

УДК 618.39-05-083.4

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

© 2015 М.Р. Дударенкова¹, Е.П. Гладунова², С.К. Кшнясева¹, Е.С. Горбунова¹

¹Оренбургский государственный медицинский университет

²Самарский государственный медицинский университет

Поступила в редакцию 20.04.2015

В статье приведены результаты контент-анализа карт беременной и родильницы, определено состояние социальной проблемы, связанной с невынашиванием беременности по следующим направлениям: невынашивание беременности, замершая беременность, беременность с гиперкоагуляционным синдромом, гемолитической тромбофилией, плацентарными нарушениями. В процессе исследования анализировались такие характеристики медико-социальных аспектов как возраст, род занятий, тип конституции, количество предыдущих беременностей, наличие медицинских аборт, сопутствующие заболевания, период диагностирования (неделя, триместр).

Ключевые слова: *беременность, медико-социальные аспекты*

Постоянное население России на 1 января 2015 г. составляет 146 миллионов 270 тысяч 033 человека. За 2014 г. население в нынешних границах выросло на 178 тысяч человек (ещё на 2,3 миллиона население выросло после воссоединения Крыма с Россией). Естественный прирост населения в России в 2014 г. составил 33,7 тысяч человек [2]. В 2014 г. впервые в современной истории России в стране родилось 1,947 млн. детей [3]. Несмотря на положительную динамику данных показателей, в условиях политических, социальных и экономических изменений в России женщины в период беременности и родов становятся одной из наиболее уязвимых групп населения. По официальным данным, в России женщины составляют 53% населения. Из них только 45,7% (36 млн.) находятся в репродуктивном возрасте. Поскольку под репродуктивным статистики понимают возрастной диапазон от 15 до 49 лет, реальное число женщин, находящихся в активном репродуктивном возрасте, значительно меньше. Среди важнейших проблем практического акушерства одно из первых мест занимает невынашивание беременности (НБ), частота которого составляет 20%, а по некоторым данным – 30%, т. е. практически теряется каждая 4-я беременность, и не имеет

тенденции к снижению, несмотря на многочисленные и высокоэффективные методы диагностики и лечения, разработанные в последние годы. Полагают, что в статистику не входит большое количество очень ранних и субклинически протекающих выкидышей. НБ – самопроизвольное прерывание беременности в сроки от зачатия до 37 недель, считая с первого дня последней менструации. Прерывание беременности в сроки 28-37 недель называют преждевременными родами [1]. Другая современная проблема – неразвивающаяся или замершая беременность (ЗБ), при которой происходит гибель эмбриона/плода, но клинических признаков самопроизвольного выкидыша при этом нет [4]. Почему замирает беременность, в точности неизвестно до сих пор. Кроме того, НБ может быть связано с патологией беременной, либо сама беременность провоцирует патологию.

В настоящее время отсутствуют данные по НБ, ЗБ и патологиям беременных на региональном уровне. В любых условиях положительный исход каждой беременности – важнейшая задача. На вынашивание беременности оказывает влияние достаточно большое количество различных факторов (генетических, инфекционных, эндокринных, аутоиммунных), не менее важное значение имеют медицинские и социальные характеристики «портрета» беременных, что позволяет выявить группы риска и использовать полученную информацию при проведении необходимых лечебных мероприятий, в т.ч. своевременной лекарственной терапии с целью обеспечения нормальных родов и предотвращения негативных последствий для матери и ребенка.

Цель исследований: проведение анализа медико-социальных аспектов НБ.

Дударенкова Марина Рудольфовна, кандидат фармацевтических наук, доцент кафедры управления и экономики фармации, фармацевтической технологии и фармакогнозии. E-mail: dfarm88@mail.ru

Гладунова Елена Павловна, кандидат фармацевтических наук, доцент кафедры управления и экономики фармации. E-mail: mapharm@rambler.ru

Кшнясева Светлана Константиновна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии. E-mail: hyroxya@mail.ru

Горбунова Екатерина Сергеевна, интерн

Для достижения поставленной цели решались следующие **задачи**: изучение социальной проблемы, связанной с НБ; контент-анализ карт беременной и родильницы по следующим направлениям: НБ, ЗБ, беременность с гиперкоагуляционным синдромом (ГКС), гемолитической тромбофилией (ГТ), плацентарными нарушениями (фетоплацентарная недостаточность – ФПН, гемодинамические нарушения – ГДН); анализ характеристик медико-социальных аспектов беременных по исследуемым направлениям в части возраста, рода занятий, типа конституции, количества предыдущих беременностей, наличия медицинских абортот, сопутствующих заболеваний, период диагностирования (неделя, триместр).

Объектами исследования послужили индивидуальные карты беременной и родильницы женской консультации ГАУЗ «Оренбургская областная клиническая больница № 2» (ГАУЗ «ООКБ № 2» за 2013 (1100 шт.) и 2014 (899 шт.) годы. Достоверность выявленных результатов составила 100%, так как исследование проводилось на основе генеральной выборки.

Вынашивание беременности зависит от многих факторов. Остановку роста и развития эмбриона/плода могут вызвать тромботические осложнения, обусловленные генетическими дефектами системы свертывания крови у беременной. Наиболее распространенными среди них являются: мутация фактора V Лейден, мутация протромбина G20210A, мутация метилтетрагидрофолатредуктазы, полиморфизм гена активатора плазминогена, полиморфизм тромбоцитарных рецепторов. Нарушения свертывающей системы крови, вызванные антифосфолипидным синдромом, также определяют неблагоприятное развитие эмбриона/плода. В ранние сроки беременности не исключена роль прямого повреждающего воздействия антифосфолипидных антител на структуры плодного яйца с последующим самопроизвольным прерыванием беременности. При данной патологии нарушается процесс имплантации плодного яйца. Кроме того, при антифосфолипидном синдроме наблюдается уменьшение образования сосудов плаценты и снижение ее функции, что может стать причиной неразвивающейся беременности. Другая причина нарушения развития эмбриона и плаценты при антифосфолипидном синдроме — тромбирование и повреждение маточно-плацентарных сосудов. Выделяют критические периоды во время беременности, в которые плодное яйцо, эмбрион, плод особенно уязвимы для неблагоприятных воздействий. Первый триместр (с 1 по 13 неделю) в целом более опасен для развития плода: период имплантации (7-12 день), период

эмбриогенеза (3-8 неделя, особенно 3-4-я и 8-я), период формирования плаценты (до 12 недель, особенно 8-11-я). Однако риск несет и второй триместр беременности (период формирования важнейших функциональных систем плода (20-24 недели, особенно 16-18 неделя) [4, 5].

Наиболее подвержены риску ЗБ следующие группы женщин: в возрасте после 35 лет; делавшие множество абортот; женщины, у которых ранее диагностировалась внематочная беременность; женщины с аномалиями развития матки) [5]. Как показали результаты исследований, в 2013 г. выявляемость по изучаемым направлениям составила: НБ – 2,27% (25 женщин), ЗБ – 4% (44 женщины), беременность с ГКС – 1% (11 женщин), ГТ – 0,91% (10 женщин), ФПН – 7,82% (86 женщин), ГДН – 7,64% (84 женщины). В 2014 г. выявляемость составила: НБ – 1,33% (12 женщин), ЗБ – 2,56% (23 женщины), беременность с ГКС – 1,67% (15 женщин), ГТ – 0,89% (8 женщин), ФПН – 5% (45 женщин), ГДН – 9,79% (88 женщин).

По результатам выкопировки данных из амбулаторных карт **2013 г.** было установлено, что НБ выявлялось у женщин: в возрасте от 21 до 43 года; большинство из них работали 84% (21 женщина); среди них преобладали нормостеники 72% (18 женщин). В 64% (16 женщин) случаев настоящая беременность являлась первой или второй. В 36% (9 женщин) случаев это 3 либо последующая беременность, причем именно у них до наступления настоящей беременности имели место медицинские аборты. Беременность проходила на фоне сопутствующих заболеваний, таких как: эрозия шейки матки, хронический пиелонефрит по 12% (3 женщины); железодефицитная анемия, бронхиальная астма, миома матки, хронический аднексит, гастрит, вегетососудистая дистония (ВСД) по 4% (1 женщина).

НБ выявлялось в 52% (13 женщин) случаев в I триместре: 20% (5 женщин) случаев на 8 неделе беременности; 16% (4 женщины) на 5 неделе беременности; 8% (2 женщины) на 10 неделе беременности; по 4% (1 женщина) на 6, 7, 9, неделях беременности. В 48% (12 женщин) случаев данная патология выявлялась во II триместре: по 8% (2 женщины) на 13, 18, 19, 23 неделях беременности; 4% (1 женщина) на 21 неделе беременности.

По результатам выкопировки данных из амбулаторных карт **2014 г.** было установлено, что НБ выявлялось у женщин: в возрасте от 19 до 38 года; 50% (6 женщин) из них работали; среди них преобладали нормостеники 66,67% (8 женщин). В 41,67% (5 женщин) случаев настоящая беременность являлась первой или второй. В 58,33% (7 женщин) случаев это 3

либо последующая беременность, причем именно у них до наступления настоящей беременности имели место медицинские аборт. Беременность проходила на фоне сопутствующих заболеваний, таких как: железодефицитная анемия – 33,33% (4 женщины), хронический аднексит 8,33% (1 женщина).

НБ выявлялось в 50% (6 женщин) случаев в I триместре: 25% (3 женщины) случаев на 7 неделе беременности; 16,67% (2 женщины) на 12 неделе беременности; 8,33% (1 женщина) на 11 неделе беременности. В 41,67% (5 женщин) случаев данная патология выявлялась во II триместре: 25% (3 женщины) на 15 неделе беременности; по 8,33% (1 женщина) на 18 – 19 и 20 неделях беременности. В 8,33% (1 женщина) случаев НБ выявлялось в III триместре: 8,33% (1 женщина) случаев на 39 неделе беременности.

По результатам выкопировки данных из амбулаторных карт 2013 года было установлено, что ЗБ выявлялась у женщин: в возрасте от 20 до 38 года; большинство из них работали 81,82% (36 женщин); среди них преобладали нормостеники 84,1% (37 женщин). В 65,91% (29 женщин) случаев настоящая беременность являлась первой или второй. В 34,09% (15 женщин) случаев это 3 либо последующая беременность, причем именно у них до наступления настоящей беременности имели место медицинские аборт. Беременность проходила на фоне сопутствующих заболеваний, таких как: эрозия шейки матки 18,18% (8 женщин); железодефицитная анемия 6,8% (3 женщины); гастрит, острые респираторные вирусные инфекции, хронический аднексит, хронический тонзилит, хронический аллергический ринит по 4,55% (2 женщины); хронический бронхит, холецистит, пиелонефрит, ветряная оспа, псориаз по 2,27% (1 женщина).

ЗБ выявлялась в 93,18% (41 женщина) случаев в I триместре: по 38,64% (17 женщин) случаев на 7-8 неделях беременности; по 18,18% (8 женщины) на 9-10 и 11-12 неделе беременности; 11,36% (5 женщины) на 5-6 неделях беременности; 6,82% (3 женщины) на 3-4 неделях беременности. В 6,82% (3 женщины) случаев данная патология выявлялась во II триместре: 4,55% (2 женщины) на 15-16 неделях беременности; 2,27 % (1 женщина) на 13-14 неделях беременности. По результатам выкопировки данных из амбулаторных карт 2014 года было установлено, что ЗБ выявлялась у женщин: в возрасте от 24 до 40 лет; большинство из них работали 82,61% (19 женщин); среди них преобладали нормостеники 86,96% (19 женщин). В 60,87% (14 женщин) случаев настоящая беременность являлась первой или второй. В 39,13% (9 женщин) случаев это 3 либо последующая беременность,

причем именно у них до наступления настоящей беременности имели место медицинские аборт. Беременность проходила на фоне сопутствующих заболеваний, таких как: хронический пиелонефрит 8,7% (2 женщины); железодефицитная анемия, хронический гастрит, хронический холецистит, хронический пиелонефрит, псориаз, сывороточная болезнь по 4,35% (1 женщина).

ЗБ выявлялась в 86,96% (20 женщин) случаев в I триместре: по 21,74% (5 женщин) случаев на 6 и 9 неделях беременности; по 17,39 % (4 женщины) на 7-8 и 11-12 неделе беременности; 8,69% (2 женщины) на 10 неделе беременности. В 13,04% (3 женщины) случаев данная патология выявлялась во II триместре: по 4,35% (1 женщина) на 14, 16, 18 неделях беременности. По результатам выкопировки данных из амбулаторных карт 2013 г. было установлено, что ГКС выявлялся у женщин: в возрасте от 25 до 29 года; большинство из них работали 81,82% (9 женщин); среди них преобладали нормостеники 63,64%, (7 женщины). В 54,55% (6 женщины) случаев настоящая беременность являлась первой или второй. В 45,45% (5 женщины) случаев это 3 либо последующая беременность, причем именно у них до наступления настоящей беременности имели место медицинские аборт. Беременность проходила на фоне сопутствующих заболеваний, таких как: эрозия шейки матки 45,45% (5 женщины); железодефицитная анемия и ожирение по 36,36% (4 женщины); ГДН I «А» степени 18,18% (2 женщины); гастрит, хронический гепатит С, кольпит по 9,1% (1 женщина). ГКС выявлялся в 54,55% (6 женщин) случаев в II триместре: 36,36% (4 женщины) случаев на 15-16 неделях беременности; 18,18% (2 женщина) на 12 неделе беременности. В 45,45% (5 женщин) случаев данная патология выявлялась в III триместре: 36,36% (4 женщины) на 28-29 неделях беременности; 9,1% (1 женщина) на 30 неделе беременности. Выявлена 1 антенатальная гибель плода на 16-17 неделе.

По результатам выкопировки данных из амбулаторных карт 2014 г. было установлено, что ГКС выявлялся у женщин: в возрасте от 18 до 30 лет; большинство из них работали 80% (12 женщин); среди них нормостеники 100% (15 женщин). В 80% (12 женщин) случаев настоящая беременность являлась первой или второй. В 20% (3 женщины) случаев это 3 либо последующая беременность, причем именно у них до наступления настоящей беременности имели место медицинские аборт. Беременность проходила на фоне сопутствующих заболеваний, таких как: железодефицитная анемия 73,33% (11 женщин); хронический пиелонефрит 20% (3 женщины); кольпит 13,33% (2 женщины); миопия,

хронический панкреатит, эрозия шейки матки, гепатит В по 6,67% (1 женщина).

ГКС выявлялся в 13,33% (2 женщины) случаев в I триместре: 13,33% (2 женщины) на 9 – 10 неделях беременности. Данная патология выявлялась в 73,33% (11 женщин) случаев в II триместре: 33,33% (5 женщин) на 26-27 неделях беременности; 13,33% (2 женщины) случаев на 12-13 неделях беременности; по 6,67% (1 женщина) на 9-10, 14-15, 17-18, 20-21 и 24-25 неделях беременности. В 13,33% (2 женщин) случаев ГКС выявлялся в III триместре: по 6,67% (1 женщины) на 30 и 32-33 неделях беременности. По результатам выкопировки данных из амбулаторных карт **2013 г.** было установлено, что ГТ выявлялась у женщин: в возрасте от 21 до 33 года; большинство из них работали 90% (9 женщин); среди них преобладали нормостеники 90% (9 женщин). В 50% (5 женщины) случаев настоящая беременность являлась первой или второй. В 50% (5 женщин) случаев это 3 либо последующая беременность, причем именно у них до наступления настоящей беременности имели место медицинские аборт. Беременность проходила на фоне сопутствующих заболеваний, таких как: железодефицитная анемия 60% (6 женщины); тромбоцитоз 40% (4 женщины); эрозия шейки матки 30% (3 женщины); гепатит С, ВИЧ-инфекция по 20% (2 женщины); ГДН I «А» степени, хронический холецистит, ожирение, гипотиреоз, гастрит по 10% (1 женщина).

ГТ выявлялась в 30% (3 женщины) случаев в I триместре: 20% (2 женщины) случаев на 10-11 неделях беременности; 10% (1 женщина) на 6 неделе беременности. Во II триместре 30% (2 женщины): 30% (3 женщины) на 12-13 неделях беременности. В 40% (4 женщины) случаев данная патология выявлялась в III триместре: 30% (3 женщины) на 27-28 неделях беременности; 10% (1 женщина) на 35 неделе беременности. Выявлено 2 случая самопроизвольного выкидыша на 10 и 14 неделях беременности.

По результатам выкопировки данных из амбулаторных карт **2014 г.** было установлено, что ГТ выявляется у женщин: в возрасте от 23 до 40 года; работали 100% (8 женщин); среди них преобладали нормостеники 75% (6 женщин). В 25% (2 женщины) случаев настоящая беременность являлась первой или второй. В 75% (6 женщины) случаев это 3 либо последующая беременность, причем именно у них до наступления настоящей беременности имели место медицинские аборт. Беременность проходила на фоне сопутствующих заболеваний, таких как: железодефицитная анемия, миопия по 37,5% (3 женщины); ГДН I «А» степени 25% (2 женщины);

гепатит С, ожирение, дефицит массы тела, гастрит по 12,5% (1 женщина)

ГТ выявлялась в 12,5% (1 женщина) случаев в I триместре: 12,5% (1 женщина) на 11-12 неделях беременности. Во II триместре – 37,5% (3 женщины): 25% (2 женщины) на 17 неделе беременности; 12,5% (1 женщина) на 20 неделе беременности. В 50% (4 женщин) случаев данная патология выявлялась в III триместре: по 25% (2 женщины) на 30 и 31-32 неделях беременности.

По результатам выкопировки данных из амбулаторных карт **2013 г.** было установлено, что ФПН выявлялась у женщин: в возрасте от 18 до 41 года; большинство из них работали 62% (53 женщины); среди них преобладали нормостеники 77% (67 женщин). В 69% (59 женщин) случаев настоящая беременность являлась первой или второй. В 31% (27 женщин) случаев это 3 либо последующая беременность, причем именно у них до наступления настоящей беременности имели место медицинские аборт. Беременность проходила на фоне сопутствующих заболеваний, таких как: железодефицитная анемия 58,1% (50 женщин), ГДН I «А» степени 20,93% (18 женщин), артериальная гипертензия 4,6% (4 женщины), ожирение 5,8% (5 женщин), бронхиальная астма 1,2% (1 женщина), острые респираторные вирусные инфекции 4,6% (4 женщины), варикозная болезнь 2,3% (2 женщины).

ФПН выявлялась в 19,77% (17 женщин) случаев в II триместре: 6,98% (6 женщин) случаев на 24-25 неделях беременности; по 8,14% (7 женщины) на 21-22 и 27 неделях беременности; 1,2% (1 женщина) на 17 неделе беременности. В 80,23% (69 женщин) случаев данная патология выявляется в III триместре: 27,91% (24 женщин) на 32-33 неделях беременности; 13,95% (12 женщин) на 34-35 неделях беременности; 11,63% (10 женщин) на 36-37 неделях беременности; 8,14% (7 женщин) на 38-39 неделях беременности; 11,63% (10 женщины) на 30 неделе беременности; 5,81% (5 женщин) на 40-41 неделях беременности; 1,16% (1 женщина) на 28 неделе беременности.

По результатам выкопировки данных из амбулаторных карт **2014 г.** было установлено, что ФПН выявлялась у женщин: в возрасте от 21 до 39 года; большинство из них работали 68,89% (31 женщина); среди них преобладали нормостеники 86,67% (39 женщин). В 73,33% (33 женщины) случаев настоящая беременность является первой или второй. В 26,67% (12 женщин) случаев это 3 либо последующая беременность, причем именно у них до наступления настоящей беременности имели место медицинские

аборты. Беременность проходила на фоне сопутствующих заболеваний, таких как: ГДН I «А» степени 42,22% (19 женщин) и железодефицитная анемия по 42,22% (19 женщин); миопия 15,56% (7 женщин); ВСД и кольпит по 13,33% (6 женщин); ожирение и пиелонефрит по 8,89% (4 женщины); острые респираторные вирусные инфекции, гипотиреоз, миома матки по 4,44% (2 женщины); варикозная болезнь, ветряная оспа, гастрит, бронхит по 2,22% (1 женщина).

ФПН выявлялась в 13,33% (6 женщин) случаев в II триместре: по 6,67% (3 женщины) случаев на 25-26 неделях беременности; по 4,44% (2 женщины) на 27 неделе беременности; 2,22% (1 женщина) на 20-21 неделе беременности. В 86,67% (39 женщин) случаев данная патология выявлялась в III триместре: 26,67% (12 женщин) на 32-33 неделях беременности; 17,78% (8 женщин) на 34-35 неделях беременности; 15,56% (7 женщин) на 30 неделе беременности; 11,11% (5 женщин) на 36-37 неделях беременности; 8,89% (4 женщины) на 31 неделе беременности; 4,44% (2 женщины) на 38-39 неделях беременности.

По результатам выкопировки данных из амбулаторных карт 2013 г. было установлено, что ГДН I «А» степени выявлялись у женщин: в возрасте от 19 до 44 года; большинство из них работали 64,29% (54 женщины); среди них преобладали нормостеники 88,1%, (74 женщины). В 72,62% (61 женщина) случаев настоящая беременность являлась первой или второй. В 27,38% (23 женщин) случаев это 3 либо последующая беременность, причем именно у них до наступления настоящей беременности имели место медицинские аборт. Беременность проходила на фоне сопутствующих заболеваний, таких как: железодефицитная анемия 44,05% (37 женщин), ожирение 11,9% (10 женщин), варикозная болезнь 3,57% (3 женщины), острые респираторные вирусные инфекции, артериальная гипертензия по 2,38% (2 женщины), гипотиреоз 1,19% (1 женщина).

ГДН выявлялись в 36,9% (31 женщин) случаев в II триместре: 17,86% (15 женщин) случаев на 21-22 неделях беременности; 8,33% (7 женщин) на 20 неделе беременности; 7,14% (6 женщин) на 23-24 неделях беременности; по 1,19% (1 женщина) на 17, 19, 25 неделях беременности. В 63,1% (53 женщин) случаев данная патология выявлялась в III триместре: 27,38% (23 женщины) на 32-33 неделях беременности; 29,76% (25 женщин) на 30-31 неделях беременности; по 2,38% (2 женщины) на 36-37 и 34-35 неделях беременности; 1,19% (1 женщина) на 38 неделе беременности.

По результатам выкопировки данных из амбулаторных карт 2014 г. было установлено, что ГДН I «А» степени выявлялись у женщин: в возрасте от 20 до 45 года; большинство из них работали 60,23% (53 женщины); среди них преобладали нормостеники 77,27% (68 женщин). В 65,9% (58 женщин) случаев настоящая беременность являлась первой или второй. В 34,1% (30 женщина) случаев это 3 либо последующая беременность, причем именно у них до наступления настоящей беременности имели место медицинские аборт. Беременность проходила на фоне сопутствующих заболеваний, таких как: железодефицитная анемия по 44,32% (39 женщин); миопия 25% (22 женщины); ожирение 18,18% (16 женщин); ВСД 15,91% (14 женщин); тромбоцитопения 6,82% (6 женщин); хронический пиелонефрит, ринит и дефицит массы тела по 4,55% (4 женщины); хронический гастрит, тромбоцитоз по 3,41% (3 женщины); гепатит С, хронический цистит, гипотиреоз по 2,72% (2 женщины); ВИЧ-инфекция, хронический панкреатит, сахарный диабет, хронический ларингит, хронический бронхит по 1,14% (1 женщина).

ГДН выявлялись в 51,14% (45 женщин) случаев в II триместре: по 22,73% (20 женщин) случаев на 20-21 неделях беременности; 14,77% (13 женщин) на 22-23 неделях беременности; 9,1% (8 женщин) на 23-24 неделях беременности; 3,41% (3 женщины) на 25-26 неделях беременности; (1 женщина) на 19 неделе беременности. В 48,86% (43 женщин) случаев данная патология выявлялась в III триместре: 18,18% (16 женщин) на 30 и 31-32 неделях беременности; 6,82% (6 женщин) на 33-34 неделях беременности; 4,55% (4 женщин) на 36-37 неделях беременности; 1,14% (1 женщина) на 38-39 неделях беременности.

Выводы: НБ – это социальная проблема, причины которой разнообразны. По направлениям исследований НБ и ЗБ установлены в 69 случаях из 1100 (6,27%, 2013 год) и в 35 из 899 (3,89%, 2014 год). Кроме того, в 2013 г. при беременности с ГКС произошла антенатальная гибель плода на 16-17 неделе, а при беременности с ГТ – 2 случая самопроизвольных выкидышей на 10 и 14 неделях. В 2014 г. исход беременностей с ГКС, ГТ и плацентарными нарушениями положительный. Показано, что минимальный возраст пациенток – 18 лет, максимальный – 45 лет, средний – 31,5, причем это средний возраст женщин, у которых диагностируют НБ, ЗБ и плацентарные нарушения, а средний возраст беременных с ГКС и ГТ составляет 27 лет. Большинство беременных – работающие (182 из 260, 70%, 2013 г.; 129 из 191, 67,54%, 2014 г.), по типу конституции преобладают нормостеники

(212, 81,54%, 2013 год; 155, 81,15%, 2014 г.). Настоящая беременность являлась первой или второй у 67,69% (176, 2013 г.) и у 64,92% (124, 2014 г.), третьей или последующей у 32,31% (84, 2013 г.) и у 35,08% (67, 2014 г.), причем в данном случае всегда имели место медицинские аборт. Беременность протекала на фоне различных заболеваний, среди которых железодефицитная анемия отмечалась чаще всего. Следует отметить, что НБ и ЗБ сопровождалась эрозией шейки матки, хроническими заболеваниями и вирусными инфекциями, при беременности с ГКС, ГТ и ФПН диагностировали ожирение и ГДН, с ГКС и ГТ – эрозию шейки матки, тромбоцитоз и др. НБ и ЗБ диагностировали в первом и втором триместрах, ГКС и ГТ – во всех триместрах, плацентарные нарушения – во втором и третьем триместрах. Один случай НБ зафиксирован в третьем триместре на 39 неделе беременности в 2014 г. Полученные данные использованы в

практической деятельности и положены в основу фармакоэкономических исследований.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Ведищев, С.И.* Медико-социальные аспекты невынашивания беременности / *С.И. Ведищев, Е.В. Османов, Е.В. Жернаков* и др. // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. 2011. Том 15, вып. № 16 (111). URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/mediko-sotsialnye-aspekty-nevynashivaniya-beremennosti>.
2. *Демография России.* 17.04.2015. URL: http://ruexpert.ru/Демография_России.
3. *Информационное агентство России ТАСС.* 17.04.2015. URL: <http://tass.ru>.
4. *Макаров, И.* Замершая беременность: признаки и причины // Медицинский центр «Арт-Мед». 27.05.2012. URL: <http://www.7ya.ru/article/Zamershaya-beremennost-priznaki-i-prichiny>.
5. *Почему замирает беременность?* URL: <http://www.probirka.org/zhenskoe-besplodie/2602-pochemu-zamiraet-beremennost.html>.

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF MISCARRIAGE

© 2015 M.R. Dudarenkova¹, E.P. Gladunova², S.K. Kshnyaseva¹, E.S. Gorbunova¹

¹ Orenburg State Medical University

² Samara State Medical University

Results of content analysis of pregnant and prenatal women records are given in article, the stated of social problem connected with miscarriage in the following directions are defined: pregnancy, miscarriage, missed abortion, pregnancy with hypercoagulative syndrome, a hemolytic thrombophilia, placental disorders. In the course of research such characteristics of medical and social aspects as age, occupation, constitution type, number of the previous pregnancies, existence of medical abortions, associated diseases, the diagnosing periods were analyzed (week, trimester).

Key words: *pregnancy, medical and social aspects*

Marina Dudarenkova, Candidate of Pharmacy, Associate Professor at the Department of Management and Economy of Pharmacy, Pharmaceutical Technologies and Pharmacognosy. E-mail: dfarm88@mail.ru;

Elena Gladunova, Candidate of Pharmacy, Associate Professor at the Department of Management and Economy of Pharmacy. E-mail: managpharm@rambler.ru;

Svetlana Kshnyaseva, Candidate of Medicine, Associate Professor at the Department of Obstetrics and Gynecology. E-mail: hypoxya@mail.ru;

Ekaterina Gorbunova, Intern