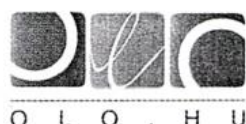


HÁZIORVOS A VÁRANDÓSGONDOZÁSBAN

Török Olga dr.

Debreceni Egyetem,
Általános Orvostudományi Kar,
Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika,
Debrecen



A cikk online változata
megtalálható a
www.olo.hu weboldalon.

Két éve lépett életbe az új minisztériumi rendelet a várandósgondozásról, amely kiemeli, hogy ez a „komplex szolgáltatás a védőnő, a háziorvos, a szülész-nőgyógyász szakorvos, a várandós választása esetén a szülésznő, valamint a várandós együttműködésén alapul. Jelen összefoglaló célja egyrészt a változások ismertetése, másrészt a teljesség igénye nélkül néhány, a háziorvosi gyakorlat szempontjából fontos kérdés áttekintése.

Az elmúlt évtizedekben a legfontosabb szülészeti mutatók (anyai és magzati mortalitás, magzati morbiditás) jelentős fokú javulása nagymértékben köszönhető a várandósgondozást végző szakemberek áldozatos munkájának. A háziorvosokra mindig komoly terhek hárultak ezen a területen is. Az új „26/2014 EMMI rendelet a várandósgondozásról” alapvetően átrendezte a folyamatban résztvevők felelősségi körét és feladatait (1). A háziorvosok helye ebben a rendszerben más hangsúlyt kapott, és jóllehet, a rendelet életbe lépése óta eltelt idő alatt mindennapi gyakorlati ténykedésük során már elkerülhetetlenül megismerkedtek az új rendszerrel, az összefoglaló azokkal a feladatokkal foglalkozik, amelyekben az eredmények további lényeges javításának érdekében a háziorvosok szerepe meghatározó (2, 3).

A rendelet azzal a megfogalmazással kezdődik, hogy a „várandósgondozás célja a várandós nő egészségének megőrzése, a magzat egészséges fejlődésének és egészségesen történő megszületésének elősegítése”. Mindezt természetesen többek között azáltal lehetséges elérni, ha a veszélyeztetettségi tényezőket sikerül időben felismerni, a szövődményeket megelőzni. Ez az a terület, amelyben a háziorvosok szerepe alapvető jelentőségű.

A VÁRANDÓSGONDOZÁS FOLYAMATA

A várandósgondozás a méhen belüli várandósság szülész-nőgyógyász szakorvos által történő megállapításával kezdődik, aki egyúttal elvégzi a rizikóbesorolást, a gondozást végző felelős

személy megválasztásának lehetőségéről a tájékoztatást, és erről a várandósnak egy igazolást ad. Alapvető különbség a korábbi gyakorlattal szemben, hogy az alacsony rizikójú várandósok gondozásában lehetőséget kaptak a szülésznők arra, hogy a védőnőkkel és a háziorvosokkal történő együttműködésben önállóan végezzék a gondozást. Az alacsony rizikójú várandósok természetesen szabadon dönthetnek arról, hogy a gondozás irányítását szülész-nőgyógyász szakorvosra vagy szülésznőre kívánják bízni. Akár szakorvos, akár szülésznő végzi a továbbiakban a gondozást, ő felelős személynek minősül, aki a ráháruló szakmai feladatokon túlmenően a várandósgondozásban résztvevő további szakemberekkel, azaz a védőnővel és a háziorvossal szükség szerint konzultál, ellenőrzi, hogy részesül-e a várandós védőnői gondozásban, elvégezték-e a kötelező vizsgálatokat, amennyiben szükséges, további szakellátásra irányítja a várandósnak. Fontos hangsúlyozni, hogy a felelős személy nevének feltüntetése a várandósgondozási könyvben ne csak az alapján történjen, hogy adott esetben ő volt, aki a várandósságot az első ultrahangvizsgálattal megállapította. A rizikóbesorolási adatlap kitöltése, továbbá a felelős személy választására vonatkozó tájékoztatási kötelezettség teljesítése és annak dokumentálása ugyanakkor már egyfajta nyilatkozatnak tekinthető a gondozás felelősségének vállalásáról. Természetesen a várandós döntése a felelős személy megválasztásáról még ezután következik.

A háziorvos felelőssége a várandós előzményi történéseinek gondos rögzítésében és elemzésében alapvetően megnőtt. Ezek ismeretében tehet javaslatot a szülész-nőgyógyász által végzett rizikóbesorolás felülvizsgálatára is,

amelyet a várandósgondozási könyvben rögzítenie kell. Fialtal várandósok esetében ritkán a házi gyermekorvosra hárul a várandósgondozásnak ez a lépcsője. A gyermekházi orvosoknak azonban valamennyi várandós esetében komoly a felelősségük a felnőtt házi orvosi praxisba történő átjelentkezéskor a korábbi betegségek megfelelő részletezéssel és hangsúllyal történő dokumentálásában.

VÁRANDÓSSÁG ALATTI TÉRÍTÉSMENTES KÖTELEZŐ VIZSGÁLATOK

A házi orvosok elvégzik az általános fizikális vizsgálatot is, döntenek további szakorvosi vizsgálatok igénybevételéről, ők adják továbbiakban a beutalót a kötelező térítésmentes vizsgálatokra is, beleértve a fogorvosi vizsgálatot és szükség esetén a genetikai tanácsadást.

Az elvégzendő laborvizsgálatok összeállításakor a rendelet szakmai alkotói arra törekedtek, hogy a vizsgálatok számának racionalizálása mellett lehetőség szerint valamennyi, a várandósság elején már fennálló vagy a várandósság folyamán jelentkező szövődmény nagy valószínűséggel időben felismerhető le-

gyen. Nem bővült ezért a javasolt laborvizsgálatok köre, az első trimeszterben a vizelet, vérkép, vércukor, alapvető vese- és májfunkciós vizsgálatokon túlmenően el kell végezni a vércsoport-meghatározást és ellenanyagszűrést, valamint a hepatitis B- és szifiliszszűrést. A vizelet-, vérképvizsgálat legalább egyszer a 24–28. és a 36–37., a vese- és májfunkció a 36–37. héten megismétlendő.

Továbbra sem javasolt rutinszerűen a cytomegalovirus, toxoplasma szűrővizsgálat. Fontos megjegyezni, hogy a két utóbbi szűrővizsgálatot ennek ellenére sokan kezdeményezik, és ez számos alkalommal csak felesleges aggodalmakat kelt a várandósokban. Amennyiben a vérvételt nem a terhesség első heteiben végzik, mint ahogy az a gyakorlatban a legtöbb esetben történik, az IgM-pozitív esetek egy részében az IgG aviditási teszttel sem dönthető el, hogy a fertőzés a fogamzást megelőzően vagy a várandósság alatt következett be. Ez gyakran felesleges invazív beavatkozáshoz vezet, mert csak amniocentézis útján nyert magzatvízből zárható ki a kórokozó transzplacentaris átjutása a mintában végzett polimeráz láncreakcióval (PCR) a toxoplasmára vagy cytomegalovirusra jellegzetes DNS-szekvenciák hiánya alapján (4, 5). Ráadásul a toxo-

Magnéziumpótlás magnerot®

Magnéziumhiány megelőzésére és kezelésére javasolt vény nélküli gyógyszer.

Kapható a patikákban!
www.magnerot.hu



MAGierh.metro.01.2015.lezárás dátuma:2015.03.13.

A KOCKÁZATOKRÓL ÉS MELLÉKHATÁSOKRÓL OLVASSA EL A BETEGTÁJÉKOZTATÓT,
VAGY KÉRDEZZE MEG KEZELŐORVOSÁT, GYÓGYSZERÉSZÉT!

plasma-infekció gyanúja esetén mindaddig, amíg a fertőzés biztonsággal nem kizárt, ami esetleg ismételt mintavételt is igényel, a transplacentáris terjedés megakadályozására spiramycin adása indokolt. Az is kevésbé ismert, hogy a macskák életük folyamán mindössze 3 hétig ürítik az oocystákat, éppen ezért a macskatulajdonosok alig vannak nagyobb veszélyeztetettségnek kitéve, mint bárki más, tehát semmi sem indokolja az ő kiemelt rizikócsoportba sorolásukat. Sokkal fontosabb a várandósokat a megfelelő higiénés szabályok betartására oktatni, a nyers vagy nem megfelelően főzött/sütött húsok fogyasztásának a kerülésére, a zöldségek, gyümölcsök alapos mosással történő előkészítésére (4). Természetesen mindazokban az esetekben, amikor a klinikai tünetek alapján az infekció gyanúja felmerül, a szerológiai vizsgálat és gyanús esetekben a megfelelő diagnosztikus tesztek elvégzése egyértelműen indokolt (4, 5).

Kikerült az elvégzendő szűrővizsgálatok sorából az anyai szérum AFP-szűrés, amelynek jelentősége az ultrahang-szűrővizsgálatok elterjedtsége, a készülékek technikai fejlettségének és a vizsgálatot végzők felkészültségének lényeges javulása mellett a magzat nyitott rendellenességeinek (gerinc, koponya, hasfal) a felismerésében napjainkban feleslegessé vált, ugyanakkor az eredmény számos esetben ugyancsak felesleges aggodalmat keltett a várandósokban a mintegy 5%-os téves pozitívítási ráta miatt. Jóllehet, az alacsony szérum AFP-érték az anyai életkorral történő kombinációban nem bizonyult a 21-triszómiára magas kockázatú esetek kiemelésére hatékony szűrőtesztnak, szakmai körökben általánossá vált az a gyakorlat, hogy ezekben az esetekben a gravidákat genetikai tanácsadásra irányították „magzati *Down-szindróma* gyanújával”, tovább növelve ezzel a szűrés káros pszichés következményeit. Ez a módosítás tehát már régen váratott magára, és a szakmai közvélemény egységesen örömmel fogadta (2). Az ultrahang-szűrővizsgálatok száma a korábbi ajánlással szemben négyről háromra módosult. A 11–13. héten a magzat fejlődési rendellenességeinek és a kromoszóma-rendellenességekre magas kockázatú eseteknek a felismerése az elsődleges cél, a 18–22. hét közötti vizsgálat az első trimeszterben még nem vagy csak ritkán detektálható magzati malformációk kimutatására irányul, míg a 30–32. héten a magzat méhen belüli növekedési retardációjának felismerése a cél (2, 3).

HÁZIORVOS AZ ANYA VÁRANDÓSSÁG ALATT JELENTKEZŐ BETEGSÉGEINEK AZ ELLÁTÁSÁBAN

A rendelet szerint a háziorvosnak a gondozásba vételt követő egy alkalommal történő vizit után a továbbiakban nem feltétlenül kell részt vennie a gondozás folyamatában. Ez azonban az ország települési viszonyaitól függően nyilvánvalóan különböző. A kistelepüléseken a védőnő, akinek trimeszterenként legalább egy alkalommal gondozásba kell vennie a várandóst, bármilyen szövődmény gyanúja vagy kóros lelet esetén elsőként a háziorvossal tud konzultálni, és ennek megfelelően tud dönteni arról, hogy indokolt-e soron kívül a felelős személyhez vagy egyéb szakvizsgálatra irányítani a gravidát. Azokon a településeken, ahol továbbra is működik várandósgondozó, a háziorvosok szerepe a rizikóbesoroláshoz szükséges első vizittel gyakran kimerül, hiszen a felelős személyt, aki a rendelet értelmében trimeszterenként ugyancsak legalább egy alkalommal gondozza a várandóst, mind a gravida, mind a védőnő soron kívül is általában könnyebben el tudja érni.

Azokban az esetekben azonban, amikor a várandós a terhesség folyamán bármilyen betegség tüneteit észleli, amivel nem terhes állapotban egyébként a háziorvosát keresné fel, többnyire a várandósság során is a háziorvosához fordul. Napjainkban, amikor egyre több adat bizonyítja a felesleges antibiotikum-kezelés súlyosan káros rövid- és hosszú távú következményeit, fontos hangsúlyozni, hogy a felesleges antibiotikum-kezelés a várandósság alatt is kerülendő. Ugyanakkor sajnos nem ritkán tapasztaljuk, hogy lázas állapotok esetén elmaradnak olyan alapvető vizsgálatok, mint a vérkép, vizelet, és a célzott terápia elkezdése tüneti kezelés, lázcsillapítás, folyadékpótlás mellett napokat késhet (2).

Ugyancsak a szükségesnél ritkábban történik rekurrens húgyúti infekciók esetén vizelettenyésztés, amely az ex juvantibus antibiotikum-kezelés megkezdését megelőzően minden olyan esetben feltétlenül indokolt lenne, amikor visszatérő fertőzésről van szó. A várandósság alatti fiziológiás változások jól ismert módon egyébként is hajlamosítanak a húgyúti fertőzésekre, amelyek sokszor látnak, ugyanakkor a koraszülés kockázatát bizonyítottan növelik. Mindazok esetében tehát, akiknek előzményében húgyúti infekciók sze-

repelnek, semmiképpen sem tekinthető elegendőnek a rendelet mellékletében előírt trimeszterenkénti egy vizeletvizsgálat (2, 3). Jóllehet, még csak néhány év telt el a 2009. évi világméretű influenzajárvány óta, amely néhány várandós és gyermekágyas esetében hazánkban is katasztrofális kimenetelű volt, szakmai körökben most is sokan indokolatlan félelmeket gerjesztenek a várandósokban az influenza elleni védőoltással szemben. A nagy pandémiát követő év elején készült ÁNTSZ-jelentés szerint a várandósok körében mindössze 17%-ra becsülték az átoltottságot. A kisebb járványok gyakorisága és potenciális veszélye valamint a sok téves információ miatt indokolt a kérdéssel röviden foglalkozni főként azért, mert az influenzával kapcsolatos kérdések, teendők leggyakrabban a háziorvosi praxisokban jelentkeznek. A terhesség alatti élettani változások és a celluláris immunitás csökkenése miatt a várandósok fokozottan veszélyeztetettek a súlyos szövődmények kialakulására. Ennek következtében az oltandók prioritási listáján az élen állnak, ezért figyelmüket fel kell hívni az influenza elleni védőoltás szükségességére, és ez a gyermekágyas időszakra is vonatkozik. Az influenza elleni védőoltás veszélytelen, a terhesség során bármikor beadható. Az első trimeszterben történő adás emelkedett kockázatára vonatkozóan sincsenek bizonyítékon alapuló adatok is, ennek ellenére néhány szakmai ajánlás az első trimeszteri oltással kapcsolatban óvatosságra írt. Csak az anya védőoltása nyújt védelmet a csecsemők 6 hónapos koráig. Influenzaszerű tünetek észlelése esetén a várandósoknál azonnali antivirális kezelés (oseltamivir) elkezdése és fokozott ellenőrzés, a szövődményes esetek ellátása pedig a legmagasabb szintű, felnőtt intenzív és PIC III háttérrel is rendelkező osztályon indokolt (6).

PREKONCEPCIONÁLIS GONDOZÁS

Sajnos az új várandósgondozási rendelet még csak említést sem tesz a prekoncepcionális gondozásról, pedig a legtöbb előrelépés attól lenne várható, ha a fertilis korú nők tudatosan készülnek a várandósságra. Jóllehet a perikoncepcionális folsavpótlás eredményességét bizonyító adatok a magzati velőcsőzáródási rendellenességek prevalenciájának csökkentésében 25 éve ismertek (7), és magyar szerzők nevéhez fűződik az ún. primer prevenció eredményességének bizonyítása (8), hazánkban

még napjaikban is igen alacsony azoknak az aránya, akik már a fogamzást megelőzően legalább 1 hónappal elkezdtek a folsav vagy folsavtartalmú multivitaminok szedését. A prekoncepcionális időszak azért meghatározó jelentőségű, mert a velőcső záródása a fogamzást követő 28. napon befejeződik, azaz a legtöbb esetben alig korábban, mint amikor a várandósság megállapításra kerül. Elsődleges prevencióban napi 0,4-0,8 mg folsav az ajánlott dózis, míg azokban az esetekben, amikor az előzményben szerepel velőcső-záródási rendellenesség, napi 4 mg javasolható, csakúgy, mint a carbamazepint és valproátot szedő páciensek esetében. Egyéb rendellenességek prevenciójában nem tekinthető bizonyítottnak a perikoncepcionális folsavpótlás, de erre vonatkozóan is vannak adatok.

Mindazok a krónikus betegségek, amelyek a rizikóbesorolási listán is szerepelnek, már a fogamzást megelőzően indokolják az adott betegségnek a várandósságra, továbbá a várandósságnak az adott betegség lefolyására gyakorolt hatásáról, a várható szövődményekről, a szövődmények korai felismerésének, esetleges megelőzésének a lehetőségeiről történő részletes tájékoztatást. Azokban az esetekben, amikor a betegség folyamatos gyógyszeres kezelést indokol, gyakran terápiamódosítás szükséges, a lehetőség szerinti legkevesbé teratogén gyógyszer kiválasztásával. Egyidejűleg meg kell beszélni, hogy a gondozásba milyen szakorvosok bevonása válhat szükségessé, akik segíthetik a személyre szabott tájékoztatást már a várandósság előtt (2).

A családban előforduló örökletes betegségek esetében is már a várandósság tervezésekor célszerű a genetikai tanácsadás lehetőségét igénybe venni. Gyakran olyan betegségekről van szó, amelyek célzott diagnosztikája a terhesség alatt csak akkor lehetséges, ha előtte a betegség molekuláris genetikai hátterét sikerült tisztázni. Így esetleg van idő további vizsgálatok elvégzésére, de amikor a pontos diagnózist nem sikerül felállítani, célszerű akkor is előre tisztázni a leendő szülővel, hogy a magzat vizsgálatára sem lesz lehetőség, és a magas ismétlődési kockázat tudatában kell dönteniük a terhesség vállalásáról (2, 3).

VÁRANDÓSSÁG ÉS ANYAI ÉLETKOR

Az elmúlt évtizedekben az első gyermekvállalás időpontja folyamatos emelkedést mutat. Ezt a trendet, amelynek társadalmi okai igen



összetettek, mindenképpen kívánatos lenne megállítani, hiszen a 30-as életkor felett a terhesség aránya évente 3-5%-kal csökken, és a vetélések kockázata folyamatosan nő. A háziorvosoknak és védőnőknek meghatározó a szerepük az egészséges életmódra nevelésben, és az optimális életkorban történő gyermekvállalás érdekében is sokat tehetnek. A bekövetkezett terhességek során a számbeli kromoszóma-rendellenességre nagyobb kockázatú esetek hatékony szűrését biztosító korszerű tesztek az elsődleges tájékoztatás a védőnők feladata, de a várandósok a megfelelő döntéshozatalhoz gyakran a háziorvosok tanácsát is kérik. A téma önmagában kimerítené egy összefoglaló kereteit, ezért a továbbiakban csak a legfontosabb információkat foglalom össze. A *Down-szindrómára* és egyéb triszómiákra magas kockázatú esetek szűrésének leghatékonyabb módszere az első trimeszterben végezhető kombinált teszt, amely az anyai életkorból kiindulva a magzat ultrahangvizsgálattal mért fejtető-farok távolságához viszonyított tarkóredő vastagsága és 2 lépényi hormon anyai szérumszintjének figyelembe vételével egy tapasztalati adatok alapján felépített számítógépes program segítségével számítja az adott terhességben a három leggyakoribb számbeli kromoszóma-rendellenesség (21, 18, 13-triszómia) kockázatát. A megfelelő minőségbiztosítási elvek betartásával végezve méréseket, 5%-os téves pozitív ráta mellett a 21-triszómiás esetek 85-90%-át képes a szűrés kiemelni. Társadalombiztosító egyelőre nem finanszírozza a kombinált tesztet, de a kiemelt magas kockázatú esetek további vizsgálatát invazív beavatkozás (amniocentézis, chorionboholy-biopszia) útján nyert mintából, igen. Napjainkban a leghatékonyabb szűrőtesztek az anyai vérplazmában keringő sejtmentes magzati eredetű DNS-fragmentumok analízisén alapuló ún. NIPT-ek (noninvazív prenatális teszt). A vizsgálathoz szükséges nagyteljesítményű szekvenáló berendezések és bioinformatikai rendszerek mi-

att egyelőre külföldi nagy genetikai intézetekbe lehetséges küldeni a vérmintákat, de egyre több teszt esetében várható technológiai transzfer a közeljövőben. Mindenesetre a Magyarországon elérhető tesztek száma folyamatos emelkedést mutat, és az egészséges piaci versenynek köszönhetően ez a vizsgálatok árának folyamatos csökkenését eredményezte. A 21-triszómia előrejelzésében valamennyi forgalomban levő teszt szenzitivitása 99% feletti, és a fals pozitív esetek rendkívül alacsony száma jelentős mértékben képes csökkenteni az invazív vizsgálatok iránti igényt. Mindemellett nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a legtöbb család nem tudja vállalni ezeknek a teszteknek az anyagi terheit, és a várandósgondozás szereplőinek igen fontos feladat jut azoknak az indokolatlan féltelmeknek az elosztatásában, ami nem kis mértékben az egyes tesztek promotálása érdekében folytatott küzdelem eredményeként az invazív beavatkozások vetélési kockázatának túldimenzionálásához vezetett, és a valóban emelkedett kockázatú esetekben is a szükséges vizsgálatok elutasításához. Annak hangsúlyozásával, hogy a döntési szabadság mindenkit megillet, maximálisan törekednünk kell arra, hogy az életre szóló döntéseket teljes körű, mindenre kiterjedő ismeretek birtokában tudják meghozni a családok (9).

EGÉSZSÉGTUDATOS NEVELÉS

Jelen összefoglaló keretei nem tették lehetővé számos fontos, napjainkban már népegészségügyi kérdés tárgyalását, mint az elhízás, diabétesz, hipertónia stb., amelyek a várandósgondozásban és a szülészeti ellátásban is egyre nagyobb terheket rónak az ellátókra. Ezek a kórképek tipikus példái annak, hogy a megelőzést, az egészségtudatos nevelést már kisgyermekkorban kell kezdenünk, ennek elmulasztása pedig a későbbiekben az egészségügyi ellátásban csapódik le.

IRODALOM

1. 26/2014. (IV/8) EMMI rendelet a várandósgondozásról
2. A várandósgondozás kézikönyve. Papp Z, editor. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.; 2016.
3. A szülészeti-nőgyógyászati egyetemi tankönyve. Pál A, editor. Medicina Zrt.; 2001. 4. Gilbert R, Petersen E. <http://www.uptodate.com/contents/toxoplasmosis-and-pregnancy>
4. JS Sheffield, SB Boppana. <http://www.uptodate.com/contents/cytomegalovirus-infection-in-pregnancy>
5. Tóth Z. Az új influenza A(H1N1)v 2009 világjárványról és a teendőkről. *Magy Nőorv L* 2009; 72: 329.
6. MRC Vitamin Study Research Group Prevention of neural tube defects: results of the Medical Research Council Vitamin Study. *Lancet* 1991; 338: 131–137.
7. Czeizel AE, Dudas I. Prevention of the first occurrence of neural-tube defects by periconceptional multivitamin supplementation. *N Engl J Med* 327(2992): 1832–1835.
8. Török O. Down-szűrés a gyakorlatban. *Focus Medicinae* 2013; 15(2): 27–32.