

УДК 616-051:316.356.2]:614.2.001.76

Л.Г. БОЙЧУК, к. мед. н.

/Лвано-Франківський національний медичний університет/

## Особливості диспансерного спостереження за перебігом фізіологічної вагітності лікарем загальної практики

### Резюме

#### Особенности диспансерного наблюдения за ходом физиологической беременности врачом общей практики

Л.Г. Бойчук

Кризисная демографическая ситуация и неудовлетворительное состояние репродуктивного здоровья населения в условиях предоставления семейному врачу права осуществлять наблюдение за беременными с неосложненным течением гестационного процесса требуют проведения углубленной подготовки семейного врача.

**Ключевые слова:** семейный врач, беременность, диспансеризация

### Summary

#### Features dispensary Monitor the Physiological Pregnancy as a General Practitioner

L.H. Boychuk

Crisis demographics and poorer productive health interfere with providing the right family doctor to monitor pregnant women with an uncomplicated course of gestation process require in-depth training of the family doctor.

**Key words:** family physician, pregnancy check-ups

Репродуктивне здоров'я нації є важливим чинником сприятливої демографічної ситуації, що сприяє формуванню соціально-економічного потенціалу країни. Державною програмою «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року» передбачено посилення ролі сімейних лікарів у поліпшенні репродуктивного здоров'я населення країни та жінки зокрема. Сімейний лікар має найбільше можливостей щодо збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я жінки, що має бути одним із пріоритетних напрямків його роботи. Про це свідчать висока якість наданої сімейними лікарями допомоги з цих питань та покращення деяких показників у багатьох регіонах України: зниження небажаних вагітностей, материнської, перинатальної смертності і смертності новонароджених, зниження передчасних пологів тощо. Виходячи із загального визначення диспансеризації як профілактичного методу медицини, зрозуміло, що одним із головних і складних завдань сімейного лікаря є спостереження за вагітними та своєчасне проведення лікувально-профілактичних заходів. Можливість передбачити розвиток найбільш частих та небезпечних ускладнень вагітності ґрунтується на глибоких знаннях причинно-наслідкових зв'язків та використанні сучасних і традиційних методів дослідження. Проте для надання якісної медичної допомоги дільничний лікар повинен володіти диспансерним методом, який полягає у розподілі вагітних на однорідні за станом здоров'я групи з метою планового, диференційного, систематичного, активного спостереження, профілактики ускладнень та лікування.

Проте сучасні особливості перебігу вагітності вимагають особливостей у формуванні диспансерних груп ризику в напрямку урахування заходів, типових для найбільш поширених ускладнень

гестаційного процесу. Спостереження за перебігом вагітності включає виявлення та своєчасне реагування на всі фактори, що створюють загрозу нормальному утрібно-утробному розвитку плода і підвищують, у підсумку, ризик перинатальних втрат.

Існують загальні групи диспансерного обліку вагітних та групи підвищеного ризику. До загальних груп належать: група здорових вагітних; група вагітних з ускладненим перебігом вагітності; група вагітних, що мають ускладнення в акушерському анамнезі; група вагітних, що мають екстрагенітальні захворювання. Крім загальних диспансерних груп, вагітних поділяють на групи підвищеного ризику, який пов'язаний з конкретною патологією, що вже має місце або може розвинутиися. До них належать: група, яка має загрозу щодо не виношування; група вагітних з анемією; група вагітних із захворюваннями серцево-судинної системи; група вагітних із захворюваннями нирок; група, яка має загрозу щодо розвитку Rh-конфлікту; група, яка має загрозу щодо кровотечі під час пологів; група, яка має загрозу щодо післяпологового сепсису; група, яка має загрозу щодо розвитку пізнього гестозу.

Із залученням лікарів загальної практики – сімейних лікарів до надання медичної допомоги вагітним жінкам значно збільшується кількість людей, задіяних у цій роботі.

Під час першого візиту вагітної жінки до жіночої консультації її знайомлять з усіма вимогами диспансерного нагляду, що розпочинається з цього моменту. Важливо не забувати, що сімейні лікарі здійснюють амбулаторне спостереження за перебігом неускладненої вагітності або виконують індивідуальний план, складений акушером-гінекологом з урахуванням певної групи ризику. Особливістю функції сімейного лікаря щодо надання

акушерсько-гінекологічної допомоги є обов'язковість виконання рекомендацій профільних спеціалістів.

Диспансеризація – це метод, про який повинен знати кожен медичний працівник та володіти ним повинен кожний, хто несе відповідальність за здоров'я певних груп населення. Словосполучення «диспансерне спостереження», «диспансерний облік» тощо визначають професійні дії із застосуванням диспансерного методу. Взагалі, основні досягнення в галузі допомоги під час пологів (рос. – родовспоможение) мають зв'язок з удосконаленням диспансерного нагляду, який саме в акушерській практиці є особливо відпрацьованим, показовим. Для кожної вагітної, за сумою балів усіх факторів ризику, визначається ступінь ризику, який може бути оцінений як низький, високий та вкрай високий. Оцінка ступеня ризику виконується тричі: при взятті вагітної на облік, в термін 20 тижнів вагітності та у 36 тижнів вагітності.

Належність вагітної до певної групи диспансерного обліку визначає все: режим, в якому проводиться обстеження (амбулаторний або стаціонарний), його обсяг, залучення консультантів, терміни проведення лікувально-профілактичних заходів та їх зміст. Всі особливості ведення вагітної знаходять своє відображення в її індивідуальному плані ведення, який водночас є типовим для конкретної групи ризику.

Диспансеризація вагітної здійснюється в три етапи:

**1-й етап** – взяття на облік, що включає в себе спостереження за вагітною, яке починається з реєстраційного етапу. Дільничний акушер-гінеколог або сімейний лікар висловлює переконаність у доброму перебігу й завершенні вагітності. Професійні дії лікаря на етапі реєстрації включають у себе: оформлення індивідуальної карти вагітної; вивчення анамнезу вагітної, загальне та спеціальне обстеження; визначення терміну вагітності, дати пологів; призначення обов'язкових лабораторних обстежень та консультацій; підписання «Карти інформаційної згоди»; призначення дати наступного візиту (через 7–10 днів).

**2-й етап** – диференціювання (складання індивідуального плану ведення). Можливі два варіанти розподілу вагітних на групи. В першому варіанті етап реєстрації та диференціювання за часом збігаються. Вагітна, яка стає на облік, вже при першому візиті надає лікареві інформацію, цілком достатню для зарахування до певної групи ризику. Другий варіант диференціювання стосується тих випадків, коли фактори ризику виявлено в процесі виконання обов'язкової для всіх здорових вагітних схеми обстеження. Через 7–10 днів під час другого візиту лікар отримує результати лабораторних досліджень та висновків консультантів, після чого об'єм обстеження змінюється, а його виконання, при необхідності, може бути перенесено до стаціонару. Лікар застосовує відповідний типовий індивідуальний план ведення вагітної з підвищеним ризиком.

**3-й етап** – виконання індивідуального плану. Відповідно до складеного плану застосовується певний режим спостереження. Для здорової вагітної жінки візити до лікаря призначаються: в термінах вагітності до 30 тижнів – 1 раз на місяць; після 30 тижнів вагітності з моменту надання допологової декретної відпустки – 3 рази на місяць.

У зв'язку з тим, що на даний час практично зникає таке явище, як неускладнений перебіг вагітності, режим спостереження визначається лікарем індивідуально. Для більшості жінок у другій половині вагітності призначаються щотижневі відвідування жіночої консультації.

З 15–16 тижня вагітності з жінками проводять заняття в «школі материнства». Групові заняття з психопрофілактичної підготовки

до пологів доцільно проводити, починаючи з терміну 30–32 тижні вагітності.

На етапі виконання індивідуального плану професійні дії лікаря включають в себе: опитування (зміни самопочуття, стану здоров'я за час після попереднього огляду); вимірювання кров'яного тиску на обох руках; визначення збільшення маси тіла за час після попереднього огляду; визначення тонусу матки (пальпаторно); визначення положення плода та передлежання (починаючи з 28 тижнів вагітності); виміри висоти дна матки та окружності живота; аускультацию (характеристику серцебиття плода); перевірку результатів лабораторного обстеження, висновків УЗД, консультантів тощо; призначення чергових (згідно з планом) або термінових, при виявленні ускладнення, лікувально-діагностичних заходів; визначення дати наступного огляду; внесення отриманої інформації та рекомендацій до індивідуальної карти.

Вся інформація, яку під час прийому отримує лікар, обов'язково аналізується у порівнянні з даними попереднього візиту. При такому динамічному спостереженні, особлива увага в першу чергу звертається на доклінічні ознаки загрози переривання вагітності та можливі тенденції до розвитку пізнього гестозу. Конкретні показання до призначення вагітній жінці медикаментозних засобів зустрічаються дуже часто. Як правило, виникає декілька ускладнень: анемія на фоні раннього гестозу (або навпаки); хронічна плацентарна дисфункція на фоні пізнього гестозу. Неприятливий фон створюють хронічні та гострі інфекційні процеси, а також соматичні захворювання, які, за статистикою, виявляються у кожній третій жінки. У свою чергу, плацентарну дисфункцію розглядають як доклінічний прояв загрози переривання вагітності.

Попередження про доцільність профілактичного вживання здоровими вагітними жінками деяких лікарських препаратів обґрунтовано наказом № 417.

Під час вагітності потреба у вітамінах та мікроелементах збільшується в 2–4 рази і не компенсується вживанням продуктів тваринного та рослинного походження. Слід враховувати негативний вплив раннього гестозу вагітних (нудота та блювання), а також соціальні чинники – неспроможність забезпечити повноцінне збалансоване харчування. Отже, в міркуваннях сімейного лікаря не повинно існувати жодних сумнівів щодо доцільності, правомірності, а головне – безпеки профілактичного призначення лікарських засобів, потрібних саме під час вагітності. Наприклад, добова доза калію йодиду для вагітних повинна сягати 150–200 мкг. Якщо в анамнезі відмічались випадки народження дітей з вродженими дефектами нервової трубки, добова доза фолієвої кислоти складає 800 мкг. За наявності факторів ризику щодо виникнення пре-еклампсії з 16 тижнів вагітності рекомендовано вживання 75 мг ацетилсаліцилової кислоти.

Коли призначення робляться не з профілактичною, а з лікувальною метою, за певних обставин припускається використання лікарських засобів, які мають категоричні застереження щодо використання під час вагітності. В першу чергу, мова йде про антигіпертензивну терапію при пізньому гестозі або зберігаючу терапію при явищах переривання вагітності, антибактеріальну терапію за акушерськими та неакушерськими показаннями. Звертаємо увагу: це стосується стаціонарних умов надання медичної допомоги, де можливий цілодобовий контроль за станом матері та плода.

З метою амбулаторного лікування таких частих ускладнень вагітності, як ранній гестоз, загроза переривання вагітності, залізодефіцитна анемія, після завершення стаціонарного етапу (або без нього), призначають фармацевтичні засоби, необхідність

яких є науково доведеним фактом, а безпека перевірена історичним досвідом.

Гестоз, як і запальний процес в організмі людини, супроводжується системним оксидативним стресом. Таким чином, обов'язковість призначення препаратів антиоксидантної дії – протекторів клітинних мембран, зокрема токоферолу ацетат, не повинна навіть обговорюватися. Щодо аскорбінової кислоти, не слід забувати загальні протипоказання: при тромбофлебітах, схильності до тромбозів та при цукровому діабеті.

Призначення спазмолітиків необхідне, в першу чергу, у випадку посиленої скоротливої діяльності матки при загрозі переривання вагітності, а також при пізньому гестозі та плацентарній недостатності, коли підвищення тонуусу артеріол відіграє свою роль у механізмі порушення матково-плацентарного кровообігу. Пригнічення скоротливої активності матки можливе шляхом гальмування синтезу в ній простагландинів. До засобів, які чинять даний ефект, належить прогестерон. Починають призначати прогестерон, як правило, в першому триместрі, коли в загрозі переривання вагітності простежується фактор гормональної недостатності (20% випадків). У другій половині вагітності плацента збільшує продукцію прогестерону в кількості, що незрівнянно вища від лікувальних доз прогестерону. Прогестерон в дозі 100–200 мг дозволяється призначати в термін вагітності до 37 тижнів.

Кваліфікаційна характеристика лікаря зі спеціальності «загальна практика – сімейна медицина» містить перелік загальних питань та спеціальних знань, в системі яких особливо відповідальне місце належить організації диспансерного нагляду за вагітними. Доводячи складність завдання, все більше уваги фахівці приділяють тісному зв'язку між різними проявами найбільш частих та небезпечних ускладнень гестаційного процесу. Залізодефіцитна анемія, гестози, хронічна плацентарна дисфункція, загроза переривання вагітності, соматичні захворювання, TORCH-інфікування – всі ці фактори ризику складають ланцюг, в якому кожна ланка може відігравати супроводжуючу або вирішальну роль.

Доклінічна діагностика загрози переривання вагітності має деякі принципові аспекти. Для жінок з обтяженим акушерським анамнезом, при попередніх самочинних викиднях у малий термін вагітності, обов'язковими є консультація генетика та обстеження на TORCH-інфекції. За наявності в анамнезі пізніх абортів у направленні для проведення першого УЗ-дослідження (9–11 тижнів) слід зазначити: підозра на істміко-цервікальну недостатність.

Підвищений тонус матки, який виявляється пальпаторно, завжди сприймається як реальна небезпека, навіть при відсутності скарг у вагітної. Значно частіше підвищений тонус матки, сегментарні її скорочення виявляються під час ультразвукового дослідження та, на жаль, інколи залишаються без належної оцінки.

Крім цього, про загрозу переривання вагітності можуть свідчити зміни у фетоплацентарному комплексі, що також є прогностично важливим доклінічним проявом. До них належать ознаки передчасного старіння плаценти, її тривала незрілість або атипове розміщення. Ступінь зрілості плаценти в нормі оцінюється як нульовий до 28–31 тижня вагітності. У термін 32–36 тижнів вагітності в нормі спостерігається I–II ступінь зрілості. Збереження нульового ступеня зрілості плаценти після 32 тижнів вагітності прогностично більш небезпечно, ніж передчасне старіння в термін 32–36 тижнів. Реальність переривання вагітності передчасними пологами в даних випадках наближується до 40%.

Потовщення плаценти до 50 мм або її стоншення менше 20 мм можуть бути ознакою інфікування або проявом «імунної плаценти». Зміни з боку фетоплацентарного комплексу складають основу

діагностики хронічної плацентарної недостатності, яка є поліетіологічною патологією, що супроводжує всі ускладнення гестаційного процесу. Отже, появу плацентарної дисфункції слід очікувати при вагітності, що має перебіг на фоні анемії, гестозу, екстрагенітальних захворювань, а також при розміщенні плаценти в дні матки, в нижньому сегменті тощо.

Діагностика субклінічної стадії пізнього гестозу вважається добре відомою. Лікар уважно слідкує за можливими тенденціями щодо появи тріади Цонгемейстера:

- 1) тенденція до розвитку набряків – патологічне збільшення маси тіла (у нормі за добу вага збільшується на 50–60 г);
- 2) асиметрія та тенденція до збільшення кров'яного тиску (підвищеним є рівень тиску 130/90 мм рт. ст.);
- 3) поява слідів білка в аналізі сечі.

Диспансерний метод спостереження, а саме чітке виконання індивідуального плану ведення вагітної, теоретично виключає таке ускладнення, як переносна вагітність. Переносування є специфічною акушерською патологією, при якій тривалість вагітності перевищує фізіологічний термін (40 тижнів) на 10–14 днів; дитина, що народжується, має ознаки перезрілості; плацента містить характерні зміни. Динамічне спостереження в умовах жіночої консультації передбачає своєчасну госпіталізацію до відділення патології всіх здорових жінок в термін 40 тижнів вагітності та жінок із підвищеним ризиком у 38 тижнів вагітності. Отже, попередження переносної вагітності більшою мірою пов'язане із соціальними та організаційними чинниками. Дане питання тісно пов'язане з освітньою та виховною роботою, що проводиться сімейними лікарями.

Післяпологовий період є надзвичайно відповідальним періодом, протягом якого в організмі жінки поступово зникають зміни, що відбулися в період вагітності, за виключенням особливого стану молочних залоз. Середня тривалість післяпологового періоду складає 6–8 тижнів, проте для кожної окремої породіллі має бути визначено конкретний термін. У випадку ускладненого перебігу вагітності та пологів, за наявності супутніх захворювань тощо варто рахувати післяпологовий період більш тривалим. Відповідно до вимог державного стандарту спостереження перший візит до дільничного лікаря повинен відбуватися через тиждень після виписки породіллі з акушерського стаціонару. Ті породіллі, що не з'явилися у означений термін, підлягають активному патронажу.

При першому після пологів відвідуванні лікар знайомиться з даними стаціонару (виписка, обмінна карта) про особливості перебігу пологів та про стан породіллі на час виписки. Вивчаються скарги, особливості лактації, стан молочних залоз, черевної стінки та характер лохий. При фізіологічному темпі інволюції матки її пальпація через передню черевну стінку стає неможливою на 10–11 добу. Виділення з піхви мають серозно-слизовий характер.

Вагінальне дослідження породіллі в умовах жіночої консультації потребує ретельного дотримання правил асептики та антисептики і здійснюється, зазвичай, наприкінці післяпологового періоду (6–8 тижнів після пологів), під час другого візиту. Субінволюція матки є найбільш стабільною ознакою, що свідчить про небезпечно відхилення від нормального перебігу післяпологового періоду. Епітелізація внутрішньої поверхні матки, особливо в ділянці плацентарної площадки, може сповільнюватися завдяки впливу мікробного фактора та зниженого рівня захисних сил породіллі. В матці інколи затримуються частинки децидуальної оболонки або навіть плацентарної тканини, які у випадку інфікування стають основою розвитку септичного процесу. Метод ультразвукового дослідження надає інформацію щодо розмірів матки, характеру

та кількості її вмісту. Розгорнутий аналіз крові та дослідження виділень із піхви на флору є обов'язковими в кожному випадку сумнівів щодо фізіологічного перебігу післяпологового періоду. Жінка повинна бути направлена до гінекологічного відділення при наявності загальних проявів інфекції, невідповідності розмірів матки та виділень з матки терміну післяпологового періоду. Головним фактором профілактики ускладнень на даному етапі спостереження є суворе дотримання всіх вимог охоронно-гігієнічного режиму після пологів, який включає в себе заходи щодо особистої гігієни (гігієна тіла; психічний, фізичний та статевий спокій; гігієна годування дитини), гігієни житла (вимоги щодо стану приміщень, білизни, одягу) тощо.

Профілактична спрямованість – важливий принцип сімейної медицини. Прогнозування ризику розвитку окремих захворювань, доклінічна їх діагностика, своєчасність інформування пацієнта, а також прийняття профілактичних заходів – найважливіші складові елементи щоденної роботи сімейного лікаря і медичної сестри. Тільки у сімейного лікаря є мотивована потреба по-справжньому займатися профілактикою в процесі повсякденної роботи із своїми пацієнтами і членами їх сімей. Пояснюється це не тільки тим, що сімейний лікар краще за інших вузькоспеціалізованих колег знає своїх пацієнтів і шкідливі для здоров'я обставини їх життя, але й тим, що тільки сімейний лікар безпосередньо зацікавлений у зниженні захворюваності прикріпленого населення.

## Список використаної літератури

1. Гойда Н.Г. Роль сімейної медицини в збереженні здоров'я дітей та жінок репродуктивного віку / Н.Г. Гойда // Сімейна медицина. – 2004. – № 3. – С. 39.
2. Дудіна О.О. Діяльність закладів сімейної медицини з надання акушерсько-гінекологічної допомоги / О.О. Дудіна, С.Г. Лесовська // Матеріали II з'їзду лікарів загальної (сімейної) практики України (26 жовтня 2005 р., м. Харків) : Міжнародний медичний журнал. – 2005. – Спец. вип. – С. 88.
3. Корчинська О.А. Сімейна медицина – запорука вищої якості репродуктивного здоров'я жінок в Україні / О.А. Корчинська, Б.М. Корчинський // Матеріали XI з'їзду ВУЛТ. 100 років Українському лікарському товариству [28–30 вересня 2011 р., м. Харків]: Українські медичні вісті / Науково-практичний часопис Всеукраїнського лікарського товариства; [редкол.: С. Нечаїв (гол. ред.), Є. Білинський, С. Гаврилюк та ін.]. – К.: Всеукраїнське лікарське товариство / СПД Нечаїв, 2011. – січень–грудень. – Т. 9. – Чис. 1–4 (72–75). – С. 73–74.
4. Одринський В.А. Переваги реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини (огляд літератури) / В.А. Одринський // Сімейна медицина. – 2007. – № 3. – С. 4–6.
5. Піотрович Л.М. Визначення ролі лікарів загальної (сімейної) практики в наданні амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги на етапі реформування системи охорони здоров'я / Л.М. Піотрович // Матеріали II з'їзду лікарів загальної (сімейної) практики України (26 жовтня 2005 р., м. Харків): Міжнародний медичний журнал. – 2005. – Спец. вип. – С. 98.
6. Сімейна медицина та охорона репродуктивного здоров'я / Ю.А. Сагач, Д.М. Джафарова, Т.І. Хижняк, О.Ю. Бісярін // Матеріали II з'їзду лікарів загальної (сімейної) практики України (26 жовтня 2005 р., м. Харків): Міжнародний медичний журнал. – 2005. – Спец. вип. – С. 101–102.
7. Про затвердження Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року»: Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2006 р. №1849 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.akon.rada.gov.ua/>.