

Заходи прегравідарної підготовки та антенатального догляду у жінок, які мешкають у сільській місцевості

Л.І.Чеканіна

Станично-Луганське РТМО, акушерсько-гінекологічне відділення
Луганськ, Україна

Наведено основні положення Клінічного протоколу МОЗ України №417 щодо організації прегравідарної підготовки та антенатального догляду у жінок, які мешкають у сільській місцевості. На сьогодні впровадження основних положень цього протоколу в сільській місцевості не завжди виконуване, а його медична ефективність сама по собі не має значення, бо щільно пов'язана із соціально-економічними та юридичними аспектами у суспільстві та ментальністю сільських мешканців. Лише 25,7% жінок має заплановану вагітність, причому нерідко і вона перебігає на фоні шкідливих звичок. Кожна третя вагітна має недостатнє харчування та соціальний рівень життя, а 13,5% жінок не піклуються повноцінно про новонароджену дитину. Отже, постають також соціальні питання виховання та формування фізичного і психічного здоров'я таких діточок.

Ключові слова: прегравідарна підготовка, антенатальний догляд, вагітність, сільська місцевість, доказова медицина, клінічний протокол.

ВСТУП

Вагітність у подружжя (а варто говорити саме про жінку та чоловіка, які мають спільно вирішувати народження дитини) повинна бути запланованою і бажаною, тобто не випадковою. Якщо вагітність раптова та незапланована, жінка часто постає перед питанням: «Що тепер робити?» Тому на сьогоднішній день все більше говорять не про вагітну жінку, а про «вагітну родину». Дійсно, у дитини повинні бути батько і матір, вона повинна бути бажаною ще до народ-

ження, її треба любити ще тоді, коли на неї тільки чекають, а то й лише мріють. Тому й відповідальність за вихід вагітності не обмежується лише лікарською. Сьогодні не підлягає сумніву, що лише сумісні зусилля медиків та родини, яка очікує на дитину, зможуть подарувати дійсне щастя батьківства, і лише діти, народжені в любові, зможуть наповнювати суспільство прекрасним та зробити батьківство щасливим.

Якщо запитати різних спеціалістів (медиків, психологів, біологів та ін.) коли ж саме жінка та чоловік повинні розпочати готуватися до вагітності, то відповідь буде, можливо, філософською — з моменту запліднення їх бабусь та дідусів. Іншими словами, якщо ми дбаємо про здорових онуків та правнуків, то повинні подбати про здоров'я своїх власних дітей. Загальновідомо, яким є початок життя дитини, таким на 50-60% стане здоров'я нації в країні — лише народження здорової дитини створює умови для здоров'я людини в майбутньому. А ось здоровий початок життя дитини багато в чому залежить від способу життя батьків та стану їхнього репродуктивного здоров'я. Таким чином, готувати до майбутнього батьківства своїх дітей ми повинні ще тоді, коли самі особисто ще є дітьми.

У даній роботі ми узагальнюємо основні напрями підготовки до вагітності та нагляду за вагітними жінками, які мешкають у сільській місцевості.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Важливим ланцюжком створення умов для нормального перебігу вагітності та сприятливого її виходу є **прегравідарна підготовка**, тобто спеціальна підготовка на етапі планування вагітності, яка повинна проводитися протягом не менш як півроку. Така підготовка полягає у свідомому відтворенні та дотриманні нормального

здорового способу життя, відмові у шкідливих звичках, формуванні почуття моральної готовності та відповідальності до вагітності [1, 2].

Аntenатальний догляд за вагітною, який сьогодні стає пріоритетним в нашій країні, базується на основі доказової медицини. Мета його — забезпечення безпечного материнства, доброго виходу вагітності із народженням здорової дитини і збереженням здоров'я жінки. За для цього всі жінки в Україні мають доступ до антенатальної допомоги, право обрання медичного закладу та медичного спеціаліста, який цю допомогу буде здійснювати.

Рекомендований до виконання в Україні антенатальний догляд у вигляді Клінічного протоколу МОЗ України №417 [1] ґрунтується на даних доказової медицини, не вимагає коштовних витрат та зайвих лабораторних досліджень, чіткий та доступний для виконання лікарями сільської місцевості. Дотримуючись основних його положень під час особистої роботи, в більшості випадків ми згодні з ними та маємо намір ще раз обговорити цей клінічний протокол.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Ми вважаємо, що на етапі планування вагітності необхідним є своєчасне консультування жінки у лікаря-фахівця у разі наявності супутньої екстрагенітальної патології, перш за все, для вирішення питання про можливість та безпечність виношування вагітності. Звісно, що лише здорова жінка здатна виносити та народити здорову дитину. Але сучасні методи діагностики та лікування дозволяють і жінкам із серйозною супутньою соматичною патологією це робити. При цьому слід пам'ятати, що лише ретельна підготовка до вагітності, скрупульозний та постійний нагляд під час виношування та в післяпологовому періоді, залучення багатьох спеціалістів та членів родини щодо цього, врахування ризиків та виконання всіх рекомендацій сьогодні дарують щастя материнства багатьом жінкам з екстрагенітальною патологією.

На етапі планування вагітності перш за все необхідне формування домінанти в центральній нервовій системі щодо зачаття нового життя та відповідальності за її початкове здоров'я. Задля цього повинно відбутися усвідомлення бажаності дитини, а щоб вона мала достатнє початкове здоров'я, її батьки повинні відмовитися від шкідливих звичок, мати добрі наміри в житті, обмежити фізичне та психічне перевантаження, при необхідності — отримати обстеження та лікування у відповідних спеціалістів.

Доказово ефективними на етапі планування вагітності є прийом за 2-3 місяці до зачаття фолієвої кислоти в дозі 400 мкг на день, що попереджає патологію нервової трубки у ембріона, а також щеплення проти червонички, якщо жінка не хворіла на цю дитячу інфекцію раніше.

Більшість жінок та члени їх родин, що чекають на дитину, свою вагітність довіряють лікарю. У нашій країні процес виношування дитини багато років полягав у черзі відвідувань лікаря жіночої консультації, коли жінка нерідко нервує внаслідок цього; численному моніторингу клінічних аналізів, які часто повторюються (рівень гемоглобіну у крові, аналізи на маркери так званої групи перинатальних інфекцій (TORCH), контроль ваги); неодноразового профілактичного проходження ультразвукового обстеження. Однак, як показав клінічний досвід та результати статистичного дослідження в нашій країні, такий перинатальний догляд не покращив виходи вагітності.

Дані декількох рандомізованих досліджень свідчать, що в цілому для зниження кількості ускладнень для матері і плода необхідні 8-9 антенатальних відвідувань лікаря, при цьому неускладнену вагітність (а мова йде про відсутність у жінки тяжкої екстрагенітальної патології) може вести лікар загальної практики (сімейний лікар) або навіть акушерка. А лікар акушер-гінеколог, не втрачаючи часу на рутинну роботу при загальній нормі, в цей час повинен вдосконалюватися за хірургічним столом, вирішувати тяжкі клінічні ситуації, працювати в інтернеті, вивчаючи досвід колег.

Які ж задачі вирішує лікар під час антенатального догляду жінок без тяжкої екстрагенітальної патології? Перш за все це максимально дбайлива психологічна підтримка родини в нових умовах існування («у нас буде дитинка», «будемо планувати свій час по-іншому», «у нас будуть нові цілі», «дитинка — це ми у майбутньому» та ін.). По-друге, якісне консультування родини за всіма питаннями, що цікавлять жінку та майбутнього батька. Мається на увазі повна поінформованість всіма доступними для жінки та членів її родини методами про необхідність та можливі результати всіх скринінгових досліджень, будь-яких видів лікування та про препарати, що призначаються під час вагітності, зокрема з профілактичною метою (це не лише кошти родини, але й наслідки дії препаратів на дитину та жінку). Важливими стають підготовка до пологів і грудного вигодовування, навчання догляду за новонародженим, боротьба з післяпологовою депресією та ін.

Варто пам'ятати і поважати право жінки на відмову або відстрочення будь-якого дослідження. А показання до їх проведення для жінки та членів її родини повинні бути абсолютно зрозумілими, тоді й результат буде очікуваний та передбачений. Вельми важливим є момент заповнення особисто жінкою анкети вагітної.

Доцільно початково будь-яку вагітність розглядати як нормальну, а не як хворобу або стан, який відразу потребує медикаментозного коригування. У той же час пильність лікаря повинна бути постійною і в цьому мистецтво фахівця. Визнано, що звичайне підрахування балів за шкалою А.Соорland не видалося протягом часу очікувано ефективним, бо не покращило виходи вагітності, а іноді лише необґрунтовано поширило втручання, зокрема, частоту дочасних амніотомій та кесаревого розтину.

Далі вкажемо терміни та основні тести, які повинні бути оцінені при кожному випадку спілкування вагітної та лікаря. Перший свій візит до лікаря вагітній (або жінці, яка має підозру на це) бажано здійснити до 12 тижнів гестації, бо саме до цього часу необхідно чітко встановити можливі протипоказання до виношування. За для цього лікарем проводиться ретельне вивчення соматичного та акушерсько-гінекологічного анамнезу, вивчаються соціальні, побутові та фінансові фактори, родинний, гемотрансфузійний, алергоанамнез, наявність професійних шкідливих факторів або наслідки дії лікарських засобів (нерідко, цими даними лікар, якщо він сімейний, може вже володіти). Перший клінічний огляд включає оцінку маси тіла і росту з врахуванням індексу маси тіла — якщо він понад 29, то існує підвищений ризик тромбоемболічних ускладнень. Проводиться огляд молочних залоз для виключення онкопатології. Слід відмітити, що підготовка молочної залози до вигодування під час вагітності, яка раніше пропонувалася, не виявилася ефективною, тому її застосування не рекомендується. Під час першого візиту до лікаря обов'язково оглядається шийка матки у дзеркала, беруться мазки на онкоцитологію, проводиться бімануальне дослідження для виключення позаматкової вагітності, лейоміоми та пухлин яєчників.

Перший клініко-лабораторний скринінг включає оцінку рівня гемоглобіну (вдруге вона проводиться в 30 тижнів гестації). Мета гематологічного скринінгу — виявити жінок з гемоглобіном нижче 80 г/л, бо така анемія небезпечна і може бути причиною патологічної крововтрати. Усі решти випадків зниження рівня гемог-

лобіну, за даними доказової медицини, є навіть кращою адаптацією до післяпологової анемії. Варто знати основні чинники ризику залізодефіцитної анемії: недостатнє або неповноцінне харчування; гіперполіменорея; інтервал після попередніх пологів менше 2 років; багатоплідна вагітність; четверо чи більше пологів у минулому; кровотечі під час вагітності (маткові, носові, з травного тракту, гематурія тощо), геморагічні діатези; хвороби з порушенням всмоктування заліза (стан після гастректомії або субтотальної резекції шлунка, стан після резекції значної частини тонкого кишечника, синдром мальабсорбції, хронічний ентерит, амілоїдоз кишечника), постійний прийом антацидних препаратів. Обов'язковим для встановлення анемії є визначення колірного показника та виявлення мікроцитозу в мазку крові (найпростіші та найдоступніші методи). Бажано також визначити концентрацію сироваткового заліза (при патології 12,5 мкмоль/л).

Щодо корекції анемії у вагітної, вагітній треба рекомендувати різноманітне харчування. Основним джерелом заліза для вагітної є м'ясо. З метою поліпшення всмоктування заліза до раціону харчування корисно включати фрукти, ягоди, зелені овочі, соки та морси, мед (темні сорти). Вживання м'яса та продуктів, що сприяють найповнішому всмоктуванню заліза з нього, слід розділити за часом з чаєм, кавою, консервованими продуктами, зерновими, молоком та молочними продуктами, які містять сполуки, що пригнічують абсорбцію заліза.

Адекватне харчування під час вагітності забезпечує надходження до організму достатньої кількості вітамінів та поживних речовин. А обмежене вживання полівітамінів під час вагітності не рекомендується, якщо не доведена їх очевидна необхідність. Несприятливий вплив прийому полівітамінівних добавок: необґрунтовані витрати, тривала залежність, погане засвоєння, токсичність та дисбаланс поживних речовин. У разі анемії рекомендовані відвари або настої плодів шипшини, бузини, чорної смородини, листя суниці, череди, кропиви. Добавки заліза та фолатів після першого триместру не мають суттєвого впливу на перебіг вагітності, пологів та стан плода. Якщо є ознаки істинного дефіциту заліза, показана терапія препаратами заліза.

Лікуванню з призначенням двоцвальної заліза перорально можуть підлягати жінки з гемоглобіном нижче 110 г/л (переважно актиферин, сорбіфер дурулес, тардиферон, гіно-тардиферон, ферроградумет, ферроплекс).

У випадках резистентної до монотерапії залізом залізодефіцитної анемії у вагітних додатково призначають людський рекомбінантний еритропоетин. Якщо має місце тяжка симптомна анемія, розглядається питання щодо трансфузії еритроцитарної маси або відмитих еритроцитів. Результати досліджень свідчать, що рутинне призначення препаратів заліза призвело до підвищення перинатальної смертності та збільшення частоти ускладнень [1, 2].

Проводиться загальний аналіз сечі, признається посів сечі на стерильність (для своєчасного призначення антибактеріальної терапії); досліджується кров на гепатит В (хоча для дитини ця інфекція не небезпечна, і діти отримують щеплення проти неї на першу добу життя, а медперсонал повинен працювати в рукавичках, щоб захистити себе від інфікування); за письмовою згодою пацієнтки проводиться аналіз на ВІЛ (для визначення ризику вертикальної трансмісії та своєчасної профілактики інфікування дитини від матері під час пологів); проводиться також реакція Вассермана (з метою своєчасного лікування сифілісу); визнається група крові і резус-фактор. У подальшому, якщо у жінки резус-фактор негативний, а у батька позитивний і не буде в крові вагітної в 28 тижнів гестації антитіл, у 28 тижнів доцільно ввести 1 дозу імуноглобуліну антирезус Д (300 мкг) анти-Rh₀ (Д).

Більш значна частина часу спілкування лікаря та «вагітної родини» надається розмові з жінкою та відповіді на питання. Так, лікар розповідає про особливості режиму та харчування під час вагітності. Вагітна може продовжувати працювати, але з урахуванням самопочуття; бажаний легкий труд. При цьому жінка повинна бути проінформована про свої права, пільги та фінансову допомогу від держави. При фізіологічному перебігу вагітності сексуальне життя можна не обмежувати, але рекомендувати презерватив як захист від можливої статевої інфекції. А ось паління, алкоголь та наркотичні засоби треба негайно кинути. Немає підстав заборонити заняття фізкультурою та спортом, але розповісти, що деякі види спорту небезпечні для вагітності (парашутний, автомобільний, дайвінг та ін.). Доцільно наголосити, що тривалі перельоти літаком небезпечні тромбозами. До харчового раціону перш за все включати каші, хліб, макаронні вироби; по-друге, фрукти, овочі, м'ясо, а також молочні продукти, яйця, бобові. Щодо додаткового призначення штучних вітамінів, то воно ефективне лише в країнах, де населення зазнає голоду. Слід пам'ятати,

що вітамін А в дозі 700 мкг може викликати тератогенний ефект. Неєфективно і навіть небезпечно рутинне призначення вітаміну Д. А додаткове включення йоду повинно бути лише в регіонах з високим рівнем захворюваності на ендемічний кретинізм. Поряд із цим ефективним є прийом фолієвої кислоти 400 мкг на добу до 12 тижнів, розпочатий ще на етапі прегравідарної підготовки.

Лікар, який здійснює антенатальний догляд, повинен пам'ятати, що лікарські препарати вагітній призначаються лише за суворими показаннями, малими дозами і курсами, бо зовсім небагато з них пройшли тестування небезпечності їх використання під час вагітності. Особливо небезпечні вони на 15-56-й день після запліднення. Нові препарати, що з'являються на ринку фармації, не застосовуються! Те ж саме відноситься до трав та настоїв, бо їх небезпечність для майбутньої дитини в більшості випадків невідома.

Перший візит включає також ознайомлення вагітної та членів її родини з можливими екстремними ситуаціями, які можуть виникати під час вагітності і потребують негайної допомоги, бо можуть погрожувати життю і здоров'ю пацієнтки. Це такі, як поява кров'янистих, рідких та гноєподібних виділень з піхви, постійного головного болю та «сітки» перед очима, раптового набряку рук та обличчя, підвищення температури тіла понад 38°C, свербежу та печії в піхві та під час сечовипускання, значного болю в животі, а також випадки травми та падіння на живіт, поява перейм понад 4-5 на годину, помітне зниження рухливості плода після 26 тижнів (менше 10 за 12 годин).

У той же час із жінкою слід обговорити так звані «малі симптоми вагітності», які переважно безпечні, не чинять негативного впливу на виходи вагітності, не потребують спеціального лікування, однак можуть знижувати якість життя пацієнтки. До них відносяться нудота, печія та блювота. Для боротьби з ними вагітній треба рекомендувати більш часте малими порціями харчування, показані сухі крекери, імбир, антигістамінні препарати. У той же час церукал та вітаміни групи В хоча й ефективні, але їх безпечність не доказана, тому їх рекомендувати з обережністю. Закріпи, як наслідок впливу гормону прогестерону, та геморої можуть бути поборолені шляхом вживання 8 склянок рідини на добу, прийомом морської капусти, овочів, каш, послаблюючих препаратів (лактолози — дуфалак, нормазе; бісакоділу). А ось вживання сольових послаблювачів та мінерального мас-

ла заборонити. Причина судом у кінцівках, які можуть турбувати вагітну, на сьогодні не з'ясована, тому магній, кальцій та натрій не призначати, бо їх ефективність у даному випадку не відома. Щодо болей у спині під час вагітності, то вона вважається наслідком дії релаксину. Тому пропонуються вправи у воді, масажі та чобітки без підборів. Варикозне поширення вен, яке може виникати на фоні вагітності, на жаль, попередити не можна, а панчохи, які треба рекомендувати, можуть лише зменшувати набряки кінцівок.

Виділення з піхви під час вагітності можуть бути і нормальним, і патологічним явищем. Активно реагувати у тих випадках, коли жінка скаржиться на значні виділення, а також, коли лабораторно виявлений бактеріальний вагіноз. Лікування проводять кліндаміцином або препаратами групи імідазолу: у I триместрі — місцево, пізніше — перорально. Призначають місцево гінезол 7, кліон-Д, кандибене, клотримазол, канестен, гіно-певарил. Окремо слід відмітити, що рутинний скринінг у вагітних на червоничку, хламідіоз, цитомегалію, токсоплазмоз, генітальний герпес, гонорею не проводиться, бо дія лікарських засобів, які необхідні для лікування цих інфекцій, небезпечна для плода. Щодо гонореї, то всі новонароджені протягом першого часу життя отримують профілактику офтальмії.

У терміні вагітності від 11 тижнів+1 день — 13 тижнів+6 днів вагітності та в терміні 18-21 тиждень проводиться перше і друге ультразвукове дослідження як скринінговий метод. Проведення третього планового УЗД визначається індивідуально (висока група ризику вродженої вади серця або ін.). Біохімічний скринінг I триместру в терміні вагітності від 11 тижнів+1 день — 13 тижнів+6 днів вагітності має мету визначення рівня PAPP-A, вільного β -ХГ; а в II триместру в терміні 16-20 тижнів — рівнів АФП + вільний β -ХГ (double-test) або АФП + вільний β -ХГ + вільний естріол (triple-test) з розрахунком індивідуального ризику наявності хромосомної та деякої вродженої патології плода (при інформованій згоді — всім або за показаннями). Вагітним жінкам, які пройшли біохімічний скринінг у I триместрі вагітності і не були включені до групи високого ризику, рекомендується в II триместрі визначати лише рівень АФП. Якщо жінці понад 35 років, а чоловікові понад 40 — показані інвазивні методи діагностики патології у плода (амніоцентез) [1].

У кінці першого візиту лікар видає жінці буклети та іншу спеціальну літературу щодо перебігу вагітності, пологів та післяпологово-

го періоду, а також телефони, за якими вагітна може звертатися по негайну допомогу. Важливим є підрахування факторів прогнозування ризику перинатальної та материнської патології, які протягом вагітності переглядаються.

Наступні відвідування лікаря вагітною до часу оформлення декретної відпустки бажані через 2 тижня після першого візиту, в 19-21 після проходження другого УЗД плода, в 25-26 тижнів гестації. Саме в 25-26 тижнів показаний двогодинний тест толерантності до глюкози, який проводиться всім вагітним. Наступні візити припадають на 30, потім — в 34-36, 38 та 40 тижнів. Вони передбачають, окрім доброзичливих бесід та відповідей на запитання, загальний клініко-лабораторний скринінг, що включає визначення кожного разу артеріального тиску на одній руці (дані доказової медицини), аналізу сечі (білок, лейкоцити, бактерії), огляд нижніх кінцівок на предмет варикозу.

Рутинно оцінюється також якість рухів плода (а не їх число!) та починає заповнюватися гравідограма, яка дозволяє своєчасно виявляти жінок з недостатнім ростом матки (дані доказової медицини). Це є обґрунтуванням більш детальнішого обстеження на наявність плацентарної дисфункції (оцінка кровоплину за даними доплерометрії) з перегляданням тактики ведення вагітності. Оцінюється гравідограма, яку вагітна заповнює щотижнево вдома, а лікар на прийомі оцінює та перевіряє виміри висоти дна матки. Гравідограма вчасно дозволяє виявити недостатній зріст матки та гадати про затримку розвитку плода — ускладнення вагітності, яке розвивається внаслідок плацентарної дисфункції і призводить до народження дитини з масоростовими параметрами нижче 10-ї перцентилі для даного терміну.

У 30 тижнів гестації вагітна отримує декретну відпустку для підготовки до пологів. Обов'язковим залишається загальний клініко-лабораторний моніторинг, про який говорилося вище (рівень артеріального тиску, аналіз сечі на білок, якість рухів плода, гравідограма). Важливими із цього часу стають теоретичні та практичні заняття з вагітною та партнером щодо підготовки до пологів. У 36 тижнів важливо визначити передлежачу частину плода, в більшості випадків такою вона залишиться в пологах. У разі зміни характеру рухів плода доцільною буде оцінка біофізичного профілю плода (ультрасонографічне обстеження).

Якщо пологи не відбулися до повних 41 тижня гестації, доцільно жінку госпіталізувати, розповісти про небезпеку переносуван-

ня та запропонувати родозбудження. Для цього обов'язковим є оцінка біофізичного профілю плода та зрілості шийки матки. Метод родозбудження та родорозршення визначається індивідуально, але тепер ця вагітність буде вже високого ризику, тому такою жінкою повинен займатися лише кваліфікований акушер-гінеколог.

Результати доказової медицини свідчать, що не чинять ефекту такі тести антенального догляду, як рутинна оцінка надбавки ваги (так звані «сухі» гестози навіть більш несприятливі, ніж на фоні набряків), пельвіометрія (лише пологи є кінцевим визначенням ємкості таза), аускультация плода (більш ефективна оцінка якості рухів плода), рутинне ультразвукографічне обстеження в III триместрі (лише необґрунтовано збільшує частоту кесаревого розтину). Додаткове ультразвукографічне обстеження необхідне при підозрі на синдром затримки розвитку плода (гравідограма), відшаруванні плаценти, при вирішенні питання про життя плода. Не покращує перинатальні показники рутинна стресова і нестресова кардіотокографія, вона показана при значному зниженні рухів плода і на фоні родопосилення з використанням окситоцину.

Нами проаналізована ефективність прегравідарної підготовки та антенального догляду у 136 жінок, які мешкають у сільській місцевості. Ретроспективний аналіз показав, що лише 35 (25,7%) з них планували вагітність і намагалися дотримуватися основних напрямів прегравідарної підготовки, хоча 14 з них продовжили палити і під час вагітності. У решти 101 (74,3%) жінки вагітність настала раптово. При цьому 37 (36,6%) жінок відразу змінили спосіб життя та ретельно виконували призначення лікаря жіночої консультації. Інші пацієнтки частіше за все продовжували зловживати шкідливими звичками, 26 (25,7%) мали недостатнє харчування та відносно низький рівень життя, нерідко не з'являлися на прийом у консультацію. Інші 32 (31,7%) вагітні, навпаки, вимагали додаткових візитів, додаткового обстеження та призначення полівітамінів та інших ліків «задля профілактики ускладнень». Серед них було багато тих, яким на їх вимогу призначалися препарати, що не доказали своєї ефективності, але раніше широко використовувалися у вітчизняному акушерстві.

ВИСНОВКИ

1. Запропоновані та рекомендовані МОЗ України технології щодо забезпечення прегравідарної підготовки та антенального догляду, вельми прості, економічні, але клінічно ефек-

тивні. Майже всі вони побудовані на принципах доказової медицини. Вагітність у більшості випадків розглядається як фізіологічне явище, а не захворювання, а центральним ланцюжком програми стає «вагітна родина», а не лише жінка.

2. Аналіз показав, що лише кожна четверта жінка сільської місцевості має заплановану вагітність, при цьому 45% з них, незважаючи на це, продовжували паління та вживання алкогольних напоїв. На жаль, третина з них не усвідомлювала ризику щодо цього і не мала рацію про негативний вплив шкідливих звичок на стан здоров'я майбутньої дитини.

3. Кожна третя вагітна сільської місцевості має недостатнє харчування та соціальний рівень життя, і як наслідок цього — 13,5% не піклуються повноцінно про новонароджену дитину. Отже, на межі з акушерськими проблемами постають соціальні питання виховання та формування фізичного і психічного здоров'я таких діточок.

4. Впровадження програм прегравідарної підготовки та антенального догляду в сільській місцевості не завжди виконується, а їх медична ефективність сама по собі не має значення, бо щільно пов'язана із соціально-економічними і юридичними аспектами суспільства та ментальністю людей.

ЛІТЕРАТУРА

1. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 №417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні».
2. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д.И др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка / Под ред. А.В.Михайлова; пер. с англ. — СПб.: Петрополис, 2003. — 480 с.

Л.И.Чеканина. Мероприятия прегравидарной подготовки и антенатального ухода у женщин, проживающих в сельской местности. Луганск, Украина.

Ключевые слова: прегравидарная подготовка, антенатальный уход, беременность, сельская местность, доказательная медицина, клинический протокол.

Приведены основные положения Клинического протокола МЗ Украины №417 об организации прегравидарной подготовки и антенатальном уходе у женщин, проживающих в сельской местности. На сегодня внедрение основных положений этого протокола в сельской местности не всегда выполняется, а его медицинская эффективность сама по себе не имеет значения, потому тесно связана с социально-экономическими и юридическими ас-

пектами в обществе и ментальностью сельских жителей. Только 25,7% женщин имеет запланированную беременность, причем нередко и она протекает на фоне вредных привычек. Каждая третья беременная имеют недостаточное питание и социальный уровень жизни, а 13,5% женщин не заботятся полноценно о новорожденном ребенке. Следовательно, возникают и социальные вопросы воспитания и формирования физического и психического здоровья таких детей.

L.I. Chekanina. Measures pregravidarum training and antenatal care for women living in rural areas. Lugansk, Ukraine.

Key words: pregravidarum education, antenatal care, pregnancy, rural, evidence-based medicine, clinical protocol.

The basic provisions of the Clinical Protocol Health of Ukraine №417 on the organization pregravidarum training and antenatal care for women living in rural areas are given. Today, implementation of the provisions of this Protocol in rural areas is not always executable and its medical efficacy in itself does not matter, because tightly linked with socio-economic and legal aspects of society and mentality of rural residents. Only 25,7% of women have planned pregnancy, and often, and it runs on the background of bad habits. Every third child is malnourished and social quality of life and 13,5% of women do not care adequately for a newborn child. Consequently, it is also social issues of education and formation of physical and mental health of these children.

Надійшла до редакції 27.01.2012 р.