

© Е. А. Захарова, М. С. Селихова, 2017  
УДК 614.253  
DOI – <http://doi.org/10.14300/mnnc.2017.12015>  
ISSN – 2073-8137

## СООТНОШЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ ДЕТЕРМИНАНТ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Е. А. Захарова, М. С. Селихова

Волгоградский государственный медицинский университет, Россия

## CORRELATION BETWEEN CLINICAL AND SOCIAL DETERMINANTS OF NON-DEVELOPING PREGNANCY

Zakharova E. A., Selikhova M. S.

Volgograd State Medical University, Russia

Рассматривается проблема неразвивающейся беременности как важного социального явления, прогрессивно ухудшающего уровень рождаемости. Проведена оценка медико-социального портрета женщин с неразвивающейся беременностью. Установлена достоверная взаимосвязь развившейся патологии беременности с наличием соматических заболеваний, числом аборт и выкидышей, а также с жилищно-бытовыми условиями, общественно-профессиональной деятельностью, неблагоприятными условиями труда, наличием профессиональных вредностей.

*Ключевые слова:* рождаемость, неразвивающаяся беременность, медико-социальный анализ, анкетирование

The problem of non-developing pregnancy is an important social phenomenon progressively worsening fertility rate. The qualitative and quantitative analysis of medical and social factors identified in women with non-developing pregnancy was carried out. A reliable interrelation between the developed pathology of pregnancy and the presence of somatic diseases, the number of abortions and miscarriages, as well as with housing conditions, social and professional activity, unfavorable working conditions, and the presence of occupational hazards has been established.

*Keywords:* birth rate, developing pregnancy, medical and social analysis, survey

**Н**евынашивание беременности как один из важнейших факторов, определяющих состояние репродуктивного здоровья, требует всестороннего междисциплинарного изучения. Особое место в контексте невынашивания беременности занимает проблема неразвивающейся беременности (НБ). Неразвивающаяся, или замершая беременность – патологическое состояние, сопровождающееся ранней внутриутробной гибелью и задержкой плода в полости матки [1].

До настоящего времени в 20–50 % случаев причину НБ выяснить не удается. «Становится все более очевидным, что причина современной патологии – в образе жизни человека и во вредном воздействии окружающей его среды, т. е. в многогранном комплексе объективных и субъективных факторов» [6].

В последние годы, наряду с традиционными (медицинскими) причинами невынашивания беременности, стал возникать вопрос о роли в генезе данной патологии социальных факторов.

Социальное благополучие/неблагополучие современного общества – один из значимых факторов, влияющих на уровень и качество общей и гинекологической заболеваемости [4]. Неблагоприятные исходы беременности провоцируют сильнейшую психоэмоциональную реакцию у женщин, способствуя дальнейшему нарушению репродуктивной функции.

В настоящее время возможны мероприятия по предупреждению неразвивающейся беременности

изучены недостаточно и требуют дальнейшей разработки с учетом определяемых факторов риска.

Данное обстоятельство подтверждает актуальность изучаемой проблемы и указывает на необходимость медико-социального анализа феномена с научным обоснованием мер по профилактике и оптимизации специализированной медицинской помощи.

Целью проведенного исследования явилось определение значимости медицинских и социальных аспектов в возникновении неразвивающейся беременности.

**Материал и методы.** Было проведено анонимное анкетирование 117 пациенток гинекологических стационаров Волгограда, госпитализированных по поводу неразвивающейся беременности в период 2013–2015 гг., по специально разработанным анкетам, включающим вопросы медицинского и социального характера (основная группа). Группу контроля составили 50 клинически здоровых пациенток, поступивших в гинекологический стационар с целью прерывания непланируемой беременности. Группы были сопоставимы по всем показателям и тщательно подобраны для исключения влияния случайных факторов. Также проанализированы данные об отношении пациенток с замершей беременностью к вопросам, касающимся данной патологии.

Статистический анализ был проведен при помощи программ IBM SPSS Statistics 20 и Microsoft Office Excel 2013.

**Результаты и обсуждение.** Обследуемые женщины были в возрасте от 17 до 46 лет (в среднем

29±0,73 года). Большинство в выборке составили женщины активного детородного возраста – от 25 до 35 лет. Особенностими социально-биологической характеристики пациенток с замершей беременностью является высокое число женщин в возрасте 30 лет и старше, которые составили 38,3 %, в сравнении с 29,4 % в группе респонденток с физиологическим течением беременности. Число лиц с высшим и незаконченным высшим образованием оказалось ниже в основной группе (41,7 %), чем в группе контроля (45,2 %). По социальному статусу среди обследованных пациенток не было выявлено статистически значимых различий: преобладали служащие (51,9 %), каждая третья была домохозяйкой (33,7 %), 13,5 % составили рабочие и 0,9 % учащиеся. При этом в основной группе в 40,1 % случаев НБ отмечена у первобеременных женщин, что отражает неблагоприятный репродуктивный потенциал молодых женщин. Анализ анкет, заполненных женщинами перед выпиской, показал, что отягощенный акушерский анамнез в основной группе выявлен в 65,2 % случаев (38,3 % в группе контроля), при этом самопроизвольное прерывание беременности имело место чаще, в том числе два и более выкидыша (45 % против 11,7 % в группе контроля). Репродуктивная функция у пациенток с неразвивающейся беременностью характеризовалась тем, что из числа предыдущих родов только 33,6 % завершились без осложнений (81,4 % в группе женщин с физиологическим течением беременности). Достоверных различий по количеству пациенток, родоразрешенных путем операции кесарева сечения, выявлено не было. У пациенток основной группы в предыдущих родах были отмечены осложнения родовой деятельности и течения послеродового периода. При этом лишь 37 % женщин с изучаемой патологией планировали настоящую беременность.

62,3 % респонденток с НБ ответили утвердительно на вопрос: «Нужно ли готовиться к предстоящей беременности, даже если Вы здоровы?». Женщины, которые не сталкивались с проблемой замершей беременности, ответили утвердительно лишь в 14,6 % случаев.

28 % беременных основной группы курили во время настоящей беременности 2–3 сигареты в день (9,3 % в группе контроля), 17 % выкуривали примерно 1 пачку сигарет в день (2,4 % в группе сравнения), 12 % бросили курить, узнав о беременности (0 % в контрольной группе). 32,1 % женщин, госпитализированных в связи с НБ, оценили состояние своего здоровья как «неудовлетворительное», 34,1 % – как «удовлетворительное» и только 37,8 % – как «хорошее». Из числа пациенток с физиологическим течением беременности «неудовлетворительным» свое здоровье считали 13,5 %, «удовлетворительным» – 48,4 %, «хорошим» – 38,1 %. Ни один из респондентов обеих групп не оценил состояние своего здоровья как «отличное», что свидетельствует об ухудшении соматического здоровья в общей популяции молодых женщин в целом и о создании неблагоприятного фона для наступления и правильного развития беременности.

Репродуктивная сфера человеческой жизни является эмоционально-детерминированным пространством действий человека, она функционирует не только благодаря внутренним механизмам, но и подвержена управлению извне, со стороны общества [3].

Число незамужних и состоящих в гражданском браке женщин с НБ, принявших участие в нашем исследовании, составило 36,0 % (против 16 % в группе контроля). Особенности внутрисемейного поведения, в частности межсупружеские отношения, вносят существенный вклад в формирование исхода беременности.

Так, расторгнутый брак, психологическая несовместимость супругов, плохие взаимоотношения в семье, недостаточный отдых и сверхурочная работа во время беременности – весомые аргументы в пользу возникновения эпизода неразвивающейся беременности.

Выявлен высокий процент среди опрошенных в основной группе женщин, имеющих профессиональные вредности (46,8 %), то есть почти у каждой второй. В группе контроля количество таких женщин составило 32,7 %.

У беременных женщин, не переведенных на легкую работу (с 12 недель беременности), практически в 7 раз чаще возникала неразвивающаяся беременность, чем у женщин, трудоустроенных согласно регламенту. 26 % пациенток основной группы оценили уровень эмоциональной тревожности на работе (по шкале от 1 до 5) на «5» баллов (в группе сравнения таких было 8,5 %), что соответствует высокому уровню и, безусловно, является одним из факторов возникновения замершей беременности.

Учитывая возможное влияние на течение и исход беременности ряда факторов, присутствующих при диспансерном наблюдении за беременными женщинами в условиях женской консультации, был проведен анализ работы данного звена оказания медицинской помощи. Оказалось, что 62,4 % женщин с НБ оценили работу своего врача в женской консультации (ЖК) при планировании настоящей беременности как «неплохо, но могло быть и лучше», 20,8 % женщин из этой группы будут искать другого врача и лишь 16,8 % респонденток остались удовлетворены профессионализмом своего врача ЖК. В группе пациенток, прерывающих беременность по желанию, имела место следующая ситуация: 76,3 % вполне устраивает уровень оказываемой им медицинской помощи в условиях ЖК, 23,7 %, возможно, внесли бы некоторые коррективы в свое общение с акушером-гинекологом, и ни у одной из женщин из группы контроля в планах нет смены лечащего врача. На вопрос о причинах снижения доверия к врачам в нашей стране 57,8 % женщин основной группы отметили низкую квалификацию медицинского персонала (53,1 % – в группе контроля), 21 % видит причину в формировании негативного мнения средствами массовой информации (24,9 % – в контрольной группе), 21,8 % – в снижении интеллектуального и образовательного уровня населения (22 % – в группе контроля), что коррелирует с данными других авторов [2, 5].

Существует мнение, что обследование и реабилитацию женщин с НБ проводить необязательно, так как при каждой беременности у супружеской пары есть 60 % шансов доносить следующую беременность без обследования и лечения и только 40 % – ее вновь потерять. По нашему глубокому убеждению, обследование и реабилитация женщин, перенесших НБ, должны быть в каждом случае проведены в полном объеме.

**Заключение.** Полученные результаты указывают на то, что у женщин с неразвивающейся беременностью прослеживается определенная взаимосвязь состояния их репродуктивного здоровья как с медицинскими, так и с социальными факторами (отношениями в семье, жилищно-бытовыми условиями, материальным обеспечением семьи, неблагоприятными условиями труда, наличием профессиональных вредностей, курением и т. д.).

Рост распространенности неразвивающейся беременности на фоне общей неблагоприятной ситуации в репродуктивной сфере требует рассматривать вопросы превентивности данного осложнения беременности с позиций междисциплинарного подхода, включая социальные факторы и лечебно-профилактические мероприятия.

### Литература

1. Абжалилова, А. Р. Анализ причин неразвивающейся беременности / А. Р. Абжалилова, Л. В. Дикарева, О. Г. Тишкова, С. Е. Глазова // Новые задачи современной медицины : материалы Международной научной конференции. – Пермь : Меркурий, 2012. – С. 52–57.
2. Григорян, В. А. Нарушение преемственности в деятельности врачей амбулаторного и стационарного звеньев как медицинская и социальная проблема / В. А. Григорян, М. С. Селихова, О. В. Костенко // Биоэтика. – 2012. – № 2. – С. 49–50.
3. Гришечкина, Н. В. Новые репродуктивные технологии: мифы и реальность / Н. В. Гришечкина // Биоэтика. – 2008. – № 2. – С. 18–20.

### References

1. Abzhalilova A. R., Dikareva L. V., Tishkova O. G., Glazova S. E. Analiz prichin nerazvivayushcheysya beremennosti. Perm: «Novye zadachi sovremennoy meditsiny. Materialy mezhdunarodnoy nauchnoy konferentsii», 2012:52-57.
2. Grigoryan V. A., Selikhova M. S., Kostenko O. V. *Bioetika. – Bioethics.* 2012;2:49-50.
3. Grishechkina N. V. *Bioetika. – Bioethics.* 2008;2:18-20.

4. Ковалева, М. Д. Этика отношений социального работника и врача акушера-гинеколога / М. Д. Ковалева, М. А. Бязрова // Биоэтика. – 2013. – № 2. – С. 43–45.
5. Медведева, Л. М. Культурные детерминанты моделей взаимоотношений врача и пациента (на примере патернализма) / Л. М. Медведева, О. А. Чеботарева, Е. Г. Приз // Биоэтика. – 2010. – № 2. – С. 14–16.
6. Решетников, А. В. Социология медицины : руководство / А. В. Решетников. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 864 с.

4. Kovaleva M. D., Byazrova M. A. *Bioetika. – Bioethics.* 2013;2:43-45.
5. Medvedeva L. M., Chebotareva O. A., Priz Ye. G. *Bioetika. – Bioethics.* 2010;2:14-16.
6. Reshetnikov A. V. *Sotsiologiya meditsiny: rukovodstvo.* M.: «GEOTAR-Media», 2010.

### Сведения об авторах:

Захарова Екатерина Андреевна, ассистент кафедры акушерства и гинекологии; тел.: 99889762906; e-mail: Kattryn-K@yandex.ru

Селихова Марина Сергеевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии; тел.: 89608674848; e-mail: selichovamarina@yandex.ru

© Е. В. Куфтяк, 2017

УДК 618.3:613.86

DOI – <http://doi.org/10.14300/mnnc.2017.12016>

ISSN – 2073-8137

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ И КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ И ИСХОДОМ БЕРЕМЕННОСТИ

Е. В. Куфтяк

Костромской государственной университет им. Н. А. Некрасова, Россия  
Московский педагогический государственный университет,  
Институт перспективных исследований, Россия

## INTERRELATION OF DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY AND COPING-BEHAVIOUR IN WOMEN WITH COMPLICATED COURSE AND OUTCOME OF PREGNANCY

Kuftyak E. V.

Kostroma State University, Russia  
Moscow State Pedagogical University, Russian Institute for Advanced Study

Изучена выраженность депрессии и копинг-стратегий у 70 женщин с осложненным течением и исходом беременности. Наиболее высокий уровень депрессии выявлен у преждевременно родивших женщин. Матери с высоким уровнем депрессии достоверно отличались в негативной оценке своего ребенка по сравнению с женщинами с субдепрессией. Женщины с осложненным течением и исходом беременности чаще отказываются от активного разрешения проблем, чем женщины, родившие в срок. Гестационный возраст выступает предиктором депрессивного состояния женщины. Рекомендовано учитывать полученные данные в медико-психологическом сопровождении в период беременности.

*Ключевые слова:* беременность, преждевременные роды, депрессия, копинг-поведение

We have studied the intensity of depression and coping strategies at 70 women with complicated course and outcome of pregnancy. The highest reliable level of depression was found in cases of premature birth. We found that mothers with the high depression level authentically differed in a negative assessment of their children in