Медико-социальная характеристика беременных женщин Иваново

Д.м.н. А.И. МАЛЫШКИНА[1,2], к.м.н. А.О. НАЗАРОВА[2], асп. Н.В. БАТРАК[1,2], асп. Ю.Н. ЖОЛОБОВ[1], асп. А.А. КОЗЫРИНА[1], студ. Е.Ю. КУЛИЕВА[1], д.м.н., проф. С.Б. НАЗАРОВ[1]

[1]ФГБОУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава России (дир. — д.м.н. А.И. Малышкина); [2]кафедра акушерства и гинекологии, медицинской генетики (зав. — д.м.н. А.И. Малышкина) ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

Sociomedical characteristics of Ivanovo pregnant women

A.I. MALYSHKINA, MD[1,2]; A.O. NAZAROVA, Cand. Med. Sci.[2], N.V. BATRAK, Postgraduate Student[1,2]; YU.N. ZHOLOBOV, Postgraduate Student[1]; A.A. KOZYRINA, Postgraduate Student[1]; E.YU. KULIEVA, Student[1]; Prof. S.B. NAZAROV, MD[1]

[1]V.N. Gorodkov Ivanovo Research Institute of Maternity and Childhood, Ministry of Health of Russia; [2]Department of Obstetrics and Gynecology, Medical Gynetics, Ivanovo State Medical Academy, Ministry of Health of Russia

Цель исследования — анализ медико-социальных особенностей беременных женщин среднего города России (на примере Иваново). **Материал и методы.** Сплошным методом с помощью специальной карты, включающей вопросы по социально-бытовым, материальным условиям, профессиональным особенностям, акушерско-гинекологическому и соматическому анамнезу, были проанкетированы 225 беременных в I триместре беременности, наблюдавшихся в женских консультациях Иваново. **Результаты.** Большинство опрошенных женщин были в активном репродуктивном периоде, состояли в первом зарегистрированном браке, имели доброжелательные семейные взаимоотношения, высшее образование, стабильный доход выше прожиточного минимума, проживали в собственной квартире с хорошими бытовыми условиями, имели собственный транспорт, вели здоровый образ жизни. Беременные женщины в I триместре гестации имели высокую медицинскую активность, были информированы о методах по сохранению здоровья и необходимости принятия мер при планировании беременности. В то же время значительное число женщин (25,8%) находились в незарегистрированном браке или были одинокими (6,7%), испытывали условия семейных конфликтов (21,2%) и совместного проживания с другими членами семьи. В подростковом возрасте становление регулярной менструальной функции отмечалось менее чем у 50% опрошенных. Результаты проведенного исследования демонстрируют, что женщины при планировании беременности и в ранние сроки гестации испытывают неблагоприятное воздействие социально-бытовых, профессиональных, материальных факторов, которые могут явиться причиной возникновения различных осложнений во время беременности. **Заключение.** В задачи женской консультации необходимо включать проведение санитарно-просветительной работы по вопросам коррекции образа жизни, исключения вредных привычек, необходимости соблюдения рекомендаций врача на этапе планирования беременности.

Ключевые слова: беременность, медицинские факторы, социальные факторы, женские консультации, санитарно-просветительная работа, планирование беременности.

Objective. To analyze the sociomedical features of pregnant women from the middle town of Russia (in case of Ivanovo). **Subjects and methods.** A continuous method using a special schedule including questions on social, living, and material conditions, professional characteristics, obstetric/gynecological and somatic histories was employed to question 225 first-trimester pregnant women who had been followed up in the woman's clinics of Ivanovo. **Results.** Most asked women were in active reproductive years, had a first registered marriage, a good family relationship, higher education, stable earnings above the living wage, their own apartment with good living conditions, their own transport, and lived a healthy life. The pregnant women in the first trimester had a high medical activity, were aware of the methods to preserve their health and the need to take measures on pregnancy planning. At the same time, a significant number (25.8%) of the women had an unregistered marriage or were single (6.7%), had family conflicts (21.2%) or lived together with other family members. In adolescence, regular menstrual function occurred in less than 50% of those questioned. The study demonstrated that on planning a pregnancy and in early gestation, the women experienced a negative influence of social, occupational, and material factors that may cause different complications during pregnancy. **Conclusion.** The tasks of a woman's clinic should include health education work on modification of lifestyle, elimination of bad habits, and the need for compliance with a physician's recommendations on pregnancy planning.

Key words: pregnancy, medical factors, social factors, woman's clinics, health education work, pregnancy planning.

Исследования последних лет показали, что основным путем профилактики осложнений беременности, перинатальной патологии и смертности являются своевременное прогнозирование, ранняя диагностика и коррекция факторов риска патологического течения беременности [1, 3]. В условиях социально-экономических потрясений, эко-

© Коллектив авторов, 2014

e-mail: ivniimid@ivnet.ru

логического неблагополучия, изменений общественного поведения, института семьи, роста распространенности инфекционных, экстрагенитальных заболеваний можно ожидать формирования различных патологических состояний гестационного периода. Наиболее значимыми факторами осложненного течения беременности и неблагоприятных перинатальных исходов являются низкий социально-экономический уровень, возраст матери старше 35 лет, курение, осложненный акушерско-гинекологический (воспалительные заболевания половых органов, артифициальные аборты, невынашивание беременности, преждевременные роды) и соматический (сахарный диабет, артериальная гипертензия) анамнез, а также отягощенное течение данной беременности (маточные кровотечения, предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, истмико-цервикальная недостаточность) [4—8]. В структуре гестационных осложнений отмечается достоверное увеличение доли неразвивающейся беременности, самопроизвольных выкидышей ранних сроков, имеется тенденция к увеличению частоты самопроизвольного прерывания первой беременности, развития фетоплацентарной недостаточности [2]. Однако социально-демографические и медико-организационные факторы в разных регионах неоднозначны и для разработки методов профилактики отягощенного течения беременности необходим эпидемиологический подход к определению причин, ведущих к осложнениям гестационного периода.

Цель исследования — анализ медико-социальных особенностей беременных женщин среднего города Российской Федерации (на примере Иваново).

Материал и методы

Изучение медико-социальных особенностей беременных женщин проводили на основании добровольного информированного согласия методом анкетирования, в связи с чем была разработана специальная карта, включающая вопросы по социально-бытовым, профессиональным, материальным условиям жизни, акушерско-гинекологическому и соматическому анамнезу. Всего были проанкетированы сплошным методом 225 беременных в I триместре беременности, наблюдавшихся в женских консультациях Иваново. Изучение силы связи альтернативно варьирующих признаков проводилось с использованием тетрахорического коэффициента сопряженности Чупрова. Различия считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты

Средний возраст обследованных составил 27,2±0,3 года. Срок беременности при постановке на учет в среднем составил 6,9±0,3 нед. При этом 18,6% женщин планировали беременность за 6,5±1,0 мес, из них 77,5% — за 6 мес, 10% — за 6—12 мес, 12,5% — за 12 мес и более, в то время как у 81,4% женщин беременность наступила незапланированно. Возраст отца будущего ребенка составил 3±0,4 года. Среди опрошенных женщин 64% состояли в первом зарегистрированном браке, 3,5% — в повторном зарегистрированном браке, 25,8% — в незарегистрированном браке, 6,7% беременных были одинокими. При этом возраст вступления в настоящий брак составил 23,7±0,3 года. До брака супруги были знакомы от 1 до 2 лет в 33,3% случаев, более 3 лет — в 27,6%, 2—3 года — в 19,8%, 6—12 мес — в 14,5%, менее 6 мес — в 4,8%. Причиной вступления в брак в 93% была любовь, в 14,3% — ожидание рождения ребенка, в 11,4% — общность интересов. В 78,8% наблюдений семейные отношения были спокойными и доброжелательными, в 19,4% отмечались редкие конфликты, в 1,8% — частые конфликты, причинами которых в 45,8% случаев служило отсутствие взаимопонимания, в 29,2% — разногласия в воспитании детей, в 20,9% — материальные проблемы и ограничение жилой площади, в 4,1% — употребление алкоголя. Среди опрошенных женщин 55,6% имели высшее образование, 31,5% — среднее специальное, 12,9% — среднее, при этом 47,4% респонденток были рабочими, 29,1% — служащими, 9% — домохозяйками, 5% — безработными, 5% — учащимися, 4,5% — предпринимателями. 32,9% обследуемых отмечали воздействие на рабочем месте таких неблагоприятных физических факторов, как вибрация, ионизирующее излучение, недостаточное освещение, перепады температуры, шум, 25,3% — частое нервно-психическое напряжение на работе, 22,2% — контакт с пылью и химическими веществами, 11,5% респонденток обращали внимание на наличие физически тяжелой работы и вынужденного положения тела. При этом продолжительность работы в условиях воздействия неблагоприятных факторов составила 5,7±0,6 года.

При оценке социально-бытовых условий установлено, что 91,6% женщин проживали с мужем, 45,8% — с детьми, 39,6% — с другими членами семьи. Среди опрошенных 63,6% жили в отдельной квартире (в среднем 2,1±0,1 комнаты), 19,1% — в собственном доме, 13,3% — в арендуемом жилье, 4% — в коммунальной квартире или общежитии. При этом размер жилой площади на 1 члена семьи в 43,1% случаев составил более 12 м^2, в 35,6% — 9—12 м^2, в 20% — 5—8 м^2, в 1,3% — менее 5 м^2. Бытовые условия со всеми удобствами наблюдались у 82,7% опрошенных, с частичными удобствами — у 16%, без удобств — у 1,3%. Условия своего проживания 66,2% женщин оценили как хорошие, 32,4% — удовлетворительные, 1,4% — плохие.

При оценке материальных условий у 97,8% опрошенных ежемесячный доход складывался из зарплаты, 12,9% беременных имели дополнительный заработок, 8% пациенток получали материальную помощь родственников, 3,5% — социальное пособие. При этом доход на 1 члена семьи более 10 тыс. рублей отмечали 69,4% опрошенных, менее 10 тыс. рублей — 30,6%; 61,8% женщин указали на наличие в семье собственного транспорта, 38,2% — на его отсутствие.

При оценке образа жизни установлено, что 92,6% женщин ежедневно соблюдали правила личной гигиены (умывались, чистили зубы), 66,2% беременных спали по 8—9 ч в сутки, 55,1% — регулярно питались, 32% респонденток соблюдали режим дня, 17,8% опрошенных занимались закаливанием и совершали пешие прогулки.

Ряд беременных имели вредные привычки: продолжали курить во время беременности — 12,4%, употребляли алкогольные напитки — 14,7%.

Большинство (95,4%) опрошенных женщин родились доношенными в сроке 38,7±0,42 нед, длиной — 51,7±0,27 см, массой тела — 3467±44,3 г, 4,6% — недоношенными в сроке 32,3±0,66 нед, длиной — 47,5±2,2 см, массой тела — 2420±217 г. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез по материнской линии (в 1—2 поколениях) отмечали 10% женщин, в том числе в 8,8% случаев наблюда-

лось прерывание беременности в ранние сроки, в 1,2% — рождение детей с аномалиями развития и наследственными нарушениями органов слуха и зрения.

При изучении акушерско-гинекологического анамнеза обследованных беременных выявлено, что средний возраст менархе составил 13,26±0,09 года. В 45,3% случаев менструации установились сразу, в 34,2% — в течение 1 года, в 20,5% — через 2 года и более. Продолжительность их составила 5,17±0,07 дня, периодичность — 27,91±0,18 дней. Средний возраст начала половой жизни составил 17,88±0,13 года, при этом у 54,7% — в возрасте 18 лет и старше, у 35,7% — в возрасте 16—17 лет, у 9,6% — в возрасте 14—15 лет. Половую жизнь до вступления в брак начали 92,9% респондентов. При этом первая беременность наступила в среднем через 5,2±0,3 года после начала половой жизни. Число половых партнеров составило 2,33±0,12. Указали на перенесенные инфекции, передаваемые половым путем, 17% беременных: у 11,1% женщин наблюдался уреаплазмоз, у 10,2% — хламидиоз, в 3,9% случаев отмечались гонорея, сифилис, трихомониаз, микоплазмоз. Из гинекологических заболеваний в анамнезе 27,5% беременных отмечали доброкачественные заболевания шейки матки, 8% — нарушение менструальной функции, 4,9% — эндометриоз, 3,6% — миому матки, 7,1% — воспалительные заболевания влагалища и придатков матки, 4,9% — опухолевые и опухолевидные образования яичников. У 11,1% опрошенных имелись в анамнезе операции на органах репродуктивной системы: в 4% случаев — по поводу эндометриоза, в 3,6% — опухолевых и опухолевидных образований яичников, в 2,2% — бесплодия, в 1,3% — внематочной беременности.

Среди хронических заболеваний у 14,2% женщин имелись заболевания мочевыводящих путей (хронический пиелонефрит, хронический гломерулонефрит, мочекаменная болезнь); 12% — заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, хронический панкреатит, язвенная болезнь, хронический гепатит); 5,8% — различные заболевания щитовидной железы; 3,6% — гипертоническая болезнь, ожирение. Страдали аллергическими реакциями на пищевые продукты 17% опрошенных, на лекарственные препараты — 15,1%, на пыльцу растений — 7,6%. При этом 61,4% женщин оценили состояние своего здоровья как отличное и хорошее, 32% — как удовлетворительное, 0,5% — как неудовлетворительное, 6,1% опрошенных затруднились ответить.

При оценке медицинской активности только 62,7% женщин указали, что получают информацию по сохранению своего здоровья от медицинских работников, 52,9% беременных используют в качестве источника интернет, 33,8% — телевидение, 24,4% респондентов получают информацию от знакомых и друзей, 16% читают научно-популярную литературу; 42,2% опрошенных обращаются к врачу сразу при ухудшении состояния здоровья, 40,8% — только при появлении серьезных симптомов заболевания, 9% — в отсутствие заболевания, с профилактической целью, 8% женщин при заболевании не обращаются к врачу. При этом 82,2% беременных полностью выполняют рекомендации врача; 58,2% беременных женщин занимаются самолечением. При этом 37,3% применяют препараты, устраняющие симптомы заболевания, 18,7% лечатся средствами народной медицины, 6,2% применяют широко рекламируемые препараты. На вопрос: «Какие меры необходимо предпринять супругам при планировании беременности?» 92,4% женщин ответили, что нужно отказаться от употребления алкоголя, 82,7% беременных считают, что нужно отказаться от курения, 25,3% — избавиться от лишней массы тела. При этом 55,1% супружеских пар ничего не предпринимали при подготовке к беременности, 21,3% — отказались от употребления алкоголя, 20,9% — выполнили все необходимые обследования, 13,4% — выполнили все рекомендации по лечению.

При проведении анализа сопряженности признаков выявлено, что семейные пары, имеющие собственное жилье, проживающие в условиях доброжелательных и спокойных семейных отношений, с высоким уровнем дохода, чаще выполняли рекомендации врача ($p<0,05$), однако в этих же семьях достоверно чаще наблюдалось наступление незапланированной беременности ($p<0,05$).

Обсуждение

Таким образом, большинство опрошенных женщин имели благоприятные медико-социальные характеристики (были в активном репродуктивном периоде, состояли в первом зарегистрированном браке в условиях доброжелательных семейных взаимоотношений, имели высшее образование, стабильный доход выше прожиточного минимума, проживали в собственной квартире с хорошими материально-бытовыми условиями, имели собственный транспорт, вели здоровый образ жизни). Беременные женщины в I триместре гестации имели высокую медицинскую активность, были информированы о методах по сохранению здоровья и необходимости принятия мер при планировании беременности.

В то же время каждая третья женщина находилась в незарегистрированном браке или была одинокой. У каждой пятой пациентки наблюдались семейные конфликты, основными причинами которых были отсутствие взаимопонимания и материальные проблемы. Каждая третья женщина находилась в условиях совместного проживания с другими членами семьи. Каждая пятая не имела собственного жилья.

При изучении акушерско-гинекологического анамнеза выявлено, что в подростковом возрасте становление регулярной менструальной функции отмечалось менее чем у 50% опрошенных. Каждая третья женщина имела гинекологические заболевания. Несмотря на то что 82,2% женщин полностью выполняли рекомендации врача, более 50% из них занимались самолечением. Несмотря на свою информированность о необходимости отказа от вредных привычек, 55,1% женщин ничего не предпринимали при подготовке к беременности и более чем у 80% женщин, имеющих вредные привычки, беременность наступила незапланированно.

Выводы

1. Результаты проведенного исследования демонстрируют, что значительное число женщин при планировании беременности и в ранние сроки гестации испытывают неблагоприятное воздействие отдельных социально-бытовых, профессиональных, материальных факторов, которые могут явиться причиной возникновения различных осложнений во время беременности. При этом у 25,8% женщин брак был не зарегистрирован, а 6,7% беременных были одинокими.

2. В связи с этим в задачи женской консультации на этапе планирования беременности необходимо включать

проведение санитарно-просветительной работы по вопросам коррекции профессиональной деятельности, образа жизни, необходимости отказа от вредных привычек, профилактики хронических заболеваний, лечения инфекций, передаваемых половым путем, компенсации соматической патологии и планированию беременности.

3. Одной из важных мер демографической политики государства, направленной на увеличение числа рождений здоровых детей, снижение материнской и младенческой заболеваемости и смертности, следует считать повышение уровня медицинской информированности и медицинской активности женского населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Туманова В.А., Савельев С.В., Титченко Л.И., Баринова И.В., Пырсикова Ж.Ю., Барыкина О.П., Аксенова А.А., Артюков И.А., Виноградов А.В., Барабанов В.Л., Дубинина В.Ю., Романова С.А.* Клиническая, ультразвуковая и морфологическая характеристики хронической плацентарной недостаточности. Акуш и гин 2006; 1: 13—16.
2. *Медведев Б.И., Воропаева Е.Е., Казачков Е.Л., Казачкова Э.А.* Экстрагенитальные заболевания и социальный статус женщин при самопроизвольном аборте. Акуш и гин 2012; 4: 2: 97—102.
3. *Сухих Г.Т., Вихляева Е.М., Ванько Л.В., Ходжаева З.С., Шуршалина А.В., Холин А.М.* Эндотелиальная дисфункция в генезе перинатальной патологии. Акуш и гин 2008; 5: 3—7.
4. *Beeckman K., van De Putte S., Putman K., Louckx F.* Predictive social factors in relation to preterm birth in a metropolitan region. Acta Obstet Gynec Scand 2009; 88: 7: 787—792.
5. *López P.O., Bréart G.* Sociodemographic characteristics of mother's population and risk of preterm birth in Chile. Reprod Health 2013; 10: 26.
6. *Stillerman K.P., Mattison D.R., Giudice L.C., Woodruff T.J.* Environmental exposures and adverse pregnancy outcomes: a review of the science. Reprod Sci 2008; 15: 7: 631—650.
7. *Stokkeland K., Ebrahim F., Hultcrantz R., Ekbom A., Stephansson O.* Mothers with alcoholic liver disease and the risk for preterm and small-for-gestational-age birth. Alcohol 2013; 48: 2: 166—171.
8. *Wellings K., Jones K.G., Mercer C.H., Tanton C., Clifton S., Datta J., Copas A.J., Erens B., Gibson L.J., Macdowall W., Sonnenberg P., Phelps A., Johnson A.M.* The prevalence of unplanned pregnancy and associated factors in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). Lancet 2013; 382: 9907: 1807—1816.