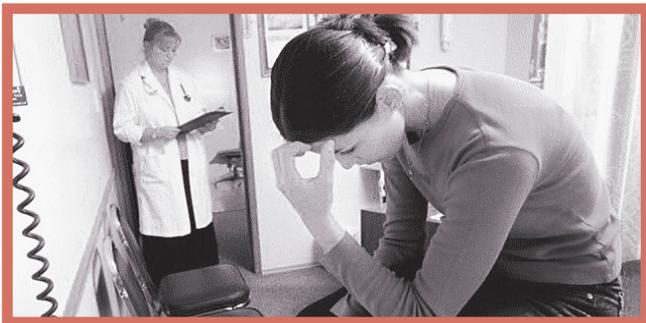


РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ И ПРОБЛЕМА НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

М.С. Селихова, проф., **Е.А. Захарова**, **В.В. Скворцов**, докт. мед. наук
Волгоградский государственный медицинский университет
E-mail: vskvortsov1@ya.ru

Представлено обоснование оптимальной модели репродуктивного поведения женщин с неразвивающейся беременностью в анамнезе. Делается акцент на повышении уровня взаимопонимания между медицинским работником и пациенткой.

Ключевые слова: демографическая ситуация, показатели рождаемости, неразвивающаяся беременность, медицинская помощь.



Демографическая ситуация в Российской Федерации, несмотря на некоторую стабилизацию, остается достаточно напряженной, что привлекает внимание руководства страны и значительной

части общества. Сохранение и укрепление репродуктивного здоровья населения немислимо без охраны материнства и детства. Это – приоритетное направление развития здравоохранения в России. Тем не менее, адекватная оценка всей серьезности и уже практически существующих последствий сложившейся демографической ситуации еще достаточно призрачна.

В 1990-е годы россияне убедительно доказали, что при угрозе экономических потрясений они откладывают на потом создание семьи или вообще отказываются от него. Происходящее сейчас не так серьезно, как во время кризиса 1990-х, но экономическая ситуация остается достаточно сложной. Если учесть мировую геополитическую ситуацию, введение антироссийских санкций, рост инфляции, замедление экономического развития и рост безработицы, ухудшение показателей рождаемости и смертности вполне предсказуемо.

По официальным данным, в России женщины составляют 53% населения, и из них только 36 млн (45,7%) находятся в репродуктивном возрасте. При этом, поскольку под репродуктивным статистики

понимают возраст от 15 до 49 лет, реальное число женщин, находящихся в активном репродуктивном возрасте, значительно меньше [2–8].

Тенденция к сокращению рождаемости у лиц молодого возраста и смещение календаря рождений к старшим возрастам способствовали увеличению среднего возраста рожаящих женщин, и сейчас он у первородящих в нашей стране составляет 28 лет [7].

Женщины в период беременности и родов – одна из самых незащищенных групп населения, особенно на фоне политических, социальных и экономических изменений в России, ухудшения качества жизни, социальной напряженности, снижения жизненного уровня. В складывающихся условиях положительный исход каждой беременности – важнейшая задача не только акушеров-гинекологов, но и всего общества.

Поэтому изучение проблемы невынашивания беременности и, в частности, неразвивающейся беременности (НБ) как существенного фактора, определяющего уровень рождаемости, является одной из важнейших проблем не только современного акушерства, но и социологии.

Несостоявшийся выкидыш (*missed abortion*) — ранняя внутриутробная гибель и задержка плода в полости матки. В научной отечественной литературе в качестве синонимов данных терминов используются понятия «неразвивающаяся», или «замершая беременность» [1].

В структуре репродуктивных потерь частота этой патологии составляет 10–20% (О. Серова, А. Милованов, 2001), а в структуре невынашивания беременности частота НБ достигает 45,0–88,6% от числа самопроизвольных выкидышей на ранних сроках [2].

Нами по специально разработанным анкетам, включающим в себя вопросы медицинского и социального характера, проведено анонимное анкетирование 117 пациенток гинекологических стационаров Волгограда, госпитализированных по поводу НБ в 2013–2015 гг. Проанализированы данные об отношении пациенток с НБ к вопросам, касающимся данной патологии. Обследуемые были в возрасте от 17 до 46 лет (в среднем – $29 \pm 0,73$ года). Большинство выборки составили женщины активного детородного возраста – от 25 до 35 лет. В возрасте ≥ 30 лет было 38,3% пациенток. Число лиц с высшим и незаконченным высшим образованием составило 41,7%. Среди обследованных преобладали служащие (51,9%), каждая 3-я (33,7%) была домохозяйкой; 13,5% составили рабочие и 0,9% – учащиеся. 40,1% пациенток были первобеременными, что отражает крайне неблагоприятный репродуктивный потенциал молодых женщин.

Анализ анкет выявил отягощенный акушерский анамнез в 65,2% случаев; чаще отмечалось самопроизвольное прерывание беременности, в том числе

≥ 2 выкидыша (в 45% случаев). Репродуктивная функция у пациенток с НБ характеризуется тем, что из всего числа предыдущих родов только 33,6% не имели осложнений, а 21,3% пациенток родоразрешены путем операции кесарева сечения. У пациенток исследуемой группы в предыдущих родах наблюдались осложнения родовой деятельности и послеродового периода. Лишь 37% женщин планировали настоящую беременность, из них 43% в течение нескольких месяцев принимали препараты фолиевой кислоты и другие поливитаминные комплексы. 62,3% респондентов утвердительно ответили на вопрос: «Нужно ли готовиться к предстоящей беременности, даже если Вы здоровы?»

Из факторов, оказывающих негативное влияние на состояние здоровья беременной женщины, большинство опрошенных указали малую (< 7 ч) продолжительность сна, наличие вредных привычек (особенно курение, прием алкоголя, наркотиков). 28% беременных выкуривали во время данной беременности 2–3 сигареты в день, 17% – примерно 1 пачку в день, 12% бросили курить, узнав о беременности. 32,1% женщин оценили состояние своего здоровья как неудовлетворительное, 34,1% – как удовлетворительное, 37,8% – как хорошее, и ни одна – как отличное, что свидетельствует об ухудшении соматического здоровья в общей популяции молодых женщин и создании неблагоприятного фона для наступления и правильного развития беременности.

Таким образом, снижение показателей рождаемости происходит параллельно с ухудшением состояния здоровья беременных, и на сегодня менее половины родов являются физиологическими. Ежегодно в мире от осложнений беременности и родов умирают около 536 тыс. женщин. Среднемировой показатель материнской смертности – 400 случаев на 100 тыс. живорожденных детей (от 9 в развитых странах до 1800 – в развивающихся). Перинатальная и детская заболеваемость и смертность, нарушение репродуктивной функции женщины, экономические потери и психологические травмы в значительной степени связаны с досрочным прерыванием беременности [6].

По мнению отечественных и зарубежных авторов, классическими показателями высокого риска НБ являются социально-экономические условия жизни женщины, акушерско-гинекологический анамнез и особенности течения беременности.

Число незамужних и состоящих в гражданском браке женщин, принявших участие в нашем исследовании, составило 36,0%. Уклад жизни в семье, характер отношений между супругами тоже влияют на течение и исход беременности [4]. Расторгнутый брак, психологическая несовместимость супругов, плохие взаимоотношения в семье – весомые аргументы в пользу возникновения эпизода НБ.

Получила подтверждение значимость таких факторов, как отсутствие полной семьи, недостаточный отдых и сверхурочная работа во время беременности. Большое значение имеет контакт с производственными вредностями – шумом, нервно-эмоциональным напряжением, стрессами; у 46,8%, т.е. у каждой 2-й, он имел место.

У беременных, не переведенных на легкую работу (с 12 нед беременности), практически в 7 раз чаще возникала НБ, чем у женщин, трудоустроенных согласно регламенту. 26% пациенток оценили уровень эмоциональной тревожности на работе по шкале от 1 до 5 на 5, что соответствует высокому уровню и, безусловно, является одним из ключевых моментов в патогенезе НБ.

Ввиду существенного влияния на течение и исход беременности социальных факторов при диспансерном наблюдении за беременными женщинами в условиях женской консультации (ЖК) следует учитывать не только показатели состояния здоровья, но и социальные характеристики и психологические ситуации [6].

Анализировалась работа данного звена медицинской помощи. 62,4% женщин оценили работу своего врача в ЖК при планировании данной беременности так: «неплохо, но могло быть и лучше»; 20,8% собираются искать другого врача и лишь 16,8% удовлетворены профессионализмом врача ЖК. Отвечая на вопрос о причинах снижения доверия к врачам в нашей стране, 57,8% женщин отметили низкую квалификацию медицинского персонала; 21% видят причину снижения доверия в формировании негативного мнения о медицинских работниках средствами массовой информации, 21,8% – в снижении интеллектуального и образовательного уровня населения.

Иногда высказывается мнение, что проводить обследование и реабилитацию женщин с перенесенной НБ необязательно, так как при каждой следующей беременности есть 60% шансов доносить ее без обследования и лечения и только 40% – вновь ее потерять. И если материальные возможности ограничены, реабилитацию и обследование можно не проводить, рассматривая перенесенную НБ как проявление естественного отбора. По нашему мнению, обследование и реабилитация женщин, перенесших НБ, должны проводиться в достаточном объеме, но без лишних затрат на неоправданные исследования и лечение.

Наиболее эффективной представляется система мер, состоящая в обследовании, лечении и подготовке к беременности женщин с факторами риска по невынашиванию. Этиотропная и патогенетически обоснованная терапия женщин, страдающих «замиранием» беременности, проводимая в предгестационный период, максимально способствует нормальному течению последующей беременности.

При сложившейся в последние годы ситуации с лекарственным обеспечением населения, связанной в первую очередь с высокой стоимостью многих препаратов, представляется актуальным поиск эффективных немедикаментозных методов лечения и профилактики НБ, доступных и безвредных для матери и плода [8].

В связи с мало меняющейся частотой потери беременности, практически не зависимой от качества медицинской помощи, неблагоприятной ситуацией в сфере репродуктивного здоровья населения требуются разработка и реализация комплексных мер по профилактике его нарушений. Проведенное исследование свидетельствует о том, что проблема невынашивания беременности не может быть решена только за счет лечебно-профилактических мероприятий. Согласно полученным данным, у женщин с НБ в анамнезе состояние репродуктивного здоровья достоверно взаимосвязано как с медицинскими, так и с социальными факторами.

Повышение частоты неразвивающейся беременности на фоне критического снижения рождаемости и вовлечения в репродуктивный процесс значительного числа женщин групп высокого риска, даже несмотря на успехи в профилактике, диагностике и терапии этой патологии, требует обсуждения вопросов профилактики НБ в более широком аспекте, чем только медицинский.

Литература

1. Абжалилова А. Анализ причин неразвивающейся беременности. Новые задачи современной медицины: материалы междунар. науч. конф. (Пермь, январь 2012 г.). Пермь: Меркурий, 2012; 52–7.
2. Кулаков В., Серов В, Шарапова О. и др. Этические и правовые аспекты акушерско-гинекологической помощи в современной России. Акуш. и гин. 2005; 5: 3–8.
3. Макаров О., Лунина С., Сальникова Л. и др. Состояние системы детоксикации ксенобиотиков при терапии угрожающего выкидыша. Врач. 2016; 4: 49–53.
4. Нигматулина Н. Невынашивание беременности: формирование прогностических моделей в условиях крупного промышленного города. Казань, 2004.
5. Серова О., Милованов А. Основные патоморфологические причины неразвивающейся беременности и обоснование прегравидарной терапии женщин. Акушерство и гинекология. 2001; 3: 19–23.
6. Сидельникова В. Привычная потеря беременности. М., 2002.
7. Ситникова Л., Лавлинская Л. Организация медицинской помощи беременным групп высокого риска. Вестн. новых медицинских технологий. 2014.
8. Цидаева Т. Невынашивание беременности в Республике Северная Осетия-Алания: медико-социальные аспекты, организация медицинской помощи, профилактика. М., 2004.

THE REPRODUCTIVE POTENTIAL AND THE PROBLEM OF NON-DEVELOPING PREGNANCY

Prof. M.S. Selikhova; E.A. Zakharova; V.V. Skvortsov, MD
Volgograd State Medical University

The paper provides a rationale for the optimal model of reproductive behavior in women with a history of non-developing pregnancy. The emphasis is laid on a better understanding between a health worker and a patient.

Key words: demographic situation, birth rates, non-developing pregnancy, medical care.