

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

А.М.Киселев, О.Е.Коновалов

Комитет по охране здоровья населения администрации г.Тамбова
ГОУ ВПО Российский университет дружбы народов, г.Москва

В статье приводится характеристика современных тенденций гинекологической заболеваемости и репродуктивного здоровья женского населения России. Рассматриваются факторы риска репродуктивных потерь у женщин позднего фертильного возраста. Дана оценка сложившейся структуры акушерско-гинекологической службы в стране.

Ключевые слова: *репродуктивное здоровье, поздний фертильный возраст, медико-социальные аспекты.*

Согласно определению ООН (1994), *репродуктивное здоровье* - это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней во всех сферах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов. В условиях сложившейся демографической ситуации, которая характеризуется выраженной депопуляцией большинства регионов Российской Федерации, проблема профилактики гинекологических заболеваний и нарушений репродуктивного здоровья женского населения приобретает особую значимость.

Оценка информации о репродуктивном здоровье населения имеет важное значение для выработки стратегии и тактики его сохранения и восстановления. Современные показатели репродуктивного здоровья населения России характеризуются негативными тенденциями, о чем свидетельствуют большое число осложнений беременности и родов; сохраняющиеся высокими уровни материнской смертности, гинекологической заболеваемости; высокая распространенность бесплодия, невынашивания беременности; рост распространенности инфекций, передающихся половым путем [1,2,11].

Реализация системы охраны репродуктивного здоровья населения России определяет необходимость оптимизации организационных форм оказания акушерско-гинекологической помощи женщинам, в том числе позднего фертильного возраста (35 – 49 лет). Женщины указанного возраста относятся к группе повышенного риска в отношении акушерско-гинекологической патологии.

Приводятся данные, что возраст беременной женщины оказывает существенное влияние на течение беременности и ее исход [10]. Так, более чем у половины женщин, имеющих первую беременность в возрасте старше 30 лет, развивается угроза ее прерывания. При этом критическим периодом следует считать первый триместр беременности.

Необходимо отметить, что реальная распространенность гинекологических заболеваний значительно выше статистических данных. Специальные исследования показывают, что 40 – 60% женщин в активном репродуктивном возрасте страдают гинекологическими заболеваниями, однако далеко не все обращаются к врачу [20].

В связи с ухудшением состояния здоровья женщин получила дальнейшую тенденцию к росту невынашивания беременности, частота которого колеблется от 10% до 25% [17].

Рост числа случаев воспалительных заболеваний половой сферы и ИППП, высокий уровень аборт, значительная частота нарушений гормонального баланса приводят к бесплодию в браке. В настоящее время около 15% супружеских пар страдают бесплодием, а в структуре бесплодного брака 50 – 60% составляет женское бесплодие. Такое количество случаев нарушения фертильности является проблемой многих индустриальных стран и признается одной из приоритетных задач национальных программ. Число разводов среди бездетных пар в среднем выше в 6 – 7 раз, чем в популяции в целом [13,19].

Исследователи отмечают наличие тесной связи женского репродуктивного здоровья с техногенным загрязнением окружающей среды. Установлено, что существенное влияние на течение беременности оказывают профессиональные вредности химической и физической природы. Приводятся данные [7], что у 78% беременных, проживающих на загрязненной

территории, развивалась угроза прерывания беременности, тогда как в экологически благополучном районе эта патология развивалась только у 25% беременных.

Также важнейшим фактором, влияющим на здоровье женщин, являются условия труда. По данным Государственного комитета Российской Федерации по статистике, в неблагоприятных условиях работают 3,6 млн. женщин, а 285 тысяч – трудятся в особо тяжелых условиях. У беременных женщин, работающих стоя, частота преждевременных родов составляет 6,3% и в 1,5 раза превышает аналогичный показатель среди беременных работающих сидя. Наряду с этим, продолжительность рабочей недели более 42 часов в неделю статистически достоверно повышает вероятность невынашивания беременности. Более чем у трети женщин, подвергавшихся воздействию тяжелых металлов (свинца, цинка, кадмия) в производственных условиях произошло самопроизвольное прерывание беременности, а у двух третьих – роды случились преждевременно [3].

Исследование здоровья женщин, занятых в сельскохозяйственном производстве, выявило, что работа с пестицидами существенно повышает риск невынашивания беременности. Частота самопроизвольных аборт и преждевременные роды среди них выше практически в 2 раза, чем в контрольной группе [9].

Нерациональное питание и дефицит веса у одной пятой женщин в первом и втором триместрах беременности приводит к угрозе прерывания беременности, а у 30% она заканчивается раньше установленного срока. Наряду с этим, у беременных, страдающих ожирением, частота преждевременных родов в 2,2 раза превышает аналогичный показатель среди таковых с нормальным весом [15].

Современная стратегия ВОЗ (WHO Report, 1995) в области репродуктивного здоровья ориентирована на:

1. Улучшение дородовой помощи, помощи при родах, после родов и помощи новорожденным.
2. Предоставление услуг по планированию семьи, включая услуги связанные с бесплодием.
3. Ликвидация небезопасных аборт.
4. Борьба с инфекциями, передаваемых половым путем и другими гинекологическими заболеваниями.

В Российской Федерации улучшение качества и совершенствование организации медико-социальной помощи женщинам и детям является одним из основных направлений по снижению уровня перинатальной патологии, смертности новорожденных и материнской смертности [22]. Однако, по данным социологических опросов, акушерской помощью не удовлетворены 18 - 30% родильниц, 40% женщин после кесарева сечения и практически все - при потере ребенка [16].

Приказом Минздрава РФ №50 от 10.02.2003 г. «О совершенствовании организации акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях» невынашивание беременности, неразвивающаяся беременность или ее осложнения в анамнезе отнесены к дополнительным факторам риска перинатальной патологии. Наряду с этим, в приказе приведены показания к госпитализации в стационар дневного пребывания. Показаниями для направления в дневной стационар могут явиться угроза прерывания беременности в I, II триместре при отсутствии невынашивания беременности в анамнезе и сокращенной шейки, проведение медико-генетического обследования, включающего инвазивные методы и др.

Все беременные подразделяются на три группы динамического наблюдения: I - здоровые, II – практически здоровые и III – больные. К первой группе относятся беременные, не страдающие экстрагенитальной и гинекологической патологией, не имеющие факторов риска перинатальной патологии, не находившиеся на больничном листе в течение беременности и доносивающие ее до срока. Вторая группа объединяет беременных, у которых не выявлено гинекологических и экстрагенитальных заболеваний, имеющих низкую степень риска развития перинатальной патологии без осложнений в течении беременности. В третью группу входят беременные имеющие гинекологическое или экстрагенитальное заболевание.

К факторам высокого риска перинатальной патологии относятся: низкий уровень доходов на одного члена семьи, беременность в 40 лет и старше, первая беременность в возрасте 35 лет, статус матери-одиночки, вес женщины менее 40 кг, более 80 кг, рост менее 157 см, недостаточное питание и физические недостатки [14].

По данным Т.П. Васильевой (2001), своевременная и высокоэффективная помощь беременным группы риска (в том числе и по невынашиванию) позволяет нивелировать негативные

последствия патологического течения беременности и родов и добиться в 87,7% случаев рождения детей с высокими показателями жизнеспособности.

При работе с беременными из группы высокого риска особое внимание следует уделять рационально выбранной тактике родоразрешения ведения периода новорожденности. Следование этим принципам в 93-95% случаев позволяет завершить беременность рождением жизнеспособного и в большинстве наблюдений здорового ребенка [11,17].

В практику учреждений родовспоможения внедрены современные семейно-ориентированные организационные и перинатальные технологии (партнерская подготовка к беременности и родам, индивидуальное размещение женщин во время родов и после них, в том числе, с участием родственников, свободный режим вскармливания и другие [4].

Рациональная организация перинатальной помощи, основанная на внедрении высокотехнологичных методов диагностики и лечения является необходимым условием безопасного материнства [18]. Опыт зарубежного и отечественного здравоохранения в области охраны здоровья матери и ребенка позволяет сделать вывод, что трехуровневая система организации акушерско-неонатальной помощи является наиболее эффективной. На третьем уровне в этой системе находится перинатальный центр, который позволяет сконцентрировать в одном месте значительное число беременных высокого риска и их детей с экономически оправданным обеспечением высококвалифицированными кадрами и современным оборудованием. Каждый перинатальный центр включает три взаимосвязанных блока: консультативно-диагностический, акушерский и педиатрический.

Перинатальные центры в России начали организовываться согласно приказу № 881 от 15.12.88 г. «О создании перинатальных центров в нашей стране». К началу 2002 г. в стране функционировал 81 перинатальный центр. Уровни материнской, перинатальной и младенческой смертности в регионах, где успешно функционируют перинатальные центры в 1,5 – 2 раза ниже по сравнению с таковыми, не имеющими перинатальных центров [5,21].

В основе профилактики осложнений беременности должно лежать создание условий, обеспечивающих возможность сохранения её здоровье и благоприятного развития плода [22].

В настоящее время в Российской Федерации насчитывается около 300 Центров планирования семьи и репродукции, входящих в номенклатуру учреждений здравоохранения. Они организованы преимущественно на базе областных (краевых, республиканских) больниц, иногда являются самостоятельными учреждениями или структурными подразделениями больниц, перинатальных центров, родильных домов, диагностических центров [12].

Во многом благодаря профилактическим мероприятиям реализуемым центрами планирования семьи, в последние годы в Российской Федерации наметилась отчетливая тенденция снижения частоты абортов, являющихся одним из наиболее значимых фактором риска невынашивания беременности. За последние 5 лет абсолютное число абортов снизилось на 28,6%, а криминальных - более чем в 2,5 раза, существенно увеличился охват женщин современными методами контрацепции [8].

Таким образом, решение такой актуальной медико-социальной проблемы как профилактика нарушений репродуктивного здоровья женщин различных возрастных групп должно носить комплексный характер, основываться на принципах преемственности и тесного межведомственного взаимодействия различных служб.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксем С.М. Научное обоснование организации работы гинекологического отделения стационара экстренной помощи в условиях медицинского страхования: автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.М. Аксем. – СПб., 2005. – 18 с.
2. Альбицкий В.Ю. Репродуктивное здоровье и поведение женщин России / В.Ю.Альбицкий, А.Н.Юсупова, Е.И.Шарапова, И.М.Волков. – Казань: Медицина, 2001. – 248 с.
3. Бодрова С.А. Медико-социальное исследование нарушений репродуктивного здоровья женщин, занятых в промышленности: автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.А. Бодрова. – Рязань, 2004. – 21 с.
4. Брынза Н.С. Научное обоснование инновационной модели медицинской помощи роженицам и родильницам, опирающейся на семейно-ориентированные технологии родовспоможения / Н.С.Брынза: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 2010. – 44 с.
5. Бурмистрова Т.И. Организация службы охраны здоровья матери и ребенка и современные технологии снижения фетоинфантильных потерь в Приморском крае: автореф. дис. ... докт. мед.

наук / Т.И. Бурмистрова. – М., 2006. – 48 с.

6. Васильева Т.П. Управление качеством воспроизводства населения (теоретические и медико-социальные аспекты) / Т.П.Васильева, Г. И. Куценко, Л.В.Посисеева и др. – Иваново, 2001. – 284 с.
7. Гаврилова Е.Г. Течение, исход беременности и профилактика осложнений у жителей г.Орла /Е.Г.Гаврилова // Материалы V Российского форума «Мать и дитя». – М., 2003. – С.45.
8. Дьяченко В.Г. Охрана здоровья матери и ребенка в условиях социально-экономических реформ / В.Г. Дьяченко, В.О. Щепин, Н.А. Капитоненко. – Владивосток, 2000. – 309 с.
9. Касимова З. Течение беременности и родов у женщин, занятых в сельскохозяйственном производстве / З.Касимова // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». – М., 2004. – С.88.
10. Кузнецов С.В. Медико-социальная характеристика, гестационный процесс и состояние новорожденных у женщин старше 40 лет /С.В.Кузнецов // Материалы V Российского форума «Мать и дитя». - М., 2003. – С.118.
11. Кулаков В.И. Репродуктивное здоровье населения России / В.И.Кулаков // Акуш. и гин. – 2002. – №2. – С.4-7.
12. Кулаков В.И. Руководство по охране репродуктивного здоровья / В.И. Кулаков, В.Н Серов, Л.В. Адамян и др. – М.: «Триада-Х», 2001. – 568 с.
13. Кулигина М.В. Репродуктивное поведение и здоровье населения (медико-социальные аспекты) / М.В. Кулигина, Т.П. Васильева, О.В. Кулигин и др. – Иваново: ОАО «Издательство «Иваново»», 2008. – 240 с.
14. Леннер-Аксельсон Б. Роль социальных служб в охране репродуктивного здоровья / Б. Леннер-Аксельсон // Планирование семьи: Международный медицинский журнал. – 1997. – № 1. – С. 18-25.
15. Савельева Г.М. Акушерство / Г.М. Савельева. – М., 2000. – 276с.
16. Серегина И.Ф. Опыт всероссийского изучения мнения населения об организации медицинской помощи / И.Ф.Серегина // Здравоохран. Рос. Фед. – 2009. – № 6.– С. 9 – 12.
17. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности / В.М.Сидельникова. – М., 2002. – 304 с.
18. Суханова Л.П. Оптимизация перинатальной помощи как важнейший фактор сохранения здоровья населения России: автореф. дис. ... докт. мед. наук / Л.П. Суханова. – М., 2006. – 49с.
19. Сухих Г.Т. Состояние и перспективы репродуктивного здоровья населения России / Г.Т. Сухих, Л.В. Адамян // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – М., 2007. – С.5-19.
20. Фролова О.Г. О состоянии и мерах по улучшению гинекологической помощи в Российской Федерации / О.Г. Фролова, И.А. Ильичева // Акушерство и гинекология. – 2002. – № 5. – С.36-39.
21. Фролова О.Г. Перинатальный центр, его роль в оказании акушерской и неонатальной помощи /О.Г.Фролова, В.В.Гулимова // Акуш. и гин.-2003. – №5. – С.48-50.
22. Шарапова Е.И. Репродуктивное здоровье женщин России: состояние, тенденции и система мер по его улучшению / Е.И. Шарапова: автореф. дис... д-ра мед. наук. – М., 1998.– 46 с.

REPRODUCTIVE HEALTH OF WOMEN LATE ФЕРТИЛЬНОГО AGE AS THE MEDIKO-SOCIAL PROBLEM

A.M.Kiselev, O.E.Kononov

In article the characteristic of modern lines of gynecologic disease and reproductive health of the female population of Russia is resulted. Risk factors of reproductive losses at women late фертильного age are considered. The estimation of the developed structure of akushersko-gynecologic service in the country is given.

Key words: reproductive health, late фертильный age, mediko-social aspects.

Контактная информация для письменных сообщений:

Антон Михайлович Киселев – главный специалист Комитета по охране здоровья населения администрации г. Тамбова

E-mail: antonmkiselev@gmail.com

тел. 8 (4752) 58-20-30

Коновалов Олег Евгеньевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены РУДН,

тел.: 8 (495) 434-52-77