

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

С.И. ВЕДИЦЕВ¹

Э.М. ОСМАНОВ¹

Е.В. ЖЕРНАКОВ²

А.С. ПЫШКИНА¹

У.В. ЖАБИНА¹

¹⁾ Тамбовский государственный университет имени Р.Г. Державина

²⁾ Белгородский государственный национальный исследовательский университет

e-mail: zhernakova@bsu.edu.ru

Невынашивание беременности (НБ) - проблема, значение которой не только не уменьшается со временем, но, пожалуй, даже возрастает. В настоящее время, по официальным данным, в России женщины составляют 53% населения. Из них только 45,7% (36 млн.) находятся в репродуктивном возрасте. Причем поскольку под репродуктивным статистики понимают возрастной диапазон от 15 до 49 лет, реальное число женщин, находящихся в активном репродуктивном возрасте, значительно меньше. В условиях низкой рождаемости положительный исход каждой беременности — важнейшая задача, как для акушеров-гинекологов, так и неонатологов

Ключевые слова: беременность, своевременные роды, преждевременные роды, акушерско-гинекологическая помощь, материнская смертность.

Существенная роль в сохранении и укреплении здоровья населения принадлежит охране материнства и детства как системе государственных, медицинских и общественных мероприятий, направленных на охрану здоровья матерей и детей, а также обеспечение выполнения важнейшей социальной функции женщины - рождения и воспитания ребенка.

В условиях политических, социальных и экономических изменений в России, ухудшения качества жизни, социальной напряженности, снижения жизненного уровня населения, женщины в период беременности и родов становятся одной из наиболее уязвимых групп населения. Снижение показателей рождаемости идет параллельно с ухудшением состояния здоровья беременных. Это приводит к тому, что сегодня меньше половины родов - нормальные. Ежегодно в мире от осложнений беременности и родов умирают около 536 тыс. женщин. Среднемировой показатель материнской смертности составляет 400 случаев на 100 тыс. живорожденных, варьируясь от 9 в развитых странах до 450 в развивающихся [1, 6, 15]. Отмечается рост заболеваемости беременных анемиями, болезнями системы кровообращения, болезнями мочеполовой системы, поздним гестозом [2,8,18]. Это свидетельствует о том, что широкое распространение в последние годы гинекологической и соматической патологии среди женщин фертильного возраста приводит к повышению частоты осложнений беременности и родов, различных нарушений репродуктивного здоровья [2,8,18].

Среди важнейших проблем практического акушерства одно из первых мест занимает невынашивание беременности, частота которого составляет 20%, а по некоторым данным – 30%, т. е. практически теряется каждая 4-я беременность, и не имеет тенденции к снижению, несмотря на многочисленные и высокоэффективные методы диагностики и лечения, разработанные в последние годы. Полагают, что в статистику не входит большое количество очень ранних и субклинически протекающих выкидышей [1, 2, 4, 10, 13, 14].

Невынашивание беременности — самопроизвольное прерывание беременности в сроки от зачатия до 37 недель, считая с первого дня последней менструации. Прерывание беременности в сроки 28-37 недель называют преждевременными родами. Частота их составляет 6-10%. Наличие одних преждевременных родов увеличивает их риск при последующей беременности в 4 раза, двух преждевременных родов — в 6 раз. Большинство специалистов, занимающихся проблемой невынашивания, в настоящее время приходят к выводу о том, что достаточно двух последовательных выкидышей, чтобы отнести супружескую пару к категории привычной потери беременности с последующим обязательным обследованием и проведением комплекса мер по подготовке к беременности [5, 7, 12, 13, 16].

На частоту вынашивания беременности оказывает влияние достаточно большое количество различных факторов: иммунологические, нейроэндокринные,



экстрагенитальные, инфекционные, тромбофилические, хромосомные аномалии, осложнения, связанные с беременностью, патология матки и социально обусловленные [1, 5, 9, 11, 17]. Хронические воспалительные заболевания придатков матки не менее чем у 25-31% женщин протекают с гормональной недостаточностью яичников. Инфекционно-воспалительные заболевания гениталий способствуют возникновению не только преждевременных родов, но и других осложнений беременности и родов: аномалий родовой деятельности, несвоевременного излития околоплодных вод, внутриутробного инфицирования. Инфицирование плодного пузыря при неспецифических вагинитах, бактериальном вагинозе, вагинальном кандидозе и других инфекциях приводит к его преждевременному разрыву, что является одним из наиболее частых осложнений преждевременных родов [4, 5, 12, 14]. Медико-социальная значимость преждевременных родов обусловлена относительно высокими репродуктивными потерями [15, 17, 20].

Неблагоприятная ситуация в сфере репродуктивного здоровья населения требует разработки и реализации комплексных мер по профилактике его нарушений, что невозможно без углубленного медико-социального исследования проблемы (Е.И.Клещенко, 2006; Т.Ю. Филиппова, 2006). При этом весьма актуальной является проблема предупреждения невынашивания беременности.

Цель исследования – изучить медико-социальную характеристику женщин с невынашиванием беременности на региональном уровне.

Амбулаторная акушерско-гинекологическая помощь в области осуществляется 9 женскими консультациями, 26 акушерско-гинекологическими кабинетами, 2 Центрами планирования семьи, 1 медико-генетической консультацией, 518 ФАПами. Стационарная помощь роженицам и родильницам оказывается в 14 акушерских отделениях, 2 из которых расположены в типовом здании, а остальные в приспособленных зданиях, и в 28 гинекологических отделениях. Интенсивная помощь беременным и родильницам осуществляется в общей реанимации.

В целом общее число акушерско-гинекологических коек уменьшилось за 3 года на 8%, число коек для производства аборт - на 25%. В структуре акушерских коек на 2% возросла доля коек патологии беременности. Число беременных женщин, поступивших под наблюдение в женские консультации области до 12 недель, увеличилось за 3 года на 10%.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 57 беременных с угрозой прерывания беременности в сроках гестации от 18 до 31 нед., возраст которых колебался от 22 до 36 лет. Средний возраст составил $29,0 \pm 0,8$ года. Возраст менархе у находившихся под наблюдением беременных варьировал от 11 до 15 лет ($13,0 \pm 0,3$ года). Продолжительность менструального цикла колебалась от 29 до 80 дней.

В соответствии с программой исследования использовался комплекс методов: социально-гигиенические, социологические, выкопировка данных из учетно-отчетной медицинской документации, математико-статистические.

Специально разработанная анкета включала вопросы, касающиеся паспортных данных, места и условий работы, жилищных и материальных условий жизни женщины. Изучались наличие вредных привычек, характер отношений в семье, особенности репродуктивного и контрацептивного поведения. Учитывалось наличие гинекологических заболеваний, оперативных вмешательств, а также инфекций, передающихся половым путем. Изучали характер менструальной (возраст менархе, особенности менструального цикла и его нарушения) и репродуктивной функции (число беременностей, их течение, исход). Материалы анкетирования дополнялись сведениями, полученными из медицинской документации.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с применением стандартных пакетов программ прикладного статистического анализа (Statistica 6.0, Microsoft Excel). Анализировались среднее арифметическое (M), ошибка среднего арифметического (m), частота ($M \pm m, \%$). Вероятность ошибки оценивали по критерию Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение. Медико-социальный портрет больных с невынашиванием беременности в нашем исследовании был представлен

следующим образом: превышение числа женщин в возрасте 30 лет и старше, (31,8%), преобладание числа незамужних женщин и состоящих в гражданском браке (26,5%), преобладание лиц с массой тела менее 60 кг (39,6%) и ростом 153-166 см (54,8%), оценивающих состояние своего здоровья как «неудовлетворительное» (21,4%), с наличием альгодисменореи (48,6%), имевших заболевания до беременности (32,2%), во время беременности (55,7%), а также осложнения беременности (50,3%), среди которых ведущее место занимала «угроза прерывания» (54,1%), число госпитализированных во время беременности составило 61,4%. Среди сельских жительниц наиболее распространенной гинекологической патологией в анамнезе был аднексит, его доля составила 39,2%, далее следовали эрозия шейки матки (15,3%), киста яичника (11,6%), миома матки (по 10,1%).

Акушерский анамнез был отягощен самопроизвольными выкидышами и медицинскими абортами в прошлом у 27,6% первородящих и у 15,3% повторнородящих. Важной характеристикой состояния репродуктивного здоровья женщин является гинекологическая заболеваемость, уровень которой практически по всем нозологическим формам остается на высоком уровне. При анализе гинекологического анамнеза у обследованных женщин были выявлены те или иные инфекции половых путей – воспалительные заболевания матки и придатков (23,5%). Наиболее часто среди женщин с невынашиванием беременности встречаются бактериально-вирусные ассоциации, а длительная персистенция вирусной инфекции приводит к состоянию иммунодефицита. Не отмечали случаев генитальных инфекций до настоящей беременности (12,7%).

У всех больных выявлена нормогонадотропная недостаточность яичников. Хроническое двухстороннее воспаление придатков матки подтверждено у 7 женщин с привычным невынашиванием. Миоматозные узлы имелись у 20,7±5,2% женщин, которые располагались субсерозно у 3 женщин, у двух – интрамурально, у одной – субсерозно–интрамурально, а у одной беременной имелась множественная миома матки. При миоме матки угроза прерывания беременности отмечается у 30-75% женщин, и беременность завершается выкидышем или преждевременными родами. Беременность прерывается, если расположение узлов и размеры матки неблагоприятны для ее развития.

Масса тела является одним из важных показателей здоровья. Недостаточный или избыточный вес является фактором риска нарушений репродуктивной системы. В нашем исследовании индекс массы тела (определили по формуле $ИМТ = m/h^2$, где m – масса тела, кг, h – рост, м) варьировал от 14,6 до 34,9 (23,6±0,7). Дефицит массы тела имелся у 3 женщин, ожирение I и II степени – у 9.

Опираясь на данные комплексного обследования, женщинам из группы внимания рекомендуется: освобождение от контакта с вредными производственными факторами, динамическое наблюдение в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, а также санаторно-курортное лечение, направленное на коррекцию выявленных факторов риска. Беременным, относящимся к группе неблагоприятного прогноза, назначается амбулаторное лечение с учетом выявленных факторов риска невынашивания беременности. Женщины из группы высокого риска должны быть направлены на стационарное лечение, с учетом выявленных факторов риска невынашивания беременности. Важным направлением в работе женской консультации должна стать лечебно-профилактическая помощь женщинам с привычным выкидышем в анамнезе.

По мнению Ярославского В.К. [21], решение проблемы невынашивания беременности во многом определяется внедрением в практику здравоохранения организационных, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий на уровне всей популяции беременных.

Список литературы

1. Айламазян, Э.К. Патогенез нормогонадотропной ановуляции / Э.К. Айламазян // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1994. - № 1. – С. 46-55.
2. Иванов А.Г. Комплексная медико-социальная оценка репродуктивного потенциала современной молодежи (на модели Тверской области): автореф. дис. докт. мед. наук. – Рязань, 2005. – 46 с.
3. Кошелева, Н.Г. Невынашивание беременности, этиопатогенез, диагностика и лечение / Н.Г. Кошелева и др. // учеб. пособие. – СПб., 2002. – 59 с.



4. Кулаков, В.И. Репродуктивное здоровье населения России / В.И.Кулаков // Акушерство и гинекология. – 2002. – № 2. – 4-7.
5. Этические и правовые аспекты акушерско-гинекологической помощи в современной России / В.И.Кулаков[и др.] // Акушерство и гинекология 2005. – С. 3-8.
6. Клещенко, Е.И. Факторы, определяющие перинатальное здоровье и приоритетные направления медико-социальной помощи женскому населению Краснодарского края / Е.И. Клещенко. – М., 2005. – 272 с.
7. Линде, В.А.Эпидемиологические аспекты невынашивания беременности (обзор литературы) / В.А. Линде, Н.А. Татарова // Проблемы репродукции, 6, 2006. – С. 89-92.
8. Медик, В.А. Экологические аспекты репродуктивного здоровья женщин на региональном уровне / В.А. Медик, Н.Б. Тимофеева // Окружающая среда и репродуктивное здоровье женщины. – 2005. – Т. LIV. – № 1. – 87-92.
9. Османов, Э.М. Влияние алкоголя на репродуктивное здоровье женщин. Вестник Тамбовского университета. Серия Естественные и технические науки / Э.М. Османов, А.С. Пышкина // Том 15, вып. 1, 2010. – С. 59-62.
10. Потапова, С.В. Невынашивание беременности как медико-социальная проблема (распространенность, факторы риска, профилактика) автореф. дис. канд. мед. наук / С.В. Потапова // Рязань. 2008. – 25 с.
11. Радзинский, В.Е. Генетические и иммунологические аспекты привычного невынашивания беременности / В.Е. Радзинский, Е.Ю. Запертова, В.В. Мисник // Акушерство и гинекология 2005. – С. 24-29.
12. Серов, В.Н. Организация акушерско-гинекологической помощи при привычном невынашивании беременности. Невынашивание и недонашивание / В.Н. Серов. – М., 1984. – С.20-24.
13. Репродуктивные потери (клинические и медико-социальные аспекты) / В.Н. Серов [и др.] - М.: «Триада-Х».-1997. 188 с.
14. Сидельникова, В.М. Невынашивание беременности – современный взгляд на проблему / В.М. Сидельникова // Акушерство и гинекология, 2007, №5. С. 24-27
15. Ушакова, Г.А. Репродуктивное здоровье современной популяции девочек / Г.А. Ушакова, С.И. Елгина, М.Ю. Назаренко // Акуш. и гин. 2006; 1: 34-39.
16. Филиппова, Т.Ю. Медико-организационные технологии в снижении репродуктивных потерь как один из компонентов решения демографической политики региона: автореф. дис. . докт. мед. наук / Т.Ю. Филиппова. – М., 2006. – 48 с.
17. Фролова, О.Г. Медико-социальные аспекты преждевременных родов / О.Г. Фролова, Н.А. Дурасова // Акушерство и гинекология, 2008, №3. – С. 48-50.
18. Шемаринов, Г.А. Анализ социально-гигиенических факторов и ресурсного обеспечения службы родовспоможения и их роль в укреплении здоровья женщин репродуктивного возраста: автореф. дис. докт. мед. наук. Г.А. Шемаринов. – М., 2005. – 48 с.
19. Юрьев, В.К. Методология оценки и состояние репродуктивного потенциала девочек и девушек / В.К. Юрьев // Пробл. соц. гигиены и истории медицины. 2000. – № 4. – С.3-5.
20. Юсупова А.Н., Ан А.В.Преждевременные роды - фактор риска материнской смертности // Здравоохранение Российской Федерации. – 2010. – № 5. – С. 38-40
21. Ярославский, В.К. Применение низкоинтенсивного лазера в акушерстве (обзор литературы) / В.К. Ярославский, А.С. Беднарский // Росс. вестн. перинат. и пед. – 1993. – Т. 38. – № 6. – С. 8-11.

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF PREMATURE DELIVERY

S.I. VEDISCHEV¹
A.M. OSMANOV¹
E.V. ZHERNAKOV²
A.S. PYSHKIN¹
U.V. ZHABINA¹

¹*Tambov State University*

²*Belgorod National Research University*

e-mail: zhernakova@bsu.edu.ru

Premature delivery is a problem which's value does not decrease with time, but perhaps even increase. Currently, according to the official data, in Russia women constitute 53% of the population. Only 45.7% of them (36 million) are in their reproductive ages. Moreover, since under the reproductive age range of statistics understands interval from 15 to 49 years old, exact number of women in active reproductive ages is much less. In condition of low child birth rate a positive outcome of each pregnancy is a critical challenge for obstetricians and neonatologists.

Key words: pregnancy, delivery, abortions, premature delivery, obstetric aid, maternal death.