можу піклуватися про сім'ю)	11+ (не можу піклуватися про себе)
Я впоралася з нудотою, блюванням та блювотними позивами:	Норма	Втомлена, але настрої нормальний	Дещо нижче нормального	Можна переносити, але важко	Відчуваю труднощі: перепади настрою, емоційність	Погане самопочуття: дратівливість, депресія
Загальна кількість, яку я змогла з'їсти/ випити ТА придушити блювотний позив Середня пляшка води/велика чашка = 2 чашки/500 мл.	Так само; без зниження маси тіла	Загалом приблизно 3 прийоми їжі та 6+ чашок рідини	Загалом приблизно 2 прийоми їжі та трохи рідини	1 прийом їжі та кілька чашок рідини; або тільки рідина, або тільки їжа	Дуже мало, <1 прийом їжі/мінімум рідини; або часте в/в введення	Нічого не підходить або не залишається у шлунку, або щоденне в/в введення /ППХ/ через назогастральний зонд
Мої ліки проти нудоти/блювання залишаються у шлунку або переносяться:	Без ліків	Завжди	Майже завжди	Інколи	Рідко	Ніколи/в/в / п/ш (помпа для п/ш)
Мої симптоми порівняно з останнім тижнем:	Чудово	Краще	Приблизно так само	Гірше	Набагато гірше	Набагато гірше!!!
Зниження маси тіла за останні 7 днів: %	0%	1%	2%	3%	4%	5%
Кількість рецептів для лікування нудоти/блювання*	0	1	2	3	4	5+
ВСЬОГО по кожному стовпцю = (кількість відповідей у стовпці) x (кількість балів за кожну відповідь)	0	—	—	—	—	—
ВСЬОГО для ВСІХ стовпців:	Немає/легкий < 19			Середній 20-32		Тяжкий 33-60

Додаток 4
до Стандарту «Нудота та блювання
під час вагітності.
Надмірне блювання вагітних»
(пункт 2 розділу III)

Склад медикаментозної терапії залежно від тяжкості симптомів

Групи препаратів	Легкі нудота та блювання	Помірні PUQE-24 від 7 до 12	Тяжкі (PUQE-24 \geq 13) або надмірне блювання вагітних — амбулаторне лікування	Рефрактерні симптоми або в лікарні
Протиблювотні лікарські засоби і глюкокортикостероїди	імбир та/або піридоксин (вітамін B ₆)	Один з протиблювотних лікарських засобів, можливо в поєднанні з проносом	протиблювотні (можливо в поєднанні з проносом) і розглянути застосування на ніч: антигістамінні для системного застосування (плюс піридоксин) Якщо серйозні симптоми не зникають: розглянути кортикостероїди	Що стосується тяжких нудоти та блювання під час вагітності або гіперемезису вагітних: перейти на парентеральне лікування в разі непереносимості перорального прийому; перейти назад до перорального прийому, коли це зручно
Проносні лікарські засоби	Осмотичні або пробіотики			
Кислотознижувальні лікарські засоби	-	Використовуйте, за необхідності, інгібітор протонної помпи	Почати прийом інгібітора протонної помпи	Продовжити застосування інгібітора протонної помпи в/в у разі непереносимості перорального прийому
Внутрішньовенне (в/в) лікування	-	В/в розчини від 1 до 3 разів (днів) на тиждень за потреби Додати в/в тіамін у разі поганого перорального споживання або введення глюкози		Безперервна в/в інфузійна терапія розчинами та електролітами - додати в/в тіамін у разі недостатнього перорального споживання або введення глюкози. Контроль стану дегідратації та симптомів кетогенної інтоксикації
Додаткова терапія	-	-	Розглянути доцільність профілактики венозного тромбоемболізму	Розглянути ентеральне або повне парентеральне харчування. Профілактика ВТЕ, якщо є показання

Лікарські засоби I, II, III лінії

Лікарський засіб	Потенційні ризики	Практичні вказівки
Перша лінія		
Імбир	Відсутність збільшення частоти вроджених вад розвитку Печія	Безрецептурний лікарський засіб
Піридоксин	Відсутність збільшення частоти вроджених вад розвитку Повідомлялося про сенсорну нейропатію при тривалому прийомі піридоксину в дозах >500 мг/добу	Ефективніший при застосуванні в комбінації з доксиламіном Безрецептурний лікарський засіб
Друга лінія		
Доксиламін	Відсутність підвищеного ризику вроджених вад розвитку Седативний, антихолінергічний ефекти	Безрецептурний снодійний лікарський засіб, але має хороші протиблювотні властивості Рекомендується застосовувати лише на ніч Одночасно слід застосовувати лише один антигістамінний лікарський засіб
Метоклопрамід	Відсутність підвищеного ризику вроджених вад розвитку Седативний, антихолінергічний ефекти, депресія Рідко: екстрапірамідні побічні реакції, пізня дискінезія	Через ризик екстрапірамідних побічних реакцій на метоклопрамід його слід застосовувати з обережністю та лише для короткочасного застосування: • максимум 5 днів і • максимальна доза 30 мг за 24 години або 0,5 мг/кг маси тіла за 24 години Якщо потрібне тривале медикаментозне лікування, краще використовувати альтернативні лікарські засоби. П/ш або в/в введення можна розглядати як варіант у разі отримання медичних послуг вдома.
Третя лінія		
Ондансетрон Використовувати, якщо користь переважає потенційний ризик за інформованої згоди пацієнтки, не рекомендований у I триместрі.	Відсутність загального збільшення серйозних вроджених вад розвитку. Дані суперечливі, але може бути додатковий ризик незрощення верхньої губи та піднебіння у 3 випадків на 10 000 і ризик дефекту міжшлуночкової перегородки у 3 випадків на 1000. Уникати застосування в жінок із подовженням інтервалу QT.	Найкраще підходить для використання вдень, щоб мінімізувати седативні протиблювотні лікарські засоби. Ризик важкого залежного від дози закрепу - завжди призначати одночасно проносні лікарські засоби. П/ш введення можна розглядати як варіант у разі отримання медичних послуг вдома.

Преднізолон	Відсутність загального збільшення серйозних вроджених вад розвитку. Дані суперечливі, але при застосуванні до 10 тижня вагітності може виникнути додатковий ризик незрощення верхньої губи та піднебіння. Постійне застосування: потенційний синдром Кушинга, порушення настрою, артеріальна гіпертензія, гіперглікемія, передчасний розрив навколоплідних оболонок і передчасні пологи	Зменшити дозу до 10-12,5 мг/добу протягом 7-10 днів, потім по 2,5 мг/добу кожні 3 дні до мінімальної ефективної дози. Збільшити дозу фолієвої кислоти до 5 мг перорально один раз на добу, якщо призначено глюкокортикостероїди в першому триместрі.
Метилпреднізолон		Після клінічного покращення перейти на пероральний преднізолон. Збільшити дозу фолієвої кислоти до 5 мг перорально один раз на добу, якщо призначено глюкокортикостероїди в першому триместрі.
0,9 % розчин натрію хлориду	У разі гіпокаліємії з додаванням калію хлориду	Подальші в/в розчини слід вводити зі швидкістю 500-1000 мл/год або повільніше для корекції дегідратації та баланс електролітів. Додати в/в тіамін (100 мг/добу) у разі недостатнього перорального споживання або внутрішньовенного введення глюкози.
4 % розчин глюкози і 0,18 % натрію хлориду або 5% розчин глюкози		Розглянути цей варіант, якщо жінка мала мінімальне пероральне споживання, голодування або неконтрольовану нудоту та ТІЛЬКИ після корекції дефіциту тіаміну та виключення гіпонатріємії. Додати в/в тіамін (100 мг/добу) у разі недостатнього перорального споживання або внутрішньовенного введення глюкози.
Гіперосмолярні розчини електролітів, що містять 5 % ксилітолу або 5 чи 6 % сорбітолу.		При вираженій дегідратації, перед введенням гіперосмолярних розчинів електролітів необхідно провести інфузію ізосмолярними розчинами електролітів (0,9 % розчин натрію хлориду).

Додаток 5
до Стандарту «Нудота та блювання
під час вагітності.
Надмірне блювання вагітних»
(підпункт 7 пункту 3 розділу III)

Лікування симптомів гастроезофагеального рефлюксу у вагітних жінок

Препарати	Ризик	Коментар
Перша лінія: Антациди, що містять магній, кальцій або алюміній	Без збільшення частоти вроджених вад	Закреп або діарея при високих дозах
Друга лінія: Інгібітори протонної помпи	Без збільшення частоти вроджених вад. Може збільшити індивідуальний ризик розвитку прееклампсії	Добре переносяться

Додаток 6
до Стандарту «Нудота та блювання
під час вагітності.
Надмірне блювання вагітних»
(підпункт 19 пункту 3 розділу III)

Профілактика ВТЕ під час вагітності

1	Задокументована оцінка факторів ризику тромбоемболічних ускладнень: амбулаторно (при плануванні вагітності, при настанні вагітності) – лікарем-акушером-гінекологом; при госпіталізації в стаціонар – лікарем-акушером-гінекологом; перед пологами (у випадку операції) – лікарем-анестезіологом; після пологів – сумісно: лікар-акушером-гінекологом та лікар-анестезіолог.	Шкала визначення клінічної ймовірності ТГВ	
		Клінічна характеристика	
		1	<p>Біль, ущільнення по ходу глибоких вен 1,0</p> <p>Набряк всієї ноги 1,0</p> <p>Набряк гомілки (>3 см порівняно із іншою) 1,0</p>
2	Консультація лікаря-акушера-гінеколога за наявності: ВТЕ в анамнезі, підозра або підтвердження тромбозу глибоких вен (ТГВ) або поверхневих вен, спадкової або набутої (антифосфоліпідний синдром) тромбофілії, постійний прийом антикоагулянтів (протезовані клапани серця, судинні протези, ін.)	2	<p>Видимий набряк на симптоматичній нозі 1,0</p> <p>Колатеральні вени 1,0</p> <p>Раніше діагностований тромбоз глибоких вен 1,0</p> <p>Активна злоякісна пухлина 1,0</p>
3	За наявності клінічних ознак ТГВ або тромбозу поверхневих вен та/або $\geq 2,0$ балів за шкалою визначення клінічної ймовірності ТГВ: компресійна УЗД, за показаннями – МРТ вен, за неможливості – пульсова доплерографія або КТ, консультація лікаря-хірурга судинного	3	<p>Параліч/короткотривала іммобілізація ноги 1,0</p> <p>Ліжковий режим (>3 днів) 1,0</p> <p>Великі хірургічні втручання у терміні вагітності (>12 тижнів) 1,0</p>
4	Підтверджений ТГВ або висока клінічна вірогідність ТГВ ($\geq 2,0$ балів за шкалою визначення ймовірності ТГВ): негайно лікувальні дози низькомолекулярного гепарину	4	$\geq 2,0$ бали - висока ймовірність ТГВ

У В А Г А! Фармакологічна тромбопрофілактика призначається відповідно до клінічної ситуації або при відомій тромбофілії з високим ризиком ВТЕ. Традиційні показники коагулограми (гематокрит, тромбоцити, фібриноген, час зсідання крові, АЧТЧ, МНВ, РФМК) та їх зсув в бік так званої «гіперкоагуляції» не є підставою для проведення фармакологічної тромбопрофілактики! Показники коагулограми можуть визначати протипоказання для фармакологічної тромбопрофілактики (тромбоцити $< 75 \cdot 10^9/\text{л}$, АЧТЧ > 40 с., МНВ $> 1,5$, фібриноген $< 1,5$ г/л) при виявленні гіпокоагуляції особливо в поєднанні з геморагічним синдромом.

5.	Категорії ризику ВТЕ та рекомендації щодо тромбопрофілактики		Фактори ризику ВТЕ у вагітних	
			Фактор	Бал
Дуже високий ризик	Попередній ВТЕ під час довгострокової терапії пероральними антикоагулянтами	Висока доза НМГ протягом вагітності та 6 тижнів після пологів (або повернення пероральних антикоагулянтів після пологів)	Фактори ризику, що існували раніше	
	Дефіцит антитромбіну	Ці жінки потребують спеціального лікування гематологами - експертами з гемостазу під час вагітності.	ВТЕ в анамнезі (крім одиничного випадку, який пов'язаний з великим хірургічним втручанням)	4
Високий ризик	Антифосфоліпідний синдром з попереднім ВТЕ	Активна медикаментозна профілактика протягом усієї вагітності і 6 тижнів після пологів.	ВТЕ в анамнезі, що пов'язаний з великим хірургічним втручанням	3
	Будь-який попередній ВТЕ (крім одиничного ВТЕ, що пов'язаний з великою хірургією)	Зверніться до місцевого експерта з гематології. Розглянути антенатальне призначення НМГ. Рекомендувати післяпологову профілактику НМГ протягом 6 тижнів.	Тромбофілія високого ризику	3
Проміжний ризик	Безсимптомна тромбофілія високого ризику, гомозиготний фактор V, лейденська/складна гетерозиготна мутація, дефіцит протеїну C або S	Доцільно розглянути антенатальний прийом НМГ та 6 тижнів після пологів. Рекомендувати НМГ з 28 тижнів вагітності та 6 тижнів після пологів.	Супутні захворювання (рак, активний СЧВ, серцева недостатність, запальна поліартропатія, запальне захворювання кишечника, нефротичний синдром, цукровий діабет I типу з нефропатією, серповидно-клітинна анемія, в/в наркоманія)	3
	Один попередній ВТЕ, пов'язаний із великим хірургічним втручанням, без тромбофілії, сімейного анамнезу чи інших факторів ризику	Зверніться до місцевого експерта з гематології. Розглянути антенатальне призначення НМГ. Рекомендувати післяпологову профілактику НМГ протягом 6 тижнів.	Обтяжений сімейний анамнез: неспровокований або пов'язаний з естрогенами ВТЕ у родичів першої лінії	
Низький ризик	Безсимптомна тромбофілія низького ризику	Розглянемо як фактор ризику та оцінимо належним чином. Рекомендуйте післяпологову профілактику НМГ 10 днів (або 6 тижнів, якщо є сімейний анамнез)	Вік > 35 років	1
			Тромбофілія низького ризику (без ВТЕ)	1
			Ожиріння: ІМТ 30-40 ІМТ ≥ 40	1 2
			Пологи в анамнезі ≥ 3	1
			Паління	1
			Варикоз великих вен	1

При помірному та високому ризику ВТЕ та наявності протипоказань* до антикоагулянтів обов'язково використовувати еластичну компресію за узгодженням з лікарем-хірургом судинним. У В А Г А! Інформувати жінку про необхідність припинення НМГ при початку пологової діяльності або при появі зовнішньої (в т.ч. вагінальної) кровотечі!!!			Акушерські фактори ризику																													
			Прееклампсія при даній вагітності	1																												
6. Ізольоване використання нестероїдних протизапальних лікарських засобів (наприклад, ацетилсаліцилова кислота) не є протипоказанням до регіонарних методик. Перевагу надати спінальній анестезії.			Екстракорпоральне запліднення/допоміжні репродуктивні технології (тільки антенатально)	1																												
			Багатоплідна вагітність	1																												
Добові дози НМГ			Транзиторні фактори ризику																													
			Будь-яке хірургічне втручання під час вагітності	3																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Маса тіла (кг)</th> <th>Надропарин</th> <th>Еноксапарин</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="5">Профілактичні дози</td> <td><50</td> <td>1900 МО п/ш щодня</td> <td>20 мг п/ш щодня</td> </tr> <tr> <td>50-69</td> <td>2850 МО п/ш щодня</td> <td rowspan="3">40 мг п/ш щодня</td> </tr> <tr> <td>70-90</td> <td rowspan="3">3800 МО п/ш щодня</td> </tr> <tr> <td>91-130</td> <td>60 мг п/ш щодня**</td> </tr> <tr> <td>131-170</td> <td>80 мг п/ш щодня**</td> </tr> <tr> <td>> 170</td> <td></td> <td>0,6 мг/кг/доб п/ш**</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Профілактична висока (проміжна)** 50-90 кг</td> <td>5700 МО п/ш щодня</td> <td>40 мг 2 рази/день п/ш</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Лікувальна</td> <td>85 МО/кг п/ш двічі на день</td> <td>Вагітним 2 мг/кг/доб п/ш після пологів 1,5 мг/кг/доб п/ш</td> </tr> </tbody> </table>			Маса тіла (кг)		Надропарин	Еноксапарин	Профілактичні дози	<50	1900 МО п/ш щодня	20 мг п/ш щодня	50-69	2850 МО п/ш щодня	40 мг п/ш щодня	70-90	3800 МО п/ш щодня	91-130	60 мг п/ш щодня**	131-170	80 мг п/ш щодня**	> 170		0,6 мг/кг/доб п/ш**	Профілактична висока (проміжна)** 50-90 кг		5700 МО п/ш щодня	40 мг 2 рази/день п/ш	Лікувальна		85 МО/кг п/ш двічі на день	Вагітним 2 мг/кг/доб п/ш після пологів 1,5 мг/кг/доб п/ш	Надмірне блювання вагітних, дегідратація	3
			Маса тіла (кг)		Надропарин	Еноксапарин																										
Профілактичні дози	<50	1900 МО п/ш щодня	20 мг п/ш щодня																													
	50-69	2850 МО п/ш щодня	40 мг п/ш щодня																													
	70-90	3800 МО п/ш щодня																														
	91-130			60 мг п/ш щодня**																												
	131-170		80 мг п/ш щодня**																													
> 170		0,6 мг/кг/доб п/ш**																														
Профілактична висока (проміжна)** 50-90 кг		5700 МО п/ш щодня	40 мг 2 рази/день п/ш																													
Лікувальна		85 МО/кг п/ш двічі на день	Вагітним 2 мг/кг/доб п/ш після пологів 1,5 мг/кг/доб п/ш																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Маса тіла (кг)</th> <th>Надропарин</th> <th>Еноксапарин</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="5">Профілактичні дози</td> <td><50</td> <td>1900 МО п/ш щодня</td> <td>20 мг п/ш щодня</td> </tr> <tr> <td>50-69</td> <td>2850 МО п/ш щодня</td> <td rowspan="3">40 мг п/ш щодня</td> </tr> <tr> <td>70-90</td> <td rowspan="3">3800 МО п/ш щодня</td> </tr> <tr> <td>91-130</td> <td>60 мг п/ш щодня**</td> </tr> <tr> <td>131-170</td> <td>80 мг п/ш щодня**</td> </tr> <tr> <td>> 170</td> <td></td> <td>0,6 мг/кг/доб п/ш**</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Профілактична висока (проміжна)** 50-90 кг</td> <td>5700 МО п/ш щодня</td> <td>40 мг 2 рази/день п/ш</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Лікувальна</td> <td>85 МО/кг п/ш двічі на день</td> <td>Вагітним 2 мг/кг/доб п/ш після пологів 1,5 мг/кг/доб п/ш</td> </tr> </tbody> </table>			Маса тіла (кг)		Надропарин	Еноксапарин	Профілактичні дози	<50	1900 МО п/ш щодня	20 мг п/ш щодня	50-69	2850 МО п/ш щодня	40 мг п/ш щодня	70-90	3800 МО п/ш щодня	91-130	60 мг п/ш щодня**	131-170	80 мг п/ш щодня**	> 170		0,6 мг/кг/доб п/ш**	Профілактична висока (проміжна)** 50-90 кг		5700 МО п/ш щодня	40 мг 2 рази/день п/ш	Лікувальна		85 МО/кг п/ш двічі на день	Вагітним 2 мг/кг/доб п/ш після пологів 1,5 мг/кг/доб п/ш	Гіперстимуляція яєчників	4
			Маса тіла (кг)		Надропарин	Еноксапарин																										
Профілактичні дози	<50	1900 МО п/ш щодня	20 мг п/ш щодня																													
	50-69	2850 МО п/ш щодня	40 мг п/ш щодня																													
	70-90	3800 МО п/ш щодня																														
	91-130			60 мг п/ш щодня**																												
	131-170		80 мг п/ш щодня**																													
> 170		0,6 мг/кг/доб п/ш**																														
Профілактична висока (проміжна)** 50-90 кг		5700 МО п/ш щодня	40 мг 2 рази/день п/ш																													
Лікувальна		85 МО/кг п/ш двічі на день	Вагітним 2 мг/кг/доб п/ш після пологів 1,5 мг/кг/доб п/ш																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Маса тіла (кг)</th> <th>Надропарин</th> <th>Еноксапарин</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="5">Профілактичні дози</td> <td><50</td> <td>1900 МО п/ш щодня</td> <td>20 мг п/ш щодня</td> </tr> <tr> <td>50-69</td> <td>2850 МО п/ш щодня</td> <td rowspan="3">40 мг п/ш щодня</td> </tr> <tr> <td>70-90</td> <td rowspan="3">3800 МО п/ш щодня</td> </tr> <tr> <td>91-130</td> <td>60 мг п/ш щодня**</td> </tr> <tr> <td>131-170</td> <td>80 мг п/ш щодня**</td> </tr> <tr> <td>> 170</td> <td></td> <td>0,6 мг/кг/доб п/ш**</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Профілактична висока (проміжна)** 50-90 кг</td> <td>5700 МО п/ш щодня</td> <td>40 мг 2 рази/день п/ш</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Лікувальна</td> <td>85 МО/кг п/ш двічі на день</td> <td>Вагітним 2 мг/кг/доб п/ш після пологів 1,5 мг/кг/доб п/ш</td> </tr> </tbody> </table>			Маса тіла (кг)		Надропарин	Еноксапарин	Профілактичні дози	<50	1900 МО п/ш щодня	20 мг п/ш щодня	50-69	2850 МО п/ш щодня	40 мг п/ш щодня	70-90	3800 МО п/ш щодня	91-130	60 мг п/ш щодня**	131-170	80 мг п/ш щодня**	> 170		0,6 мг/кг/доб п/ш**	Профілактична висока (проміжна)** 50-90 кг		5700 МО п/ш щодня	40 мг 2 рази/день п/ш	Лікувальна		85 МО/кг п/ш двічі на день	Вагітним 2 мг/кг/доб п/ш після пологів 1,5 мг/кг/доб п/ш	Наявна системна інфекція(в/в антибіотикотерапія та/або госпіталізація)	1
			Маса тіла (кг)		Надропарин	Еноксапарин																										
Профілактичні дози	<50	1900 МО п/ш щодня	20 мг п/ш щодня																													
	50-69	2850 МО п/ш щодня	40 мг п/ш щодня																													
	70-90	3800 МО п/ш щодня																														
	91-130			60 мг п/ш щодня**																												
	131-170		80 мг п/ш щодня**																													
> 170		0,6 мг/кг/доб п/ш**																														
Профілактична висока (проміжна)** 50-90 кг		5700 МО п/ш щодня	40 мг 2 рази/день п/ш																													
Лікувальна		85 МО/кг п/ш двічі на день	Вагітним 2 мг/кг/доб п/ш після пологів 1,5 мг/кг/доб п/ш																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Маса тіла (кг)</th> <th>Надропарин</th> <th>Еноксапарин</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="5">Профілактичні дози</td> <td><50</td> <td>1900 МО п/ш щодня</td> <td>20 мг п/ш щодня</td> </tr> <tr> <td>50-69</td> <td>2850 МО п/ш щодня</td> <td rowspan="3">40 мг п/ш щодня</td> </tr> <tr> <td>70-90</td> <td rowspan="3">3800 МО п/ш щодня</td> </tr> <tr> <td>91-130</td> <td>60 мг п/ш щодня**</td> </tr> <tr> <td>131-170</td> <td>80 мг п/ш щодня**</td> </tr> <tr> <td>> 170</td> <td></td> <td>0,6 мг/кг/доб п/ш**</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Профілактична висока (проміжна)** 50-90 кг</td> <td>5700 МО п/ш щодня</td> <td>40 мг 2 рази/день п/ш</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Лікувальна</td> <td>85 МО/кг п/ш двічі на день</td> <td>Вагітним 2 мг/кг/доб п/ш після пологів 1,5 мг/кг/доб п/ш</td> </tr> </tbody> </table>			Маса тіла (кг)		Надропарин	Еноксапарин	Профілактичні дози	<50	1900 МО п/ш щодня	20 мг п/ш щодня	50-69	2850 МО п/ш щодня	40 мг п/ш щодня	70-90	3800 МО п/ш щодня	91-130	60 мг п/ш щодня**	131-170	80 мг п/ш щодня**	> 170		0,6 мг/кг/доб п/ш**	Профілактична висока (проміжна)** 50-90 кг		5700 МО п/ш щодня	40 мг 2 рази/день п/ш	Лікувальна		85 МО/кг п/ш двічі на день	Вагітним 2 мг/кг/доб п/ш після пологів 1,5 мг/кг/доб п/ш	Імобілізація	1
			Маса тіла (кг)		Надропарин	Еноксапарин																										
Профілактичні дози	<50	1900 МО п/ш щодня	20 мг п/ш щодня																													
	50-69	2850 МО п/ш щодня	40 мг п/ш щодня																													
	70-90	3800 МО п/ш щодня																														
	91-130			60 мг п/ш щодня**																												
	131-170		80 мг п/ш щодня**																													
> 170		0,6 мг/кг/доб п/ш**																														
Профілактична висока (проміжна)** 50-90 кг		5700 МО п/ш щодня	40 мг 2 рази/день п/ш																													
Лікувальна		85 МО/кг п/ш двічі на день	Вагітним 2 мг/кг/доб п/ш після пологів 1,5 мг/кг/доб п/ш																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Маса тіла (кг)</th> <th>Надропарин</th> <th>Еноксапарин</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="5">Профілактичні дози</td> <td><50</td> <td>1900 МО п/ш щодня</td> <td>20 мг п/ш щодня</td> </tr> <tr> <td>50-69</td> <td>2850 МО п/ш щодня</td> <td rowspan="3">40 мг п/ш щодня</td> </tr> <tr> <td>70-90</td> <td rowspan="3">3800 МО п/ш щодня</td> </tr> <tr> <td>91-130</td> <td>60 мг п/ш щодня**</td> </tr> <tr> <td>131-170</td> <td>80 мг п/ш щодня**</td> </tr> <tr> <td>> 170</td> <td></td> <td>0,6 мг/кг/доб п/ш**</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Профілактична висока (проміжна)** 50-90 кг</td> <td>5700 МО п/ш щодня</td> <td>40 мг 2 рази/день п/ш</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Лікувальна</td> <td>85 МО/кг п/ш двічі на день</td> <td>Вагітним 2 мг/кг/доб п/ш після пологів 1,5 мг/кг/доб п/ш</td> </tr> </tbody> </table>			Маса тіла (кг)		Надропарин	Еноксапарин	Профілактичні дози	<50	1900 МО п/ш щодня	20 мг п/ш щодня	50-69	2850 МО п/ш щодня	40 мг п/ш щодня	70-90	3800 МО п/ш щодня	91-130	60 мг п/ш щодня**	131-170	80 мг п/ш щодня**	> 170		0,6 мг/кг/доб п/ш**	Профілактична висока (проміжна)** 50-90 кг		5700 МО п/ш щодня	40 мг 2 рази/день п/ш	Лікувальна		85 МО/кг п/ш двічі на день	Вагітним 2 мг/кг/доб п/ш після пологів 1,5 мг/кг/доб п/ш	Сума > 4 балів у антенатальному періоді – розглянути можливість тромбопрофілактики з I триместру; Сума 3 бали у антенатальному періоді – розглянути можливість тромбопрофілактики з 28 тижнів Примітка. З таблиці вилучено ті фактори, які обумовлюють ризик ВТЕ у породіль	
			Маса тіла (кг)		Надропарин	Еноксапарин																										
Профілактичні дози	<50	1900 МО п/ш щодня	20 мг п/ш щодня																													
	50-69	2850 МО п/ш щодня	40 мг п/ш щодня																													
	70-90	3800 МО п/ш щодня																														
	91-130			60 мг п/ш щодня**																												
	131-170		80 мг п/ш щодня**																													
> 170		0,6 мг/кг/доб п/ш**																														
Профілактична висока (проміжна)** 50-90 кг		5700 МО п/ш щодня	40 мг 2 рази/день п/ш																													
Лікувальна		85 МО/кг п/ш двічі на день	Вагітним 2 мг/кг/доб п/ш після пологів 1,5 мг/кг/доб п/ш																													

Примітки:

* протипоказаннями до використання антикоагулянтів під час вагітності є: гемофілія та інші вроджені/набуті коагулопатії з підвищеною кровоточивістю; активна кровотеча під час вагітності/пологів; високий ризик кровотечі (передлежання/вращення плаценти);

тромбоцитопенія (< 75 *10⁹/л);

ішемічний/геморагічний інсульт в межах 4 тижнів;

тяжка ниркова недостатність (швидкість клубочкової фільтрації < 30 мл/хв/1,73 м²);

тяжкі захворювання печінки (збільшення МНВ, варикозно розширенні вени стравоходу);

неконтрольована артеріальна гіпертензія (> 200/120 мм рт.ст.);

**розділити на 2 прийоми.