

Прохорова О.В., Обоскалова Т.А., Воронцова А.В., Киселева М.К.

Оценка осведомленности первородящих пациенток об особенностях прегравидарной подготовки

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации г.Екатеринбург

Prokhorova OV, Oboskalova TA, Vorontsova AV, Kiseleva M.K.

Assessment of awareness of primiparous patients about the features of pregravid preparation

Резюме

Авторы провели сравнительный анализ информированности 80 первородящих и повторнородящих женщин по вопросам прегравидарной подготовки. Прегравидарное консультирование и подготовка были проведены лишь в каждом втором случае у первородящих и в 67,5% у повторнородящих. Уровень информированности относительно сущности прегравидарной подготовки женщин не отличался в обеих группах ($p > 0,05$). Основными проблемными вопросами осведомленности пациенток о подготовке к беременности являлись: наличие неполной или недостоверной информации о прегравидарной подготовке, не всегда правильная трактовка рекомендаций врача и неаккуратное их исполнение.

Ключевые слова: прегравидарная подготовка, первородящие и повторнородящие, информированность

Summary

Comparative analysis of preconceptional preparation awareness was conducted. 80 pregnant women were included in the study. Pre-pregnancy counseling was conducted in half of the cases in primiparas. Knowledge of primiparous women and knowledge of women who had childbirth had no significant differences. The main deficiencies in knowledge about preparing for pregnancy were incomplete or inaccurate information, incomprehension of the recommendations of the attending physician.

Keywords: pregravid preparation, primiparous and women, who had childbirth, awareness

Введение

Прегравидарная подготовка (ПП) — комплекс профилактических мероприятий, направленных на минимизацию рисков при реализации репродуктивной функции конкретной супружеской пары. В связи с тем, что и мужчина, и женщина в равной мере обеспечивают эмбрион генетическим материалом и вместе отвечают за здоровье своего ребенка, ПП необходима обоим будущим родителям [1]. Кроме того, согласно концепции Н.Ветт (1992) «крупного плода», репродуктивные клетки будущего ребёнка формируются ещё во время его пребывания в утробе матери, и именно они определяют, какими будут потомки этого ещё не рождённого младенца; и поэтому будущим родителям необходимо думать и на два поколения вперёд, поскольку от их образа жизни, питания и здоровья зависит, насколько полноценными будут их внуки [2]. На сегодняшний день, принимая во внимание особенности состояния здоровья, питания и образа жизни потенциальных родителей, прегравидарная подготовка — необходимое в большинстве случаев, а порой и обязательное условие успешного зачатия, вынашивания беременности, течения родов и перинатального исхода, а так же рождения детей без пороков развития [3].

Однако, достаточно большой процент беременностей как во всем мире, так и в России — незапланированные и нежелательные: так, по данным общеевропейской научно-образовательной программы CHOICE, показатель незапланированных беременностей достигает 39,8% [2,4]. Что касается России, то из 10 тыс. россиянок, имевших хотя бы одну беременность в период с 2006 по 2011 год, то последняя беременность у 37% женщин была не запланирована [5]. То есть, почти в 40% ситуаций возможность профилактического консультирования и ПП отсутствует [1].

Следует учитывать, что к моменту установления факта беременности (2–3-я неделя после зачатия) многие органы и системы плода уже заложены, именно поэтому большинство стратегий по предупреждению неблагоприятных исходов беременности (включая профилактику врожденных пороков плода) становятся или частично, или полностью неэффективными [2]. К сожалению, в современной России процент супружеских пар, прошедших ПП, не превышает 4% по причине недостаточной осведомленности будущих родителей о важности и пользе подобных мероприятий [1,6].

Таблица 1. Некоторые характеристики пациенток обследованных групп

Показатель	Основная группа - первородящие пациентки (n=46)	Контрольная группа - повторнородящие пациентки (n=34)	P
Возраст пациенток (медиана)	26,0 лет (от 19 до 35)	32,5 лет (от 23 до 43 лет)	P<0,05
Наличие соматической патологии, %	39,1	47,0	P>0,05
Наличие гинекологической патологии, %	15,2	44,1	P<0,05

Таблица 2. Информированность пациенток обследованных групп о прегравидарной подготовке

Показатель	Первородящие пациентки (n=46)	Повторнородящие пациентки (n=34)	p
«Знаю о существовании ПП»	54,3%	52,9%	P>0,05
Источник информации о ПП:			
- врач акушер –гинеколог	52,1%	55,8%	P>0,05
- родные, подруги	10,8%	5,8%	P>0,05
- Интернет	8,7%	8,8%	P>0,05
Идеальная продолжительность начала присма фолатов:			
- за 3 месяца до планирования беременности	58,7%	61,7%	P >0,05
- с наступлением беременности	41,3%	38,3%	P>0,05

Цель исследования: оценка степени медицинской грамотности первородящих женщин в вопросах прегравидарной подготовки (ПП) и определение возможности повышения осведомленности пациенток относительно данной тематики.

Материалы и методы

Было проведено проспективное одномоментное кроссекционное исследование. Под наблюдением были 80 женщин с доношенным сроком гестации, находящихся в отделении патологии беременных ЦГКБ № 40 г. Екатеринбурга с период с января по февраль 2017 года. Основную группу составили 46 первородящих пациенток, контрольной группой явились 34 пациентки, которым предстояли вторые роды. Помимо общеклинических методов обследования, в обеих группах женщин было проведено анонимное индивидуальное очное анкетирование, направленное на определение степени осведомленности пациенток с разным паритетом родов о прегравидарной подготовке. Анкета содержала 25 вопросов, на которые пациентки отвечали в присутствии врача акушера-гинеколога, проводившего исследование.

Для математической обработки полученных результатов был использован пакет программ Microsoft Word, Excel, Gretl, для непараметрических данных был применен критерий Фишера (уровень значимости полученных показателей был выбран как $p<0,05$).

Результаты и обсуждение

Данные соматического и гинекологического статуса представлены в таблице 1. Медиана возраста в группе

первородящих пациенток составила 26,0 лет (стандартное отклонение (СО) = 3,9), в группе повторнородящих – 32,5 лет (СО=4,6). Различные варианты экстрагенитальной патологии имели в анамнезе 39,1% беременных основной группы (лидирующие виды патологии – нейроциркуляторная дистония по гипотоническому типу, миопия I-II степени, хронический холецистит) и 47,0% женщин контрольной группы (превалировали сахарный диабет I и II типа, хроническая артериальная гипертензия и субклинический гипотиреоз). Гинекологическая патология достоверно чаще была отмечена в группе пациенток, которым предстояли II роды (44,1% и 15,2% соответственно, $P<0,05$). Наиболее часто были диагностированы хронические воспалительные заболевания органов репродуктивной системы, нарушения менструального цикла по типу гипоменструального синдрома и синдром поликистозных яичников. Прегравидарная подготовка и консультирование были осуществлены в 58,7% случаев в основной группе и в 67,5% случаев в контрольной группе.

Некоторые аспекты осведомленности перво- и повторнобеременных женщин относительно прегравидарной подготовки представлены в таблице 2. Оценка информированности пациенток с разным паритетом родов об особенностях подготовки к беременности выявила следующее. Знают о существовании такого термина 54,3% женщин основной группы и 52,9% контрольной группы (различия статистически не значимы). Остальные пациентки отметили, что информированы о необходимости определенных диагностических и лечебных мероприятий, однако сам термин «прегравидарная подготовка»

вызвал у них затруднения в интерпретации. Идеальным сроком для ПП в виде трехмесячного периода определили для себя 60,8% женщин основной группы и 58,8% женщины контрольной группы ($p > 0,05$), тогда как остальные пациентки считали, что к беременности следует начинать готовиться за 6 месяцев. Среди общего перечня мероприятий практически все женщины в обеих группах указали необходимость осмотра акушера-гинеколога, обследование на инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), прекращение воздействия бытовых интоксикаций, проведение санации очагов хронических инфекций.

Основным источником информации о сути и способах подготовки к беременности в половине случаев в обеих исследуемых группах оказался врач акушер-гинеколог (52,1% и 55,8% соответственно, $p > 0,05$). Каждая десятая пациентка основной группы получила информацию о ПП от ближайшего окружения (родные, подруги), 8,7% - из Интернета. Повторнородящие женщины также искали информацию во всемирной сети в 8,8% случаев, у родных и близких - в 5,8% случаев.

Фолаты как основной доказанный мировой медицинской практикой способ профилактики целого ряда врожденных пороков развития известны каждой второй пациентке обеих групп. При этом более половины беременных обеих групп (58,7% и 61,7% у первородящих и повторнородящих соответственно, $p > 0,05$) совершенно правильно отмечают эффективность использования данной группы препаратов в течении 12 недель перед планируемой беременностью. Остальные пациентки либо считают, что принимать препараты фолиевой кислоты следует в течении 6 месяцев перед беременностью, либо вообще не считают это целесообразным.

Прием препаратов фолиевой кислоты и йодида калия в течении первой половины беременности отметили 85,2% первобеременных и 91,3% повторнобеременных ($p > 0,05$). Нарушали прием фолатов при беременности (пропуск таблеток, самостоятельное прекращение приема препарата) 13,0% женщин основной группы и 11,7% женщин контрольной группы. Аналогичная ситуация была отмечена относительно использования пациентка-

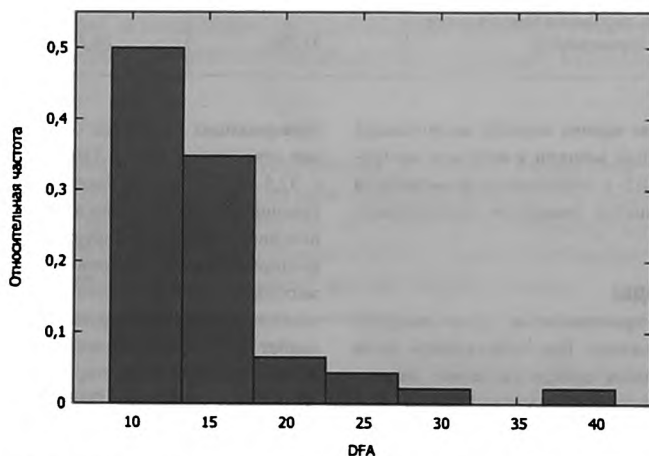


Диаграмма 1. Длительность приема фолиевой кислоты (DFA) первородящими (недели)

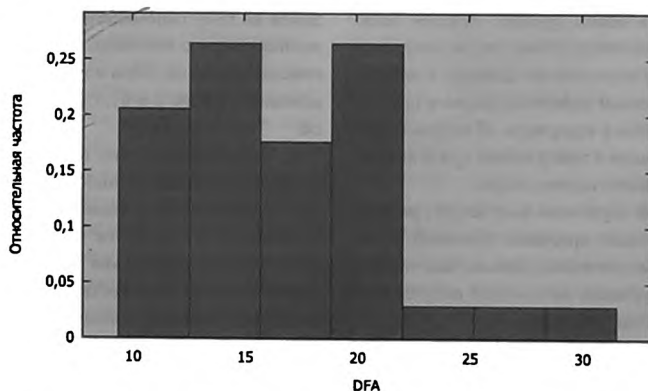


Диаграмма 2. Длительность приема фолиевой кислоты (DFA) повторнородящими (недели)

ми препаратов йода – каждая пятая первородящая (21,7%) и каждая девятая повторнородящая (14,7%) нерегулярно принимали йодид калия по тем же причинам.

Средняя продолжительность приема фолатов у первородящих составила 15,5 недель (СО= 5,1), у повторнородящих – 19,7 недель (СО=4,7). При этом 50% первородящих принимали фолиевую кислоту до 13 недель беременности, 34% - до 18 недель. Среди повторнородящих пациенток прием фолатов до 13 недель был отмечен в 20% случаев, до 15 недель беременности – в 26% и до 26 недель – в 54% случаев (диаграммы 1,2).

Термин «прегравидарная подготовка» для каждой второй перво- и повторнородящей пациентки оказался новым и непонятным, однако подавляющее большинство женщин имеют абсолютно правильное представление о сути ПП и основном перечне проводимых диагностических и лечебных мероприятий. Однако следует отметить, что, комментируя объем прегравидарной подготовки, пациентки ограничивают спектр исследований лишь обследованием на ИППП и наблюдением у гинеколога. Уровень информированности перво- и повторнородящих женщин оказался сравнимым и не зависел от паритета родов ($p>0,05$). Отсутствие различий в информированности перво- и повторнородящих пациенток может говорить о неэффективности или отсутствии проведения ПП при предыдущей беременности.

Прегравидарное консультирование и собственно прегравидарная подготовка были проведены лишь в каждом втором случае (58,7%) в основной группе и в 67,5% случаев в контрольной группе.

У каждой третьей пациентки, независимо от паритета родов, имеет место подмена понятия «прегравидарная подготовка» и приема препаратов фолиевой кислоты в течении первого триместра беременности. При этом сле-

дует отметить, что удельный вес патологии репродуктивной системы, среди которой преобладали нарушения менструального цикла и хронические воспалительные процессы гениталий, оказался достоверно выше в группе повторнородящих женщин (44,1% и 15,2% соответственно, $P<0,05$).

Заключение

Выявленные особенности диктуют необходимость более целенаправленных усилий врачей акушеров-гинекологов амбулаторного звена не только в плане осуществления общей стратегии внедрения прегравидарной подготовки среди пациенток репродуктивного возраста, но и повышение медицинской грамотности населения по данной тематике. При этом информирование по вопросам ПП следует проводить в полном объеме независимо от паритета родов. ■

О.В. Прахорова - к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии УГМУ; Т.А. Обоскалова – д.м.н., профессор, руководитель кафедры акушерства и гинекологии УГМУ; А.В. Воронцова - к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии УГМУ; М.К. Киселева - к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии УГМУ; Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку: Прохорова Ольга Валентиновна. Адрес: 620028 ул. Ретина д.3, кафедра акушерства и гинекологии, т.сот. 89222979912, e-mail: prokhorova-ov@yandex.ru

Литература:

1. Егорова А.Т., Стрижак Н.В., Моисеенко Д.А. *Репро1. Прегравидарная подготовка: клинический протокол. М.: Status Praesens; 2016.*
2. *Первичная профилактика врождённых пороков развития. Информационный бюллетень. М.: Status Praesens; 2015.*
3. Егорова Я.А., Рыбалка А.Н. *Прегравидарная подготовка как профилактика невынашивания беременности у женщин с воспалительными процессами органов малого таза. Таврический медико-биологический вестник 2012; 15, 4 (60): 130-134.*
4. *CHOICE — итоги первой общеевропейской программы по контрацепции. URL: <http://www.epochtimes.ru/content/view/38373/7>.*
5. *Планирование беременностей в России: Итоговый отчет по результатам Выборочного обследования репродуктивного здоровья российских женщин. ВОРЗ-2011; раздел 4.6.*
6. *Радзинский В. Е. Акушерская агрессия. М.: Status Praesens; 2011.*