

# Репродуктивне здоров'я жінок-лікарів різних спеціальностей

Ю.П. Вдовиченко, О.С. Шелигін

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

**Мета дослідження:** зниження частоти порушень репродуктивної функції, акушерських та перинатальних ускладнень жінок-лікарів різних спеціальностей на підставі вивчення клінічних, функціональних, психологічних, ендокринологічних, імунологічних і мікробіологічних особливостей, а також розроблення і впровадження алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

**Матеріали та методи.** Дослідження проведено у два етапи. На першому етапі було обстежено 150 жінок-лікарів різних спеціальностей віком від 26 до 35 років зі стажем роботи від одного до 10 років. На другому етапі дослідження було обстежено 150 вагітних жінок-лікарів, яких розподілили на три групи порівняння. У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, психологічні, лабораторні, доплерометричні, кардіотокографічні та статистичні методи.

**Результати.** Результати проведених досліджень свідчать, що жінки-лікарі різних спеціальностей входять до групи високого ризику щодо розвитку різних ускладнень вагітності і пологів, а також перинатальної патології. Використання медико-психологічної підготовки, починаючи з прегравідарного періоду у поєднанні з родинно-орієнтованими технологіями, дозволяє нормалізувати психологічний статус, виробити позитивну доміную на сприятливий результат вагітності і пологів, нормалізувати функціональний стан фетоплацентарного комплексу, що сприяє зниженню частоти акушерської і перинатальної патології при розродженні, а також дозволяє зберегти репродуктивне здоров'я жінок-лікарів різних спеціальностей.

**Заключення.** Отримані результати дозволяють рекомендувати удосконалений алгоритм діагностичних та лікувально-профілактичних заходів для застосування у практичній охороні здоров'я.

**Ключові слова:** жінки-лікарі, репродуктивне здоров'я, діагностика, профілактика.

В умовах сьогодення проблема репродуктивного здоров'я жінок є однією з найбільш актуальних у сучасній медицині [1, 2]. Не дивлячись на впровадження в медичну практику нових технологій, своєчасна діагностика порушень репродуктивної функції інколи залишається складною, а недостатня ефективність різних лікувально-профілактичних заходів, особливо в групах високого ризику, може призводити у подальшому і до високої частоти акушерських і перинатальних ускладнень.

Серед різних чинників ризику порушень репродуктивного здоров'я велика увага приділяється виробничим чинникам, до яких належать жінки-лікарі різних спеціальностей, причому велика їхня частина перебуває у репродуктивному віці. Професійна захворюваність в охороні здоров'я у 30 разів вище, ніж в інших галузях економіки, має тенденцію до зростання з темпом на 8–9% у рік, а частота різних хронічних захворювань серед усіх медичних працівників перевищує 30% [3, 4].

Специфіка трудової діяльності медичних працівників пов'язана з дією професійних чинників, здатних викликати захворювання, призводить до втрати працездатності, інвалід-

ності, а в деяких випадках може бути безпосередньою загрозою життю [5–8]. Серед різних виробничих чинників медичні працівники завжди є найбільш «складними» пацієнтами як для лікування безпліддя, так і для профілактики акушерських і перинатальних ускладнень.

Проблема охорони репродуктивного здоров'я медичних працівників багатогранна, її вирішення передбачає взаємодію різних напрямів охорони здоров'я і соціальної політики держави з урахуванням національних особливостей і міжнародних стандартів.

Отже, на сьогодні проблема репродуктивного здоров'я у жінок-лікарів різних спеціальностей вирішена не повністю, що диктує необхідність проведення досліджень у даному науковому напрямі.

**Мета дослідження:** зниження частоти порушень репродуктивної функції, акушерських та перинатальних ускладнень жінок-лікарів різних спеціальностей на підставі вивчення клінічних, функціональних, психологічних, ендокринологічних, імунологічних і мікробіологічних особливостей, а також розроблення і впровадження алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети дослідження було проведено у два етапи.

Так, на першому етапі було обстежено 150 жінок-лікарів різних спеціальностей віком від 26 до 35 років зі стажем роботи від одного до 10 років. Жінок-лікарів було розподілено на три основні групи:

- 1-а група – 50 лікарів поліклінічних відділень терапевтичних спеціальностей (терапевти і лікарі загальної практики);
- 2-а група – 50 лікарів ультразвукової і функціональної діагностики;
- 3-я група – 50 лікарів акушерів-гінекологів стаціонарів (пологовий стаціонар і відділення оперативної гінекології).

Такі групи були визначені у зв'язку з тим, що серед лікарів поліклінічних відділень жінки терапевти, родинні лікарі і педіатри складають до 80%; серед лікарів ультразвукової і функціональної діагностики – до 70%, а серед лікарів стаціонарів акушерів-гінекологів – до 50%. У всіх обстежених жінок-лікарів у кожній групі це була основна спеціальність, причому всі працювали на повну ставку з виконанням повного об'єму функціональних обов'язків.

Усі обстежені жінки усередині клінічних груп відповідали рекомендаціям ВООЗ, викладених в Міжнародній класифікації хвороб і станів, пов'язаних зі здоров'ям останнього перегляду [7].

Також, на першому етапі оцінювали ефективність запропонованого алгоритму лікувально-профілактичних заходів у 75 жінок-лікарів різних спеціальностей, які входили у 1-у, 2-у та 3-ю групи по 25 осіб:

- підгрупа 1.1. – лікарі терапевтичного профілю;
- підгрупа 1.2 – лікарі УЗД і функціональної діагностики;
- підгрупа 1.3 – лікарі гінекологічних і акушерських стаціонарів.

Серед основних моментів запропонованого алгоритму була направлена фітотерапія, яка проводилася з урахуванням результатів клінічних, ехографічних і лабораторних методів дослідження. Серед основних варіантів гормональної фітотерапії використовували фітоестрогени і комплексні препарати естроген-гестагенної дії. Для корекції дисметаболических порушень приймали препарати Омега-3 ненасичені жирні кислоти, гінкгобілоба, препарати артишоку і ехінацеї. Дозування і тривалість використання запропонованої терапії підбирали індивідуально під контролем клініко-лабораторних показників.

На другому етапі дослідження було обстежено 150 вагітних жінок-лікарів, яких розподілили на три групи порівняння:

- До 4-ї групи увійшли 50 жінок-лікарів, які отримували вдосконалений нами алгоритм допологової підготовки, ведення вагітності і пологів з використанням родинно-орієнтованих технологій.

- У 5-у групу були включені також 50 жінок-лікарів, які використовували лише вдосконалений нами алгоритм допологової підготовки, ведення вагітності і пологів, при цьому від партнерських пологів ці пацієнтки відмовилися.

- До 6-ї групи увійшли 50 жінок-лікарів, які не пройшли жодної підготовки до і під час вагітності, які самостійно визначали тактику ведення вагітності і пологів.

Додатковий розподіл жінок-лікарів за спеціальностями не проводили, оскільки не спостерігали виражених відмінностей (за результатами попередніх досліджень) у клінічному перебігу вагітності і пологів.

Під час розроблення вдосконаленого алгоритму ведення жінок-лікарів на етапах допологової підготовки, ведення вагітності і пологів застосовували принцип мінімізації використання медикаментозних препаратів; методи психологічного тестування під час розроблення індивідуального плану ведення вагітної з обов'язковою консультацією психолога з подальшою психологічною корекцією виявлених відхилень. При формуванні індивідуальних програм профілактики і спостереження жінок-лікарів під час вагітності враховували результати дослідження параметрів «якості життя».

У комплексі проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, біохімічні, імунологічні, доплерометричні, кардіотокографічні, морфологічні та статистичні методи.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що у жінок-лікарів різних спеціальностей після 3 років постійної роботи підвищується частота соматичної захворюваності:

- нейроциркуляторна дистонія у лікарів поліклінічних відділень – 20,0%, УЗД та функціональної діагностики (ФД) – 16,0%, у лікарів стаціонарів – 78,0%;
- тиреоїдна дисфункція – 14,0%, 16,0% та 26,0% відповідно;
- цефальгія різного генезу – 30,0%, 36,0% та 52,0% відповідно.

Основним варіантом гінекологічної захворюваності у жінок-лікарів різних спеціальностей є порушення менструальної функції (лікарі поліклінічних відділень – 28,0%; УЗД та ФД – 76,0%, стаціонарів – 88,0%) та передменструальний синдром (4,0%, 12,0% та 15,0% відповідно). У структурі порушень менструальної функції у лікарів УЗД та ФД, а також у лікарів стаціонарів основне місце посідають метроррагії (34,0% та 28,0%) та дисменорея (22,0% та 28,0% відповідно).

Після 3 років постійної лікарської роботи у жінок-лікарів УЗД та ФД, а також у лікарів стаціонарів спостерігають достовірні дисгормональні порушення:

- зниження рівня фолікулістимулюючого, лютеїнізуючого гормонів, естрадіолу, прогестерону та тиреотропного гормону;
- підвищення вмісту пролактину, адренкортикотропного гормону та кортизолу.

Жінки-лікарі гінекологічних відділень і акушерських стаціонарів мають найбільш високий ризик ( $r=0,98$ ) розвитку порушень менструальної функції, що пов'язано зі значним рівнем психоемоційного напруження і постійними стресовими ситуаціями. Жінки-лікарі ультразвукових кабінетів і функціональної діагностики мають середній рівень ризику розвитку генітальних порушень ( $r=0,76$ ), а лікарі терапевтичного профілю, які проводять поліклінічний прийом, мають найбільш низький ризик ( $r=0,52$ ) розвитку гінекологічної захворюваності.

У зв'язку з викладеними вище даними ми можемо рекомендувати наступні моменти:

- жінки-лікарі стаціонарних відділень, ультразвукової та функціональної діагностики після 3 років роботи входять до групи підвищеного ризику щодо розвитку порушень менструальної функції на фоні дисгормональних змін у гіпоталамо-гіпофізарно-яєчниковій системі та щитовидної залози.

- з метою профілактики гінекологічної захворюваності та корекції дисгормональних змін у жінок-лікарів різних спеціальностей необхідно використовувати направлену фітотерапію (фітоестрогени і комплексні препарати естроген-гестагенної дії), а для корекції дисметаболических порушень додатково препарати Омега-3 ненасичені жирні кислоти, гінкгобілоба, препарати артишоку і ехінацеї. Дозування і тривалість використання запропонованої терапії підбираються індивідуально під контролем клініко-лабораторних показників.

Використання алгоритму лікувально-профілактичних заходів дозволяє знизити частоту порушень менструальної функції у жінок поліклінічних відділень на 6,0%; УЗД та ФД – на 10,0% та лікарів стаціонарів на 16,0% відповідно, що підтверджується нормалізацією показників неспецифічної резистентності (вміст лізоциму та імуноглобулінів у сироватці крові); ендокринологічних даних (вміст естрадіолу, прогестерону та пролактину); ехографічних даних матки і придатків (зниження набрякості, відновлення гемодинаміки).

На другому етапі дослідження було встановлено, що частота основних акушерських та перинатальних ускладнень достовірно не залежить ( $p>0,05$ ) від лікарської спеціальності: загроза переривання вагітності – 28,0%; анемія вагітних – 36,0%; прееклампсія – 26,0%; плацентарна дисфункція – 70,0%; передчасні пологи – 6,0%; аномалії пологової діяльності – 32,0%, що призводить до високої частоти кесаревих розтинів – 24,0%. При розродженні через природні пологові шляхи фіксують високу частоту материнського травматизму – 36,0% відповідно.

Крім того, встановлено, що психологічне тестування у ранні терміни вагітності у жінок-лікарів дозволяє виявити однаковий рівень (незалежно від спеціальності) тривожності і поширеність типів психологічних компонентів гестаційної домінанти. При цьому виявлена залежність типів психологічної компоненти гестаційної домінанти від рівня особової і ситуаційної тривожності: при низькому рівні особової тривоги переважали сприятливі типи, при високому рівні особової тривоги переважали несприятливі типи психологічної компоненти гестаційної домінанти. Мотивація вагітності, відношення жінки до вагітності, майбутнім пологам і майбутньої дитини мають прогностичне значення у плані виявлення комплексних психологічних характеристик вагітних, що дозволяють визначити напрями психологічній допомозі та алгоритм ведення вагітності та пологів.

Функціональний стан фетоплацентарного комплексу у жінок-лікарів характеризується відсутністю достовірних змін ( $p>0,05$ ) до 32–36 тиж вагітності, після чого зростає частота ехографічних змін (до 22,0%); патологічних змін об'єму навколплідних вод (до 12,0%) та затримки розвитку плода (до 8,0%). Гемодинамічні зміни характеризуються підсиленням кровотоку в артерії пуповини ( $p<0,05$ ) та маткових артеріях ( $p<0,05$ ) на

фоні зниження кровотоку у середньо-мозкової артерії плода ( $p < 0,05$ ). Одночасно виникають і дистормональні зміни у формі достовірного зниження вмісту естріолу ( $p < 0,05$ ), плацентарного лактогену ( $p < 0,05$ ) та хоріонічного гонадотропіну ( $p < 0,05$ ) на тлі підвищення рівня альфа-фетопротеїну ( $p < 0,05$ ).

З метою зниження частоти акушерських та перинатальних ускладнень незалежно від лікарських спеціальностей можна поради наступні моменти:

- мінімізація використання медикаментозних препаратів;
- направлена психологічна корекція з урахуванням параметрів «якості життя»;

- після 30 тиж вагітності підготовка до природних пологів, формування «пологової домінанти», настрій жінки на активну участь в пологах, практичний відпрацювання навичок поведінки в пологах, настроїв і підготовка до грудного вигодовування, придбання навиків догляду за дитиною і його виховання, формування щасливого батьківства, побудова гармонійних стосунків у сім'ї;

- використання основних принципів родинно-орієнтованих технологій: мотивація на участь партнера на всіх етапах ведення вагітності і пологів; проведення клініко-функціонального обстеження (УЗД, КТГ, доплерометрія) за участю партнера і обговорення всіх виникаючих питань; вибір акушерського стаціонару у 36 тиж вагітності для огляду пологових залів і проведення індивідуальної підготовки до розродження; під час госпіталізації в акушерський стаціонар спільне рішення з партнером про його присутність на всіх етапах розродження (повна присутність; лише перший період; відсутність під час другого періоду пологів; присутність у післяпологовий період); використання різних методів знеболення в першому і другому періодах пологів; варіант прикладання до грудей матері і тілу батька; рання виписка зі стаціонару з урахуванням клінічного перебігу пологів;

### Репродуктивное здоровье женщин-врачей различных специальностей

Ю.П. Вдовиченко, А.С. Шельгин

**Цель исследования:** снижение частоты нарушений репродуктивной функции, акушерских и перинатальных осложнений у женщин-врачей различных специальностей на основе изучения клинических, функциональных, психологических, эндокринологических, иммунологических и микробиологических особенностей, а также разработка и внедрение алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

**Материалы и методы.** Исследование было проведено в два этапа: на первом этапе были обследованы 150 женщин-врачей различных специальностей в возрасте от 26 до 35 лет со стажем работы от 1 до 10 лет; на втором этапе исследований было обследовано 150 беременных женщин-врачей, которые были разделены на три группы сравнения. В комплекс проведенных исследований были включены клинические, эхографические, психологические, лабораторные, доплерометрические, кардиотокографические и статистические методы.

**Результаты.** Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что женщины-врачи различных специальностей составляют группу высокого риска по развитию различных осложнений беременности и родов, а также перинатальной патологии. Использование медико-психологической подготовки, начиная с прегравидарного периода в сочетании с семейно-ориентированными технологиями позволяет нормализовать психологический статус, выработать позитивную доминанту на позитивный результат беременности и родов, нормализовать функциональное состояние фетоплацентарного комплекса, что приводит к снижению частоты акушерской и перинатальной патологии при родоразрешении, а также позволяет сохранить репродуктивное здоровье женщин-врачей различных специальностей.

**Заключение.** Полученные результаты позволяют рекомендовать усовершенствованный алгоритм диагностических и лечебно-профилактических мероприятий в практическое здравоохранение.

**Ключевые слова:** женщины-врачи, репродуктивное здоровье, диагностика, профилактика.

– з метою контролю за перебігом вагітності та пологів у жінок-лікарів необхідно використання оцінки психологічного статусу; функціонального стану вегетативної нервової системи та фетоплацентарного комплексу.

Використання запропонованого алгоритму ведення вагітності та пологів у жінок-лікарів дозволяє нормалізувати рівень тривожності і формування сприятливих типів психологічної компоненти гестаційної домінанти, створення у жінки, яка чекає дитину, адекватного відношення до вагітності і майбутніх пологів, а також нормалізувати функціональний стан фетоплацентарного комплексу після 32–36 тиж вагітності.

Включення до алгоритму лікувально-профілактичних заходів у жінок-лікарів родинно-орієнтованих технологій щодо зниження частоти загрози переривання вагітності (з 28,0% до 16,0%); прееклампсії (з 26,0% до 4,0%); плацентарної дисфункції (з 70,0% до 24,0%) та аномалій пологової діяльності (з 32,0% до 4,0%) приводить до зменшення рівня абдомінального розродження (з 24,0% до 10,0% відповідно).

### ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що жінки-лікарі різних спеціальностей входять до групи високого ризику щодо розвитку різних ускладнень вагітності і пологів, а також перинатальної патології. Використання медико-психологічної підготовки, починаючи з прегравидарного періоду у поєднанні з родинно-орієнтованими технологіями, дозволяє нормалізувати психологічний статус, виробити позитивну доминанту на сприятливий результат вагітності і пологів, нормалізувати функціональний стан фетоплацентарного комплексу, що зрештою приводить до зниження частоти акушерської і перинатальної патології під час розродження, а також дозволяє зберегти репродуктивне здоров'я жінок-лікарів різних спеціальностей.

### Reproductive health of women of doctors of various specialties

Yu.P. Vdovichenko, O.S. Shelygin

**The objective:** depression frequencies disturbances of reproductive genesial function, obstetric and perinatal complications at women of doctors of various specialties on a basis studying clinical, functional, psychological, endocrinologic, immunologic and microbiological features, and also development and introductions algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

**Materials and methods.** Researches were carried out to two stages: at 1 stage 150 women of doctors of various specialties aged from 26 till 35 years with length of service from 1 to 10 years were surveyed; at the 2nd stage of researches 150 pregnant women of doctors who were divided into 3 groups of comparison were surveyed. In a complex of the conducted researches were included clinical, ehografical, psychological, laboratory, dopplerometrical, cardiotokografical and statistical.

**Results.** Results of the conducted researches testify that women doctors of various specialties make group of high risk on development of various complications of pregnancy and labors, and also perinatal pathology. Use of medico-psychological preparation, since the pregravidarny period in combination with the family focused technologies allows to normalize the psychological status, to develop positive majorant on positive result of pregnancy and labors, to normalize a functional condition of a fetoplacental complex that leads to depression of frequency of obstetric and perinatal pathology at a delivery, and also allows to keep reproductive health of women of doctors of various specialties.

**Conclusion.** The received results allow to recommend advanced algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions in practical health care.

**Key words:** women doctors, reproductive health, diagnostics, prophylaxis.

Сведения об авторах

**Шельгин Александр Сергеевич** – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последиplomного образования имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. E-mail: [prore-first@nmapo.edu.ua](mailto:prore-first@nmapo.edu.ua)

**Вдовиченко Юрий Петрович** – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последиplomного образования имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. E-mail: [prore-first@nmapo.edu.ua](mailto:prore-first@nmapo.edu.ua)

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Баке М.Ч., 2012. Факторы риска здоровья медицинских работников /М.Ч. Баке, И.Ю. Лусе, Д.Р. Спруджа и др. // Медицина труда и экология: 3: 28-33.
2. Веккер И.Р., 2011. Роль факторов профессиональной деятельности в развитии перинатальной патологии // Гигиена и санитария : 3 : 29-32.
3. Гатиятуллина Л.Л., 2016. Состояние здоровья медицинских работников / Л.Л. Гатиятуллина // Вестник современной клинической медицины : 9 : 3 : 69-75.
4. Горблянский Ю.Ю., 2012. Актуальные вопросы профессиональной патологии медицинских работников: метод, рекомендации /сост. Ю.Ю. Горблянский, Н.Я. Коганов, И.Н. Пиктушанская, Т.Д. Качан; Ростовский Гос. Мед. Ун-т.– Ростов н/Д : 35.
5. Измеров Н.Ф., 2015. Анализ влияния профессиональных факторов на здоровье медиков / Н.Ф. Измеров // Труд и здоровье медиков: актовая Эрисмановская лекция. – М.: Реальное время : 40.
6. Корнацкий В.М., 2017. Вплив психосоціальних чинників на стан здоров'я та якість життя населення / В.М. Корнацький, Л.О. Дяченко, В.М. Михальчук // Український кардіологічний журнал. – Київ: Четверта хвиля : 2 : 106-113.
7. Кундіев Ю.І., 2014. Професійні хвороби / Ю.І. Кундіев, А.М. Нагорна, Д.В. Варивончик. – Київ: ВД «Авіцена» : 528.
8. Нагорна А.М., 2016. Професійна захворюваність медичних працівників в Україні як медико-соціальна проблема / А.М. Нагорна, М.П. Соколова, І.Г. Кононова // Український журнал з проблем медицини праці : 2 (47) : 3-14.

Статья поступила в редакцию 25.02.2019

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

**УЧЕНЫЕ УЗНАЛИ, КАК ИЗБЫТОЧНЫЙ ВЕС ВЛИЯЕТ НА ЖЕНЩИН**

У женщин, страдающих как от избыточного веса, так и от нервной анорексии, наблюдается пониженный уровень аллопрегнанолона — вещества, способствующего хорошему настроению и самочувствию, выяснили ученые из Университета штата Иллинойс в Чикаго.

Исследование опубликовано в журнале *Neuropsychopharmacology*, передает [gogetnews.info](http://gogetnews.info).

Отмечается, что нейростероид аллопрегнанолон способствует выработке одного из двух главных женских гормонов — прогестерона. Ранее было известно, что более половины больных нервной анорексией и 43% женщин с лишним весом страдали от психических расстройств.

Изучив анализы крови, тканей, слюны и анкеты 12 женщин с этими заболеваниями, исследователи заметили, что депрессивное состояние связано с пониженной концентрацией данного вещества: в обеих группах уровень аллопрегнанолона был в два раза ниже, чем у женщин с нормальным весом.

Один из авторов исследования, доцент кафедры психиатрии Университета Иллинойса Грациано Пинна, предположил, что дефицит аллопрегнанолона может быть связан с нарушениями работы ферментов.

Использование этого нейростероида в качестве биомаркера может помочь разработке более эффективных медикаментов от депрессии и других расстройств психики, добавил Пинна.