Женска консултация в общата медицинска практика

Учебна лекция за специализанти по Обща медицина

Д-р Пламен Латев д.м.

Медицински университет – Плевен

2026

1. Въведение: защо темата е особена



Женската консултация заема особено място в общата медицинска практика. Формално тя е част от дейностите, които общопрактикуващият лекар трябва да познава. В ежедневната практика обаче много ОПЛ предпочитат проследяването на бременността да се извършва от специалист по акушерство и гинекология.

Това има своите основания. Бременните жени в много практики са значително по-малко на брой в сравнение с преди 20–25 години. ОПЛ не винаги има възможност да натрупва постоянен ежедневен опит с проследяване на бременност. От друга страна, акушер-гинекологът работи в специализирана среда, разполага с ехографска диагностика, по-тясна връзка с родилно отделение и по-бърза възможност за реакция при усложнения.

И самите бременни жени, както и техните семейства, често предпочитат проследяването да бъде при акушер-гинеколог. Това им носи усещане за по-голяма сигурност. Те знаят, че при нужда специалистът може да реагира бързо, да направи ехографска оценка, да насочи към болница или да организира по-специализирано поведение.

Но това не означава, че ОПЛ може да не познава женската консултация. Напротив — той трябва да я познава, защото бременната жена остава пациент на практиката. Тя може първо да се обърне към своя личен лекар. Той познава нейните хронични заболявания, медикаменти, фамилна анамнеза, социална среда и общомедицински рискове.

Основна идея

ОПЛ не замества акушер-гинеколога, но трябва да познава логиката на ЖК. Неговата роля е да разпознае риска, да насочи навреме, да участва в общомедицинската грижа и да подкрепи бременната жена в координация със специалиста.

ОПЛ не замества АГ, но има отговорност



Бременната жена остава пациент на практиката:
със своите заболявания, лекарства, рискове и социална среда.

2. Първи контакт: съмнение за бременност



Първият контакт често започва просто: жената има закъснение на менструацията, положителен тест за бременност или съмнение, че е бременна. Точно тук ОПЛ трябва да действа подредено.

Първо се уточняват дата на последна редовна менструация, наличие на коремна болка, вагинално кървене, повръщане, температура, дизурия или други оплаквания. Трябва да се попита дали бременността е желана, имало ли е предходни бременности, раждания, аборти, извънматочна бременност или усложнения.

Важно е да се знаят и общомедицинските данни: хронични заболявания, приемани медикаменти, алергии, тютюнопушене, алкохол, професионални рискове, фамилна анамнеза, социална подкрепа и психоемоционално състояние.

При съмнение за бременност ОПЛ издава направление към специалист по акушерство и гинекология **за остро състояние**, с цел установяване на диагнозата **бременност**. Това направление има практически смисъл: трябва да се потвърди бременността, да се прецени срокът, да се уточни локализацията и да се изключат ранни проблеми като извънматочна бременност или заплашващ аборт.

Тук е важно да се подчертае, че първият контакт не е само административен. Не е достатъчно жената да получи направление. Трябва да се прецени дали има симптоми, които изискват спешна оценка.

3. Насочване за женска консултация



След установяване на диагнозата бременност жената се насочва за женска консултация. Това се прави с направление за проследяване на бременността, което е **извън регулативния стандарт**.

Практическата последователност е:

1. Съмнение за бременност или положителен тест.
2. Направление към акушер-гинеколог за остро състояние — за установяване на диагнозата бременност.
3. Потвърждаване на бременността и начална акушерска оценка.
4. Насочване за женска консултация.
5. Проследяване на бременността от АГ специалист.
6. Участие на ОПЛ при общомедицински проблеми, интеркурентни заболявания, рискови фактори, документи и координация.

Това трябва да бъде ясно на специализанта, защото в практиката често именно пациентката пита личния лекар какво следва: „Имам положителен тест, какво да направя?“ Отговорът трябва да бъде спокоен, конкретен и практически полезен.

4. Какво представлява женската консултация



Женската консултация е организирано проследяване на бременната жена и плода. Тя не е само серия от прегледи, а система за ранно откриване на риск, проследяване на нормалното развитие на бременността и подготовка за раждането.

Тя включва:

- потвърждаване и датиране на бременността;
- оценка на лична, фамилна и акушерска анамнеза;
- определяне на рискови фактори;
- измерване на артериално налягане;
- проследяване на тегло;
- изследване на урина;
- лабораторни изследвания;
- ехографско проследяване;
- оценка на растежа и състоянието на плода;
- скрининг за анемия, инфекции, гестационен диабет и преeклампсия;
- проследяване на движенията на плода в по-късна бременност;
- обучение на бременната за хранене, режим, медикаменти и тревожни симптоми;
- подготовка за раждане и следродилен период.

ОПЛ не извършва всички тези дейности сам, когато бременността се проследява от АГ специалист. Но той трябва да разбира защо се правят, какво означават и кога отклоненията не търпят отлагане.

5. Нормална и рискова бременност



Нормалната бременност е бременност без значими рискови фактори, без усложнения, с нормално протичане и нормални контролни изследвания. Но дори при нормална бременност проследяването не е формалност. То трябва да открива ранно промени, които могат да променят поведението.

Рискова бременност е тази, при която има фактори от страна на майката, плода, предходната акушерска анамнеза или текущото протичане. Примери за рискови фактори:

- възраст под 18 или над 35 години;
- предходни спонтанни аборти;
- преждевременно раждане;
- мъртво раждане;
- предходно цезарово сечение;
- многоплодна бременност;
- артериална хипертония;
- захарен диабет;
- бъбречно заболяване;
- сърдечно заболяване;
- автоимунно заболяване;
- тромбофилия;
- кървене по време на бременността;
- гестационен диабет;
- преeклампсия;
- инфекции;
- съмнение за изоставане в растежа на плода;
- социален риск, насилие или липса на подкрепа.

При рискова бременност ролята на координацията е още по-важна. ОПЛ трябва да знае, че бременната жена не е само акушерски случай. Тя може да има диабет, хипертония, астма, бъбречен проблем, психично напрежение или социална трудност. Точно тук общата медицинска гледна точка има значение.

6. Измервания и обективни показатели при бременната



При женската консултация се проследяват показатели, които имат пряко значение за майката и плода. Част от тях са акушерски, други са общомедицински. ОПЛ трябва да ги познава, дори когато не води сам женската консултация.

Показател	Защо се проследява	Практическо значение
Артериално налягане	Ранно откриване на хипертония и прееклампсия	Високо АН, особено с главоболие, зрителни нарушения, отоци, белтък в урината или болка в епигастриума, изисква спешна оценка
Тегло	Оценка на хранене, отоци, метаболитен риск, гестационен диабет и прееклампсия	Рязко покачване може да насочи към задръжка на течности; недостатъчно покачване може да бъде сигнал за хранителен или фетален риск
Урина	Белтък, глюкоза, инфекция	Белтък + високо АН е тревожна комбинация; инфекции на пикочните пътища при бременност не се подценяват
Коремна обиколка	Ориентировъчна оценка на нарастването на бременността	Самостоятелно не замества ехографията; важна е динамиката
Височина на fundus uteri	Ориентировъчно проследяване на растежа на матката според гестационната седмица	Несъответствие може да насочи към грешна датировка, изоставане в растежа, многоводие/маловодие или многоплодна бременност
Отоци	Оценка за задръжка на течности и прееклампсия	Отоците имат значение най-вече в комбинация с АН, белтък в урината и симптоми
Движения на плода	Оценка на феталното благополучие в по-късна бременност	Намалени или липсващи движения изискват незабавна АГ оценка
Общо състояние	Оценка на майката като пациент	Температура, силна отпадналост, задух, гръдна болка, тежко повръщане или неврологични симптоми променят поведението

7. Тазови размери, коремна обиколка и тегло



Тазовите размери са класическа част от акушерската оценка. В съвременната практика преценката за родовия път и начина на раждане не се прави само по външни размери, но е полезно ОПЛ да познава основните понятия.

Показател	Ориентировъчна стойност	Практически коментар
Distantia spinarum	около 25–26 cm	Разстояние между spinae iliacae anteriores superiores
Distantia cristarum	около 28–29 cm	Разстояние между най-отдалечените точки на cristae iliacae
Distantia trochanterica	около 31–32 cm	Разстояние между trochanteres majores
Conjugata externa	около 20–21 cm	Външна конюгата; има ориентировъчна стойност
Коремна обиколка	проследява се в динамика	Единична стойност не е достатъчна; важна е промяната във времето и съпоставката с гестационната възраст
Тегло на бременната	проследява се при всяко посещение	Тълкува се според изходното тегло, BMI, отоци, хранене и общото състояние
Височина на маточното дъно	ориентировъчно съответства на срока в средната част на бременността	Несъответствието изисква акушерска преценка и често ехографско уточняване

ОПЛ не трябва да се стреми да замести акушерската преценка, но трябва да разбира какво се оценява. Ако бременната съобщава, че „коремът не расте“, „бебето се движи по-малко“, „качвам много бързо килограми“ или „имам отоци и главоболие“, това вече не е административен въпрос, а клиничен сигнал.

8. Хранене и режим при бременност



Храненето при бременност трябва да бъде разумно, разнообразно и без крайности. Старото разбиране, че бременната трябва да „яде за двама“, е погрешно. Тя не трябва да яде двойно повече, а по-качествено, по-редовно и по-балансирано.

Основните принципи са:

- разнообразно хранене;
- достатъчен прием на белтъчини;
- прием на зеленчуци, плодове, пълнозърнести храни;
- достатъчно течности;
- достатъчен прием на желязо, фолиева киселина, калций, йод и витамин D според нуждите;
- ограничаване на сладки напитки, високопреработени храни и прекомерна сол;
- избягване на алкохол;
- спиране на тютюнопушенето;
- умерена физическа активност при неусложнена бременност;
- индивидуален режим при гадене, повръщане, анемия, гестационен диабет, хипертония или наднормено тегло.

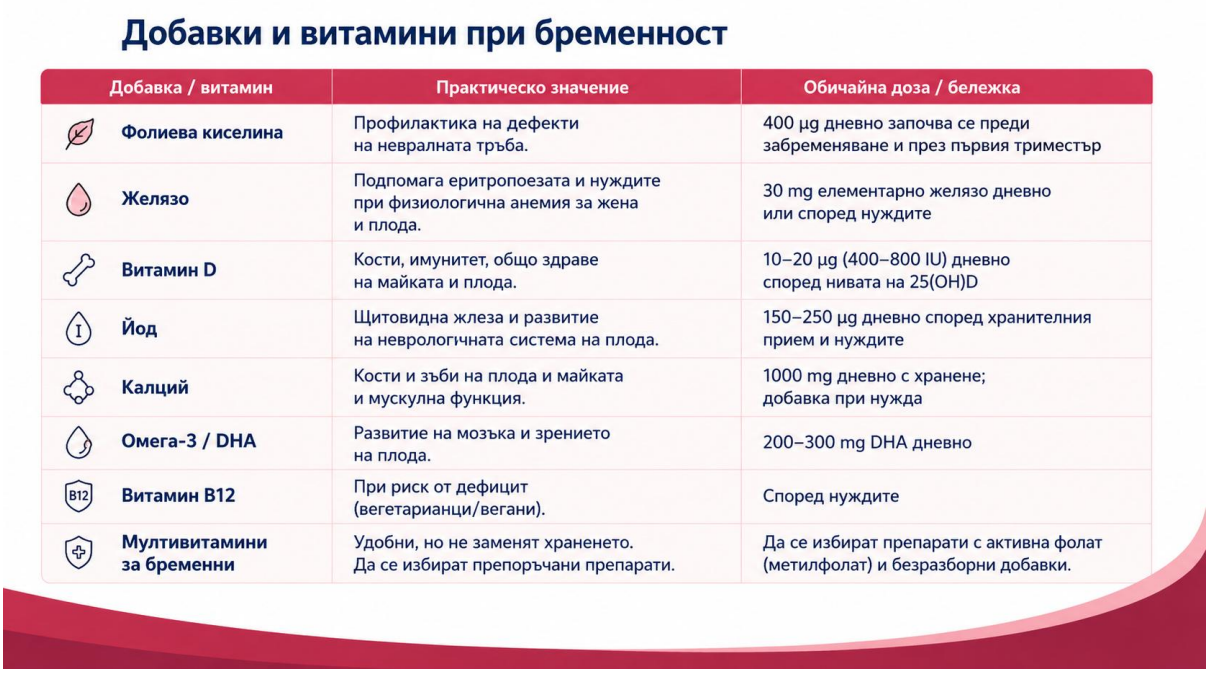
Особено важно е да се говори спокойно. Бременните жени често получават противоречиви съвети от интернет, близки и социални мрежи. Ролята на лекаря е да подреди информацията.

Храни, които изискват внимание



Група	Практическо поведение
Алкохол	Избягва се по време на бременност
Непастьоризирани млечни продукти	Избягват се поради риск от инфекции
Сурово или недобре термично обработено месо/риба/яйца	Избягва се или се консумира само добре обработено
Риба	Полезна е, но се избягват видове с висок риск от живак; предпочита се безопасна, добре обработена риба
Кофеин	Ограничава се; да се отчита и от кафе, чай, енергийни напитки и шоколад
Сол и силно преработени храни	Ограничават се, особено при отоци, хипертония или наднормено тегло
Билки и добавки	Не се приемат без консултация, защото „натурално“ не означава автоматично безопасно

Добавки и витамини при бременност



Храненето е основата, но при бременност само храната невинаги покрива всички повишени нужди. Затова някои добавки имат ясно място, а други се назначават само при установен дефицит или конкретен риск.

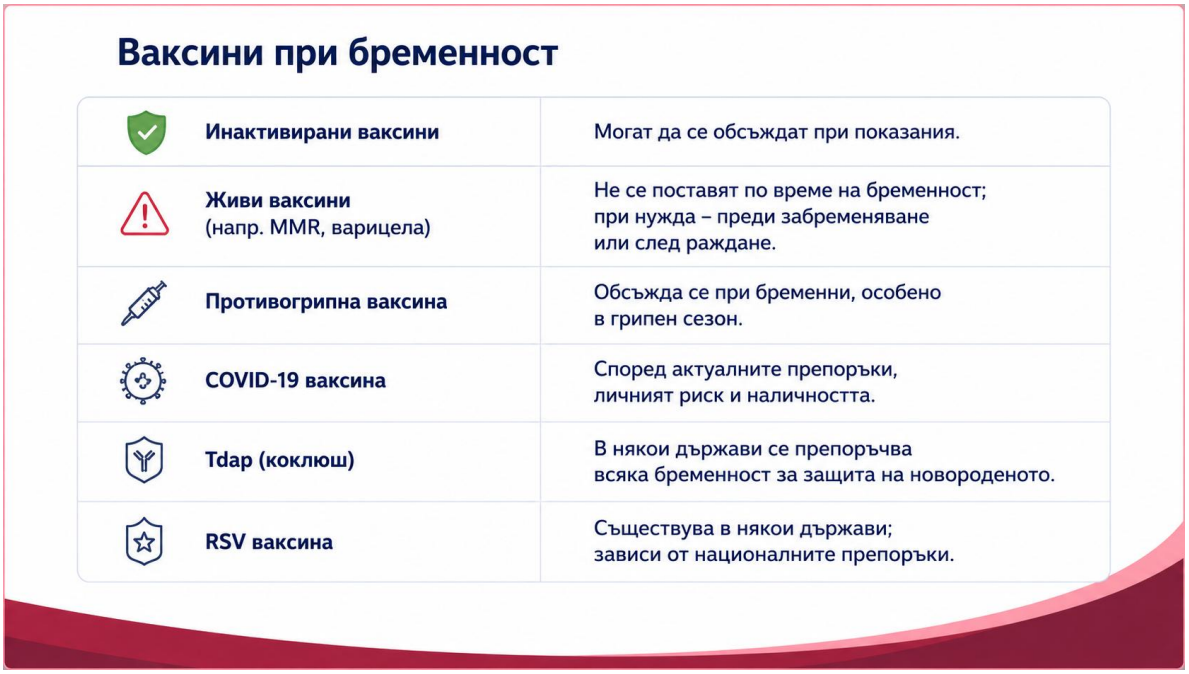
Добавка / витамин	Практическо значение
Фолиева киселина	Препоръчва се още преди забременяване и в ранна бременност за профилактика на дефекти на невралната тръба. Обичайна доза: 400 µg дневно; при висок риск може да е нужна по-висока доза по лекарска преценка.
Желязо	Нужно е за покриване на повишените нужди на майката и плода и за профилактика/лечение на анемия. При нисък хемоглобин, нисък феритин или клиничен риск се назначава индивидуално.
Витамин D	Има значение за калциево-фосфорната обмяна, костите и мускулите. Често се обсъжда като ежедневна добавка, особено при ниско слънчево излагане или риск от дефицит.
Йод	Важен е за функцията на щитовидната жлеза и развитието на нервната система на плода. Приема се според храненето, използването на йодирана сол, тиреоидния статус и лекарската преценка.
Калций	Важен за костите на плода и майката. Обикновено се набавя чрез храната; добавка се обсъжда при нисък хранителен прием или повишен риск.
Омега-3 / DHA	Може да има значение за развитието на нервната система и зрението на плода, особено при ниска консумация на риба. Предпочита се чрез безопасни хранителни източници или подходящ препарат.

Добавка / витамин	Практическо значение
Витамин B12	Особено важен при вегетарианско, веганско или силно ограничено хранене. При риск от дефицит трябва да се обсъди изследване и добавка.
Мултивитамини за бременни	Могат да бъдат удобни, но не трябва да се приемат механично. Трябва да се гледа съставът и да се избягва прекомерен прием на отделни витамини и минерали.

Важно е бременната да не приема добавки безразборно. Особено трябва да се избягват препарати с витамин А под формата на ретинол, както и масло от черен дроб на треска, защото прекомерният прием на витамин А може да бъде вреден за плода. Пренаталните добавки не заместват балансираното хранене, а го допълват, когато има нужда.

Практическо послание за ОПЛ:
ОПЛ трябва да попита какви витамини, билкови продукти и хранителни добавки приема бременната. „Добавка“ не означава автоматично „безопасна“. При съмнение е по-добре да се провери съставът и да се координира поведението с акушер-гинеколога.

9. Ваксини при бременност: нова практическа роля на ОПЛ



Ваксините при бременност трябва да се обсъждат внимателно, но не трябва да се избягват като тема. През последните години имунопрофилактиката при бременни придоби по-ясно практическо значение, защото чрез майчината имунизация може да се защити не само жената, но и новороденото през първите месеци от живота му.

Основният принцип е следният: **живи атенюирани ваксини по правило не се поставят по време на бременност**, а инактивирани, рекомбинантни или субединични ваксини могат да се обсъждат при показания и според актуалните национални препоръки. ОПЛ не трябва да поставя ваксините механично, но трябва да знае кои възможности съществуват, кога се обсъждат и къде да насочи бременната.

Ваксина срещу коклюш

Коклюшът, или магарешката кашлица, е особено опасен за новородените и малките кърмачета, защото при тях може да протече тежко, с апноични паузи, пневмония, хоспитализация и риск от летален изход. Затова ваксинацията на бременната има логика не само като защита на майката, а преди всичко като защита на бебето преди то да може да изгради собствен имунитет чрез детския имунизационен календар.

В България от май 2024 г., във връзка с повишената заболеваемост от коклюш, се въведе безплатна препоръчителна имунизация за бременни. Тя се извършва по желание, обичайно в кабинетите на Регионалните здравни инспекции и в определени лечебни заведения. Прилага се комбинирана ваксина с намалено антигенно съдържание срещу дифтерия, тетанус и коклюш — например Boostrix.

Препоръчителният период за поставяне е **между 27-ма и 36-та гестационна седмица**. Това време е избрано така, че организмът на майката да изгради антитела и те да

преминат през плацентата към плода. Така новороденото получава пасивна защита в най-рисковия период — първите седмици и месеци след раждането.

Практическото послание към специализанта е ясно: когато бременната е във втората половина на бременността, ОПЛ трябва да знае, че такава възможност съществува, да я обсъди спокойно и да насочи пациентката към мястото, където имунизацията се извършва. Тонът не трябва да бъде натрапващ, а информиращ: заболяването е опасно за новороденото, ваксината се поставя на майката, но целта е защита и на бебето.

Ваксина срещу RSV

Респираторно-синцитиалният вирус е един от водещите причинители на тежки бронхиолити и пневмонии при кърмачета. За много възрастни RSV може да протече като обикновена вирусна инфекция, но при малките бебета, особено през първите месеци, може да доведе до тежко дихателно затруднение, хоспитализация и нужда от кислородолечение.

От 2026 г. в българската профилактична логика се предвижда нова препоръчителна имунизация срещу RSV при бременни. Тя е насочена към защита на новороденото чрез майчините антитела. Прилага се еднократно като целева имунизация **между 24-та и 36-та гестационна седмица**. В изискването е посочена двувалентна рекомбинантна ваксина срещу RSV, какъвто тип е Abrysvo.

Механизмът е сходен с логиката на ваксинацията срещу коклюш при бременност: майката изгражда антитела, които преминават през плацентата и осигуряват защита на бебето след раждането. Целта е да се намали рискът от тежко RSV заболяване през първите 6 месеца от живота — периодът, в който кърмачето е особено уязвимо. В Европейския съюз Abrysvo е разрешена за употреба при бременни от 24-та до 36-та гестационна седмица с цел защита на бебетата от RSV заболяване в ранна възраст.

Тук ролята на ОПЛ отново е преди всичко информационна и координираща. Той трябва да познава препоръката, да знае в кой период от бременността се обсъжда, да обясни смисъла на майчината имунизация и да насочи пациентката според актуалната организация на имунизационната дейност.

Ваксина	Срещу какво предпазва	Кога се поставя	Основна цел
Коклюш / дифтерия / тетанус	Коклюш, дифтерия, тетанус	27–36 гестационна седмица	Защита на новороденото от тежък коклюш през първите месеци
RSV	Респираторно-синцитиален вирус	24–36 гестационна седмица	Защита на кърмачето от тежък бронхиолит/пневмония през първите 6 месеца
Противогрипна ваксина	Грип	При грипен сезон, според индивидуалния риск	Защита на майката от тежко протичане и усложнения

Ваксина	Срещу какво предпазва	Кога се поставя	Основна цел
COVID-19 ваксина	COVID-19	Според актуалните препоръки и индивидуалния риск	Защита на майката при повишен риск
Живи ваксини — MMR, варицела	Морбили, паротит, рубеола, варицела	Не по време на бременност	При нужда се планират преди забременяване или след раждане

Ключово послание

Ваксинацията при бременност не е само защита на майката. При коклюш и RSV тя има и много важна цел: **пасивна защита на новороденото чрез антитела, преминали през плацентата**. Затова ОПЛ трябва да познава тези препоръки, дори когато женската консултация се води от АГ специалист.

10. Тревожни симптоми при бременност



Това е един от най-важните практически раздели. ОПЛ не трябва да решава сам всички акушерски проблеми, но трябва да знае кога няма време за изчакване.

Бременната трябва да бъде насочена спешно или без забавяне при:

- вагинално кървене;
- силна коремна болка;
- силно повръщане с дехидратация;
- високо артериално налягане;
- главоболие, зрителни нарушения, отоци, болка в епигастриума;
- температура и данни за инфекция;
- дизурия, болка в кръста, съмнение за пиелонефрит;
- задух, болка в гърдите, едностранен оток на крак;
- изтичане на околоплодни води;
- контракции преди термин;
- намалени или липсващи движения на плода;
- тежка тревожност, депресивност или риск за майката.

Клинично правило

При бременност симптомите не се тълкуват изолирано. Главоболие с високо АН, отоци и зрителни нарушения е различно от обичайно напрежение. Дизурията при бременна не е маловажен цистит. Задухът и едностранният оток на крака не са просто „нормално за бременността“. Контекстът променя риска.

11. Общомедицинската роля на ОПЛ по време на бременността



Бременната жена може да има обичайни медицински проблеми: вирусна инфекция, кашлица, цистит, гастроинтестинални оплаквания, болка, анемия, хипертония, диабет, тревожност. Но по време на бременност обичайните симптоми изискват по-внимателно мислене.

ОПЛ има реална роля:

- преценява кои симптоми са банални и кои са рискови;
- избира безопасно поведение и медикаменти;
- избягва ненужни лекарства;
- проверява безопасността на медикаментите при бременност;
- не подценява инфекциите на пикочните пътища;
- проследява артериалното налягане;
- мисли за анемия, гестационен диабет, преeклампсия;
- координира поведението с АГ специалист при нужда.

При бременна жена не е добър подход нито „нищо не може да се дава“, нито „това е обикновена инфекция, ще лекуваме както винаги“. Правилният подход е информиран, предпазлив и координиран.

12. Разговор с бременната

Бременността е физиологично състояние, но за жената тя често е период на тревожност, несигурност и много въпроси. ОПЛ може да бъде много важен именно с разговор, който подрежда информацията.

Темите, които трябва да се обсъждат, са:

- хранене;
- физическа активност;
- сън и умора;
- безопасност на медикаментите;
- тютюнопушене и алкохол;
- работа и натоварване;
- тревожност и страхове;
- кога да потърси лекар;
- подготовка за раждане;
- подкрепа от партньор и семейство.

Бременната не трябва да бъде плашена, но и не трябва да бъде фалшиво успокоявана. Добрата консултация казва: „Това е нормално“, когато наистина е нормално, и „Това трябва да се провери“, когато има риск.

13. Временна неработоспособност при бременност и раждане



Това е тема, по която пациентките често питат ОПЛ. Затова специализантът трябва да познава основната схема.

При бременност и раждане стандартната схема на болничните листове е:

Етап	Кой издава	Срок	Практически коментар
Първи болничен	Лекарят, който води женската консултация	**45 дни преди термина**	Издава се въз основа на определения термин
Втори болничен	Лечебното заведение, където е станало раждането	**42 дни**	Свързан е с раждането и ранния послеродов период
Трети болничен	Лекарят, който наблюдава детето	**48 дни**	Продължава периода до общо **135 дни**
Общо	Последователни болнични листове	**135 дни**	Могат да бъдат еднолични, въпреки че са продължения

Трябва да се подчертае, че тези болнични листове имат своя специфична логика и не са същото като болничен при остро заболяване. Първият се издава преди раждането, вторият — от родилното лечебно заведение, третият — от лекаря, който наблюдава детето.

ОПЛ трябва да познава тази схема, защото често именно той отговаря на въпросите на бременната и родилката. Важно е да се знае и че след тези 135 дни следват други правила за отпуск и обезщетение за майчинство, които вече не са същата медицинска схема на болнични листове.

14. След раждането: родилката остава пациент на ОПЛ



След раждането вниманието естествено се насочва към новороденото. Но родилката също остава пациент и има нужда от внимание.

ОПЛ трябва да мисли за:

- общо възстановяване;
- кръвотечение;
- температура;
- болка;
- кърмене и проблеми с гърдите;
- мастит;
- анемия;
- артериално налягане;
- послеродова депресия;
- умора и родителско изтощение;
- контрацепция;
- хронични заболявания;
- социална подкрепа.

В първите месеци ОПЛ често вижда майката през детето — на детска консултация, при ваксинация или при остро заболяване на бебето. Това е възможност да се забележи не само състоянието на детето, но и състоянието на майката.

Практическа идея

Когато майката изглежда силно изтощена, плаче лесно, не спи, чувства се неспособна да се справя или няма подкрепа, това не бива да се подминава като „нормално след раждане“. Тук ОПЛ може да има важна роля за ранно разпознаване на послеродова депресия или сериозно родителско изтощение.

15. Чести грешки

Чести грешки в поведението на ОПЛ са:

1. Да се мисли, че ако бременната е при АГ специалист, ОПЛ няма никаква роля.
2. Да се издаде само направление, без начална оценка на риска.
3. Да не се знае последователността: направление за остро състояние → установяване на бременност → направление за женска консултация.
4. Да се подценят кървене, високо АН, главоболие, отоци или намалени движения на плода.
5. Да се назначават медикаменти без проверка на безопасността при бременност.
6. Да не се обсъдят хранене, режим, ваксини и тревожни симптоми.
7. Да не се познават основните правила за временна неработоспособност.
8. Да се забрави родилката след раждането, когато вниманието се насочва към детето.
9. Да не се документира защо пациентката е насочена и какво е обсъдено.

16. Финално послание



Женската консултация в общата медицинска практика не трябва да се разбира като съревнование между ОПЛ и акушер-гинеколога. Най-добрият модел е координирана грижа.

АГ специалистът води специализираното акушерско проследяване. ОПЛ познава жената като пациент — нейните общи заболявания, лекарства, семейна и социална среда, работни условия, предходни медицински проблеми и рискове.

Затова ОПЛ трябва да познава логиката на женската консултация: как започва, как се насочва, какво се проследява, кога има риск, как се реагира при интеркурентно заболяване, какви ваксини се обсъждат, какво се казва за храненето, кога симптомите са тревожни и какви документи са необходими.

Заключителна идея

ОПЛ не замества акушер-гинеколога. Но той осигурява навременно насочване, общомедицинска безопасност, координация и човешка подкрепа. Когато тази роля се изпълнява добре, бременната жена получава по-сигурна и по-последователна грижа.