

УДК 612.2+[089.9]+312+612.62/63

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПЛАНИРОВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ

© 2006 г. В.В. Авруцкая

On the basis of Rostov Scientific Research Institute of Obstetrics and Pediatrics within the limits of the program "obstetrical monitoring" during the 5 years 986 women were observed. The program includes ultrasound and dopplermetric control of the development of pregnancy and the state of feto-placental complex, biochemical, immunological, genetic, gynecological, microbiological, virological and psychological following of the pregnant women. At present time the programs of pregnancy planning and postnatal monitoring of women and their infants have been worked out and introduced. Longitudinal investigations and succession of women supervision within the period of the reproductive cycle allow to improve considerably the rates of the reproductive health.

Основной задачей современного акушерства является снижение перинатальной заболеваемости, материнской и детской смертности. С этой целью проводятся многочисленные исследования и ведется разработка новых высокотехнологичных методов. Необходимо признать, что эффективность целевых программ по снижению перинатальной заболеваемости и смертности определяется не только медицинскими факторами, но и медико-социальной активностью населения. По данным социологических исследований в разных субъектах РФ, установлено, что неудовлетворительная информированность женщин по вопросам перинатальной профилактики выявлена у 59,41 % опрошенных, а недостаточное участие их в перинатальной профилактике – у 61,14 % [1]. Одним из главных показателей репродуктивного поведения является информированность населения по вопросам сохранения репродуктивного здоровья и готовности к материнству. В связи с этим подготовка к беременности должна проводиться задолго до ее наступления. Беременность должна быть планируемой, включая обследование и лечение супруга, санацию очагов воспаления, стабилизацию соматического состояния, проведение пре-концепционной профилактики и осознанного отношения к рождению ребенка (психологическая зрелость родителей) [2]. Лонгитудинальное исследование и преемственность наблюдения за женщинами репродуктивного возраста позволяют значительно улучшить показатели репродуктивного здоровья к моменту наступления первой беременности. В систему мониторинга в обязательном порядке включена программа индивидуальной и семейной психотерапии: результаты наших исследований свидетельствуют о том, что нарушение репродуктивной функции в 38 % случаев развивается на фоне психологических дисфункций и психотравм [3]. Большое значение имеет повышение культурного уровня женщин в процессе психофизиологической реабилитации: разработаны и успешно действуют специальные образовательные программы. Мониторинг должен быть системным, дающим максимум информации о здоровье женщин репродуктивного возраста, позволяющим эффективно профилактировать, а не лечить патологию.

В России за последние годы произошло существенное снижение перинатальной заболеваемости и смертности. Однако, по мнению А.И. Никитина [4], дальнейшее снижение этих показателей в большей степени зависит от снижения частоты патологических зачатий, чем от обстоятельств, связанных с осложнениями беременности и родов или от традиционных мероприятий по улучшению уровня медицин-

ского обслуживания. Речь идет не только о внедрении конкретных высокоинформативных методов исследования в каждом триместре беременности, но и о правильной подготовке к беременности. Наша задача состоит в том, чтобы внедрить в работу женских консультаций программу предгравидарной подготовки.

На базе Ростовского НИИ акушерства и педиатрии в рамках программы «Акушерский мониторинг» в течение пяти лет наблюдалось 986 женщин, из них 228 (23,12 %) супружеских пар проходили предгравидарную подготовку. Эти беременные составили основную группу. Основной мотивацией обращения к врачу до беременности явился неблагоприятный исход при предыдущих беременностях. К сожалению, из них с целью планирования беременности к нам обратилось всего 17 (7,46 %) супружеских пар. По данным ряда авторов [2, 5, 6], на уровень репродуктивного здоровья существенно влияет состояние психологического статуса, особенно эмоциональной сферы женщин. Интегральная оценка условий и образа жизни женщин, проживающих в Ростовской области, показала, что пациентки с гинекологической патологией в среднем на 30–35 % имеют больше медико-социальных факторов риска. Проведенные нами исследования в различных возрастных группах женщин на протяжении 5 лет отмечают тенденцию к увеличению числа женщин с высоким уровнем тревожности. Нами проведен анализ результатов тестирования личностной тревожности по Спилбергу–Ханину [7] у пациенток, проводивших предгравидарную подготовку. Согласно существующей классификации, был обнаружен высокий и умеренный уровень личностной тревожности у 78 % женщин (табл. 1). Формирование группы сравнения происходило методом случайной выборки из числа пациенток, обратившихся для обследования и лечения в поликлиническое отделение института акушерства и педиатрии. Группу сравнения составили 610 пациенток. В результате обследования высокий и средний уровень личностной тревожности был обнаружен у 29,8 %.

Подготовка к беременности включала обязательное обследование супружеской пары на инфекции, передаваемые половым путем, с последующим (при необходимости) лечением, консультацию генетика, андролога, эндокринолога, при наличии экстрагенитальной патологии консультации узких специалистов, исследование иммунологических факторов, консультацию психолога с целью коррекции психоэмоционального статуса, периконцепционное лечение женщин фолиевой кислотой.

Таблица 1

**Уровень ситуативной тревожности
у пациенток различных групп**

Уровень тревожности, балл	Группа			
	основная		сравнения	
	Абсолютное значение	%	Абсолютное значение	%
Низкий (до 31)	51	22	428	70,2
Умеренный (31–45)	147	64	120	19,6
Высокий (46 и более)	30	14	62	10,2
Всего	228	100	610	100

В результате проведенного ретроспективного анализа была дана оценка течения беременности и родов. Средний возраст обследуемой группы составил $31,34 \pm 4,4$ г. Большинство пациенток (68,3 %) являлось жителями г. Ростова-на-Дону и крупных городов области. Высшее образование имели 59,5 % пациенток, среднее – 38,1, незаконченное высшее – 2,4 %. Практически у всех наблюдаемых женщин было стабильное семейное положение – 87,6 %. Более половины обследованных имели постоянное место работы – 67,3 %, домохозяйки составили 20,5, временно неработающие и учащиеся – 12,2 %. Среднее количество беременностей в исследуемой группе составило $2,34 \pm 0,27$. Группу сравнения составили 758 (76,88 %) беременных, наблюдавшихся по системе акушерского мониторинга, но не проходившие предгравидарную подготовку. Средний возраст составил $27,62 \pm 4,8$ г. Городскими жителями являлось 72,2 % пациенток. Высшее образование имели 66,81 % пациенток, среднее – 23,34, незаконченное высшее – 9,85 %. Практически у всех наблюдаемых женщин было стабильное семейное положение – 94,03 %. Постоянное место работы имели 58,6 %, домохозяйки составили 23,6, временно не работающие и учащиеся – 17,8 %. Среднее количество беременностей в исследуемой группе составило $2,78 \pm 0,34$.

Исходы предыдущих беременностей и родов представлены в табл. 2.

Степень перинатального риска оценивалась по общепринятой методике в баллах на основании суммы неблагоприятных воздействий в ante- и интранатальном периодах [8]. Сумма баллов всех оцениваемых беременных в основной группе соответствовала высокому риску перинатальной патологии. В группе сравнения удельный вес беременных с высокой и средней степенью риска был выявлен в 60,20 %.

Динамическое наблюдение за беременностью осуществлялось с ранних сроков. В течение беременности трехкратно проводилось микробиологическое обследование, которое выявило уже в первом триместре изменения воспалительного характера в 23,8 % в основной группе и в 63,1 % в группе сравнения. Это потребовало патогенетического лечения, которое проводилось нами после 12 недель беременности, с повторным обследованием на видовую и количественную идентификацию выявленных возбудителей во II и III триместрах беременности. Кроме того, рецидив инфекционного заболевания во время беременности

наблюдается в 2–2,5 раза чаще у пациенток, не проводивших предгравидарную подготовку.

Таблица 2

**Исходы предыдущих беременностей и родов
у пациенток***

Исход беременности	Группа			
	основная		сравнения	
	Абсолютное значение	%	Абсолютное значение	%
Артифициальный аборт	157	68,85	152	20,05
Самопроизвольный аборт	55	24,12	143	18,87
Внематочная беременность	14	6,14	12	1,58
Аntenатальная гибель плода	4	1,75	11	1,45
Срочные роды	68	29,82	236	31,13
Преждевременные роды	39	12,71	23	3,03

* Отсутствие итога 100 % при демонстрации данных в относительных единицах в таблице обусловлено наличием у одной и той же пациентки нескольких диагнозов.

Гормональное обследование в первом и втором триместрах беременности проводилось с целью возможной коррекции гормонального статуса беременной. Проведение генетического скрининга позволило нам выявить у 2 пациенток основной группы хромосомные заболевания плода и у 1 порок сердца плода (1,31 %). В этих случаях беременность была прервана по медицинским показаниям. В контрольной группе прерывание по медицинским показаниям проведено у 12 (1,58 %) беременных. Кроме этого, в I и II триместре беременности проводилось исследование в сыворотке крови матери содержания фактора роста плаценты (ФРП), сосудисто-эндотелиального фактора (СЭФР) и эндотелина-1 [9]. Показанием для проведения метаболической терапии явилось уменьшение более чем в 3 раза содержания ФРП и увеличение в сыворотке крови матери СЭФР и эндотелина почти в 2 раза. Показатели маточно-плацентарной гемодинамики оценивались с 12 недель беременности. По мере прогрессирования гестационного процесса при физиологическом течении беременности сохранялась синхронность изменения периферического сопротивления в обеих маточных артериях [10]. При изменениях в показателях доплерометрии сосудов проводилась спазмолитическая и токолитическая терапия.

Неразвивающаяся беременность в первом триместре наблюдалась у 3 (1,31 %), антенатальная гибель плода в сроке 34 недели беременности была у 1 пациентки (0,44 %). Таким образом, репродуктивные потери во время беременности составили 3,07 %. В группе сравнения неразвивающаяся беременность была у 24 (3,17 %), поздний аборт произошел у 2 (0,26 %) пациенток, антенатальная гибель плода в 32–34 недели беременности – у 3 (0,4 %). Репродуктивные потери во время беременности в группе сравнения составили 5,41 %. Это подтверждает постулат о необходимости

предгравидарной подготовки. Наиболее интересными, на наш взгляд, являются сравнения течения беременности и родов в группе женщин, находившихся под наблюдением в высокоспециализированном стационаре без подготовки к беременности, и женщин, проводивших предгравидарную подготовку. Физиологическое течение беременности было у 121 (53,07 %) женщины основной группы и у 264 (34,83 %) беременных группы сравнения. Своевременная коррекция отклонений в течение беременности с ранних сроков предопределяет, по нашему мнению, относительно благоприятное течение беременности. Все осложнения гестации протекали в легкой форме и по частоте не превышали показателей в норме. Признаки угрозы прерывания беременности в различные сроки гестации отмечались у 66 (28,95 %) женщин контрольной группы и 242 (31,92 %) в группе сравнения. Проявления гестоза второй половины беременности были у 8 (3,51 %) беременных основной группы и 50 (6,6 %) группы сравнения. Частота возникновения поздних гестозов беременных в популяции колеблется от 1,0 до 12,6 % и играет ведущую роль в структуре материнской и перинатальной смертности. Необходимо отметить, что мы не получили ни одного случая тяжелых форм гестоза ни в одной из групп. Признаки фетоплацентарной недостаточности отмечались у 16 (7,02 %) беременных основной и у 71 (9,37 %) контрольной групп. Преждевременные роды произошли у 10 (4,39 %) женщин основной и у 49 (6,46 %) женщин контрольной групп. Одним из значимых, на наш взгляд, показателей является отсутствие в основной группе плодов с внутриутробной задержкой развития (ВУЗРП), тогда как в группе сравнения внутриутробная задержка развития плода наблюдалась у 41 (5,41 %) беременной (табл. 3).

Таблица 3

Течение беременности у женщин различных групп

Течение беременности	Группа			
	основная		сравнения	
	Абсолютное значение	%	Абсолютное значение	%
Физиологическое течение	121	53,07	264	34,83
Угроза прерывания	66	28,95	242	31,92
Гестоз	8	3,51	50	6,6
Фетоплацентарная недостаточность	16	7,02	71	9,37
Преждевременные роды	10	4,39	49	6,46
ВУЗРП	0	0	41	5,41
Репродуктивные потери во время беременности	7	3,06	41	5,41
Всего	228	100	758	100

Оперативное родоразрешение произведено у 51 (23,08 %) беременной основной группы и у 149 (19,66 %) – группы сравнения. Техника оперативного родоразрешения и ведение послеродового периода не отличались от общепринятых. В основной группе умер один ребенок с диагнозом респираторный дистресс-синдром у женщины с преждевременными родами в сроке 32 недели гестации. В контрольной группе в раннем неонатальном периоде умерло 4 новорожденных. Остальные дети родились с оценкой по шкале АПГАР 7–9 баллов. Перинатальная смертность в основной группе составила 9, в группе сравнения – 9,72 %.

Обязательным моментом в решении задач репродуктивного здоровья является ведение и восстановление женщин после родов, так как мы говорим о планировании последующих беременностей. В настоящее время в институте разработан и успешно внедрен в работу «послеродовой мониторинг». Он включает в себя наблюдение не только новорожденного, но и женщины в течение года после родов с подбором режима контрацепции и обязательной психологической коррекцией возможных послеродовых депрессий. Учитывая все вышесказанное, на наш взгляд, необходимо внедрение «репродуктивного мониторинга», который наиболее полно отвечает задачам современного акушерства. Кроме того, общественное здоровье должно рассматриваться как социально-политическая категория. Именно поэтому назрела необходимость разработки интегральных технологий, включающих научные, методические и практические достижения на основе всей совокупности факторов, влияющих на репродуктивное здоровье.

Литература

1. Руководство по охране репродуктивного здоровья. М., 2001.
2. Чернуха Е.А. Кто должен проводить подготовку беременной к родам. М., 2003.
3. Агаджанян Н.А. и др. // Вестн. восстановительной медицины. 2004. № 4. (10) С. 35–38.
4. Никитин А.И. Вредные факторы среды и репродуктивная система человека (ответственность перед будущими поколениями). СПб., 2005.
5. Васильева В.В. Психофизиология женской репродукции. Ростов н/Д, 2005.
6. Турченко Н.М. Психологические аспекты прогнозирования невынашивания беременности. Ростов н/Д, 2004.
7. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство. СПб., 2001.
8. Башимакова М.А., Савичева А.М. // Проблемы репродукции. 2000. № 1. С. 20–24.
9. Орлов А.В. Скрининговые маркеры физиологической и осложненной беременности: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Ростов н/Д, 2006.
10. Ботаева Т.Л. и др. Прогнозирование течения беременности и исходов родов по данным комплексного динамического ультразвукового скрининга. Ростов н/Д, 1998.