РАЗДЕЛ X. МЕДИЦИНА

Власова М.А., Супрун С.В., Кудерова Н.И., Галянт О.И.

Оценка медико-социальных факторов родителей при инфицированности беременных женщин урогенитальными микоплазмами

Хабаровский филиал ФГБНУ «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания – Научно исследовательский институт охраны материнства и детства (Россия, Хабаровск)

doi:10.18411/lj-08-2018-55

idsp: 000001:lj-08-2018-55

Аннотация

Проведена оценка медико-социального статуса и состояния здоровья 74 беременных женщин сельских районов Приамурья на основании данных разработанной карты «Медико-социальный паспорт будущих родителей» с учетом социального портрета, наличия профессиональных вредностей, вредных привычек и соматического здоровья отца. Анализ полученных исследований выявил ряд медико-социальных факторов риска инфицированности урогенитальными микоплазмами: это наличие в анамнезе 3-х и более браков, неполное среднее образование, курение во время беременности, физические нагрузки на работе до и во время гестационного периода. Женщины данной группы чаще живут в неблагоустроенных квартирах, без элементарных удобств. У большинства женщин основной группы продолжительность менструальных выделений была дольше, чем в группе контроля. У беременных группы контроля отцы чаще имели специальное среднее образование и были военнослужащими.

Ключевые слова: беременность, медико-социальные факторы, урогенитальные микоплазмы.

Введение

Охрана и укрепление здоровья женщин и их будущих детей всегда были и остаются важнейшими задачами социальной политики, проводимой в нашей стране. Это обусловлено той ролью, которую выполняет женщина-мать, сочетающая материнство с ее активным участием в общественном производстве. Из всех женщин работоспособного возраста почти 82,0% заняты в общественном производстве. Именно поэтому от состояния их здоровья, трудоспособности во многом зависит реализация планов социально-экономического развития общества. Кроме того, нельзя не учитывать влияние состояния здоровья женщины-матери, характера ее поведения на показатели здоровья детей, а в конечном счете - состояния здоровья населения в целом [3]. Демографические проблемы для России имеют важное геополитическое и макроэкономическое значение. Нарастают процессы старения общества: снижаются доли детского и подросткового населения, возрастают – среднего и пожилого возрастов. Одним из наиболее реальных и перспективных направлений улучшения демографической ситуации является охрана и восстановление репродуктивного здоровья населения. Здоровье человека закладывается в период антенатального развития и определяется как возрастными особенностями растущего организма, так и влиянием на него комплекса условий окружающей среды [2]. Во время беременности вредное воздействие на развитие эмбриона, а затем и плода, может оказывать множество различных факторов. Вредные факторы традиционно объединяют в следующие группы: экологического характера, профессиональные вредности, наличие инфекций, вредные привычки, соматические заболевания [1].

Новые «вызовы», несущие угрозу здоровью населения, особенно репродуктивному здоровью семей и их потомству, свидетельствуют о недооценке значимости вирусных и урогенитальных инфекций, и их влияния не только на здоровье родителей, но и ближайшие, и отдаленные последствия для здоровья детского населения [5]. Ряд авторов связывает присутствие урогенитальных микоплазм с преждевременным разрывом плодных оболочек, преждевременными родами, внутриамниотической инфекцией, патологией плаценты [9, 10, 11]. Инфекции генитального тракта, причиной которых являются урогенитальные микоплазмы, не уменьшаются по частоте встречаемости, а количество триггерных факторов – увеличивается за счет глобальных техногенных проблем. Наиболее значимыми факторами риска инфицирования со стороны матери являются уровень образования, социально-экономические проблемы, акушерский анамнез, соматические заболевания, вредные привычки [4, 6, 7, 8]. Вклад различных факторов может также отличаться в зависимости от географического месторасположения региона проживания и этнической принадлежности.

Цель: провести анализ медико-социальных характеристик будущих родителей с учетом инфицированности урогенитальными микоплазмами беременных женщин.

Материалы и методы

С целью изучения медико-социальных факторов риска инфицированности перинатально значимыми инфекциями, в частности урогенитальными микоплазмами, нами были проанализированы разработанные ранее анкеты 74 беременных женщин сельских районов Приамурья в виде медико-социального паспорта будущих родителей. Документ содержал вопросы, сформированные в 4 блока: социальный статус, акушерско-гинекологический анамнез, течение предыдущих беременностей и оценка соматического статуса женщины, а также оценка социально-биологического статуса отца. Такая тематическая карта позволяет оценить социальный портрет, наличие профессиональных вредностей, патологические привычки, поведенческие факторы, менструальную функцию с момента менархе, методы контрацепции будущей матери, а также социальный портрет, наличие профессиональных вредностей, вредных привычек и соматическое здоровье отца.

Состояние биоценоза влагалища определяли методом ПЦР-РВ с использованием реагентов «Фемофлор-16».

По результатам оценки клинико-лабораторных обследований все пациентки ($n=74$) были разделены на 2 группы: в 1-ую основную группу ($n=29$, средний возраст $28,96 \pm 8,5$ лет) вошли беременные с нормоценозом (*Lactobacillus* spp. $\geq 10^6$ ГЭ/мл) и наличием урогенитальных микоплазм (*Ureaplasma* spp. и *Mycoplasma hominis*) в клинически значимой концентрации ($\geq 10^4$ ГЭ/мл). Вторую группу - группу контроля составили 43 беременных женщин с нормальным состоянием влагалищной флоры и отсутствием урогенитальных микоплазм (средний возраст - $27,74 \pm 6,8$ лет).

Критериями исключения из групп наблюдения были выявленные безусловные патогены (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium*) и активизация герпесвирусных инфекций (HSV и CMV).

Полученные данные статистически обработаны с использованием программы Statistica 10. При этом различия между количественными показателями оценивали по t -критерию Стьюдента, считая их достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение

Результаты исследования показали, что большая часть женщин обеих групп проживает на территории Приамурья от 3 до 10 лет (93,1% и 86,0%), принадлежит к 1 поколению живущих на ней (75,8% и 58,1%) и относится к русской национальности (96,6% и 100%). При оценке семейного положения выявлено, что основная часть женщин состоит в зарегистрированном (41,4% - 1-ая группа, 51,7% - 2-ая группа), либо гражданском браке (53,5% и 46,5% соответственно). Получены достоверные данные по числу браков: в первом браке была зарегистрирована большая часть женщин контрольной

группы (81,4% против 55,2%, $p<0,01$). Для пациенток, инфицированных урогенитальными микоплазмами, более характерен 3-ий брак (13,8% против 0%, $p<0,01$).

Жилищные условия признали неудовлетворительными (частный дом, отсутствие водопровода и централизованного теплоснабжения и т.д.) 55,2 % женщин 1-ой группы и 51,2% контрольной. Беременные 1-ой группы достоверно чаще (13,8% против 2,3%, $p<0,04$) живут в неблагоустроенной квартире без элементарных удобств, что затрудняет соблюдение элементарных норм гигиены. При анализе результатов исследования у женщин обеих групп не было выявлено достоверных различий по размерам площади на одного члена семьи (18,5 кв.м. против 16,6 кв. м), количеству членов семьи и доходу на одного члена семьи (22800 и 20600 рублей соответственно).

Количество курящих женщин до беременности в обеих группах было примерно одинаковым (65,5% и 74,4%). Достоверно большим в группе 1 было число курящих женщин во время беременности (37,9% против 16,3%, $p<0,034$). На потребление алкоголя до беременности указывают 44,8% пациенток 1 группы и 39,5% контрольной. Употребление алкоголя в период беременности женщины обеих групп отрицают.

Уровень образования является одним из важных факторов, влияющих на медицинскую активность, которая проявляется в регулярности посещений врача, выполнении рекомендаций и соблюдении режимных моментов. Пациентки в группе 1 чаще имели среднее неполное образование (20,7% против 2,3% в контроле, $p<0,009$), реже - высшее (17,2% против 27,9%).

Социальное положение женщины отражает определенные условия, уровень и качество жизни, имеющие важное значения для нормального течения беременности. При оценке социального статуса беременных в сравниваемых группах установлено, что в группе контроля преобладали служащие (39,5% против 17,7%, $p<0,046$). В 1-ой группе и группе контроля доли неработающих женщин (31,0% против 25,6%) и женщин рабочих специальностей (27,6% против 18,6%) были сопоставимы, но с тенденцией возрастания в группе с урогенитальными инфекциями.

При оценке условий профессиональной деятельности в основной и контрольной группах не выявлено разницы по наличию вредных условий труда как до (55,2% против 55,8%), так и во время беременности (44,8% против 43,5%). Установлено, что женщины 1-ой группы достоверно чаще испытывают физические нагрузки на работе до (34,5% против 9,3%, $p<0,006$) и во время беременности (24,1% против 4,6%, $p<0,01$). При оценке профессиональных вредностей не выявлено разницы между группами по наличию ночных смен, неблагоприятных температурных режимов, работой на компьютере. Пациентки основной группы испытывали стрессовые ситуации реже, чем беременные группы контроля как до, так и во время беременности (3,4% против 9,3%).

При изучении гинекологического анамнеза установлено, что средний возраст наступления менархе был практически одинаковым в исследуемых группах и составил соответственно $13,7\pm 6,7$ года в 1-ой группе, $13,4\pm 5,2$ года в группе контроля ($p>0,05$). Становление менархе, продолжительность цикла в обеих группах была одинакова. У большинства женщин 1-ой группы продолжительность менструальных выделений была дольше, чем в группе контроля (69,0% против 25,6%, $p<0,04$). Пациентки группы контроля чаще отмечали нарушение менструального цикла в сравнении с 1-ой группой (72,1% против 55,2%, $p<0,05$). Причиной нарушения в большинстве случаев указывали стресс. Анкетированные женщины 1-ой группы значительно чаще, чем женщины группы контроля использовали внутриматочную контрацепцию (24,2% против 2,3%, $p<0,0033$).

Респондентки обеих групп не отличались по количеству первобеременных (17,2% и 23,2%) и родов в анамнезе (62,1% против 52,8%). Не обнаружено разницы по количеству «вхождений в матку», а именно с целью выскабливания по поводу самопроизвольных выкидышей (13,8% против 16,3%) и плановых искусственных абортов (44,8% против 32,6%).

При оценке гинекологического анамнеза не выявлено разницы в наличии у пациенток таких заболеваний как фоновые болезни шейки матки (44,8% и 51,2%), воспалительные заболевания органов малого таза (2,3% и 3,4%), эндометриоз (0% и 2,3%), бесплодие (3,4% и 2,3%).

Большой вклад в частоту материнской и перинатальной заболеваемости вносит наличие экстрагенитальной патологии, удельный вес которой неуклонно растет [1,6]. Частота экстрагенитальной патологии в исследуемых группах представлена в таблице 1. В структуре соматической патологии в контрольной группе наиболее часто встречались заболевания мочевыделительной системы в виде хронического пиелонефрита и сердечно-сосудистой системы в виде надсегментарной дисфункции вегетативной нервной системы.

Таблица 1

Частота экстрагенитальной патологии в исследуемых группах

Заболевания	Группа 1		Контроль	
	Абс.	%	Абс.	%
Сердечно-сосудистые заболевания	0	0	5	11,6*
Заболевания желудочно-кишечного тракта	2	6,9	5	11,6
Заболевания мочевыделительной системы	2	6,9	11	25,6**
Заболевания органов дыхания	1	3,4	0	0
Аллергические заболевания	2	6,9	0	
Анемия до беременности	0	0	2	4,6
Всего	7	24,1	23	53,5*

Примечание: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,04$

Для зачатия здорового ребенка немаловажную роль имеет здоровье и образ жизни отца. Отцы в обеих группах были сопоставимы по возрасту (31,2 и 29,9 лет соответственно) и в большинстве случаев были русской национальности (100% и 83,6%). Отцы женщин 1-ой группы реже имели среднее специальное образование (26,9% и 55,8%, $p < 0,02$) и чаще неполное среднее (11,5% и 4,6%) и среднее (50,0% и 27,9%). Уровень высшего образования был одинаковым (11,5% и 11,6%). Изучение социального статуса отца показало преобладание рабочей специальности у отцов 1-ой группы респондентов (76,9% и 51,2%, $p < 0,03$), в то время как в семьях контрольной группы преобладали военнослужащие (3,8% и 20,9 %, $p < 0,05$).

Вредные условия труда наблюдали у отцов обеих групп с одинаковой частотой (76,9% и 81,4%), при этом в контрольной группе достоверно чаще отцы указывали на наличие стрессовых ситуаций (19,2% и 41,9%, $p < 0,04$). Разницы по наличию физических нагрузок, ночных смен, неблагоприятных температурных режимов, наличию вибрации и шума не выявлено.

Количество курящих отцов (57,7% против 65,5%) и отцов, употребляющих алкоголь (46,2% против 53,4%), в обеих группах было сопоставимо. В большинстве случаев соматически они были здоровы (88,5% и 81,4%).

Выводы

Анализ медико-социальных факторов будущих родителей, которые могли бы повлиять на инфицированность беременных женщин урогенитальными инфекциями, показал, что среди женщин 1-ой группы чаще встречались пациентки, вступившие в 3-ий брак, имеющие среднее неполное образование, курившие при беременности и имеющие физические нагрузки на работе до и во время беременности. Женщины 1-ой группы чаще живут в неблагоустроенных квартирах. Однако разницы в количестве площади на 1-го члена семьи, числе членов семьи и доходов на 1 члена семьи не выявлено.

Пациентки группы с урогенитальными микоплазменными инфекциями чаще использовали внутриматочную контрацепцию. Внутриматочная спираль, являясь инородным телом, может способствовать снижению местного иммунитета и повышает риск инфицирования. У большинства женщин данной группы продолжительность менструальных выделений была дольше, чем в группе контроля. Ощелачивание

влагалищного содержимого кровью во время менструации нарушает защитные свойства влагалища, является входными воротами для чужеродной микрофлоры.

У беременных группы контроля отцы чаще имели специальное среднее образование, чаще были военнослужащими, которые более дисциплинированы, в том числе и к соблюдению правил личной гигиены.

Таким образом, проведенный анализ комплексной оценки медико-социальных факторов будущих родителей, показал значимость их выявления для обоснованного проведения комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

1. Акушерство. Учебник/под ред. В.Е.Радзинского, А.М.Фукса. М:Гэотар-Медиа, 2016.1040с.
2. Бушуева Э.В., Денисова Т.Г., Сидорова Т.Н., Герасимова Л.И., Васильева Э.Н. Медико-биологические и медико- социальные факторы риска рождения доношенных детей с задержкой внутриутробного развития // Вестник Чувашского университета. 2010. №3. с. 41-45
3. Вартанян Э.А., Гриднев О.В., Песенникова Е.В., Кучиц С.С. Анализ социально- гигиенических и социально-экономических характеристик условий жизни женщин с диагнозом привычное невынашивание // Социальные аспекты здоровья населения [электронный научный журнал] 2018; эл№ФС77-128654. DOI: 10.21045/2071-5021-2018-60-2-10
4. Вереина Н.К. Роль заболеваний внутренних органов, факторов тромботического риска и состояния гемостаза в развитии осложнений беременности, ассоциированных с тромбофилией : автореф. дис. д-ра мед.наук. Челябинск, 2012. - 46 с.
5. Козлова С.Н., Микушина Ю. М. Герпесвирусная урогенитальная инфекция беременных как прогностический фактор в развитии полиорганной патологии потомства. //Уральский медицинский журнал, Педиатрия-2013- №6 (111)- с.29-36
6. Ляличкина Н.А., Пешев Л.П., Фоминова Г.В. Причинные факторы преждевременных родов (новый взгляд на проблему // Фундаментальные исследования. - 2015. - №1-2. - С. 294-297.
7. Ходжаева З.С. Федотовская О.И., Донников А.Е. Клинико-анамнестические особенности женщин с идиопатическими прежде-временными родами на примере славянской популяции // Акушерство и гинекология. - 2014. - № 3. - С. 28-32.
8. Чулков В.С., Вереина Н.К., Сеницын С.П. Беременность, роды и перинатальные исходы у женщин с избыточной массой тела и ожирением // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.-2011.-№ 10 (2).-С.29-32.
9. DiGiulio DB, Callahan BJ, McMurdie PJ, Costello EK, Lyell DJ, Robaczewska A, Sun CL, Goltsman DS, Wong RJ, Shaw G, Stevenson DK, Holmes SP, Relman DA. Temporal and spatial variation of the human microbiota during pregnancy.// ProcNatlAcadSci U S A 2015. Vol. 112. P.11060–11065. doi:10.1073/pnas.1502875112.
10. Kwak DW, Hwang HS, Kwon JY, Park YW, Kim YH. Co-infection with vaginal Ureaplasmaurealyticum and Mycoplasma hominis increases adverse pregnancy outcomes in patients with preterm labor or preterm premature rupture of membranes.// J.Matern. Fetal. Neonatal. Med. 2014. Vol. 27. P.333–337.
11. Sweeney E.L., Dando S.J., Kallapur S.J., Knox C.L. The Human Ureaplasma Species as Causative Agents of Chorioamnionitis // Clin. Microbiol. Rev. 2017. Vol.30, №1. P. 349-379

Ерина И.А.

Врачебная этика как-важнейшая составная часть медицинской деонтологии

*ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет»
(Россия, Астрахань)*

doi:10.18411/lj-08-2018-56

idsp: 000001:lj-08-2018-56

Аннотация

В статье показана неразрывная взаимосвязь медицинской деонтологии и врачебной этики. Для врача современного общества необходимы такие качества, как чуткость, внимательность, сердечность, постоянная забота, ответственность за состояние больного в его интересах и требованиях. Медицинская деонтология является одним из высокоактивных средств, обеспечивающий успех всей лечебно-профилактической деятельности врача. Там, где врач обнаружил знание и соблюдение основных принципов