

# АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

УДК 618.2:159.9

Оригинальная статья

## СОВРЕМЕННАЯ ПРАКТИКА ПОДГОТОВКИ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ К ВЫПОЛНЕНИЮ РОЛИ МАТЕРИ (ПО МАТЕРИАЛАМ ИНТЕРВЬЮ С ВРАЧАМИ ЖЕНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ)

**И.Ю. Аранович** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, аспирант кафедры экономики и управления здравоохранением и фармацевцией; **Е.А. Андриянова** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, заведующая кафедрой философии, гуманитарных наук и психологии, доктор социологических наук; **И.Г. Новокрещенова** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, заведующая кафедрой экономики и управления здравоохранением и фармацевцией, доктор медицинских наук.

## MODERN PRACTICE IN PREPARATION OF PREGNANT WOMEN TO MATERNITY (FROM INTERVIEW WITH GYNECOLOGISTS)

**I.Yu. Aranovich** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Economics and Management of Health Service and Pharmacy, Post-graduate; **E.A. Andriyanova** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Head of Department of Philosophy, Humanities and Psychology, Doctor of Sociological Science; **I.G. Novokreschenova** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Head of Department of Economics and Management of Health Service and Pharmacy, Doctor of Medical Science.

Дата поступления – 01.12.2010 г.

Дата принятия в печать – 24.02.2011 г.

**Аранович И.Ю., Андриянова Е.А., Новокрещенова И.Г.** Современная практика подготовки беременной женщины к выполнению роли матери (по материалам интервью с врачами женских консультаций) // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 1. С. 45-49.

В статье рассматривается проблема формирования готовности к материнству в рамках деятельности женской консультации. Анализируются результаты введения в обращение родовых сертификатов, динамика качества медицинской помощи. Выявляется оценка медицинским персоналом потребности беременных женщин в социально-психологической помощи. Определяются представления медицинских работников о готовности к материнству. Формируется целостное представление о позиции врачей акушеров-гинекологов относительно значимости, содержания и путей реализации социально-психологической помощи беременным женщинам.

**Ключевые слова:** беременность, готовность к материнству, деятельность врачей акушеров-гинекологов женской консультации, социально-психологическая помощь в женской консультации.

**Aranovich I.Yu., Andriyanova E.A., Novokreschenova I.G.** Modern practice in preparation of pregnant women to maternity (from interview with gynecologists) // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2011. Vol. 7, № 1. P. 45-49.

The article issue is the formation of maternity readiness as one of the main aims in the work of a gynecologist. The results of introduction of birth certificates and dynamics in the field of quality of medical aid have been analyzed. The necessity evaluation of pregnant women in professional social and psychological assistance has been revealed. Types of women who are ready for maternity have been obtained. The complete representation of the importance, the maintenance and the ways of realization of social and psychological help to pregnant women has been clearly identified by gynecologists.

**Key words:** pregnancy, readiness for maternity, activity of gynecologists in preparation of pregnant women for maternity, social and psychological aid for pregnant women.

**Введение.** Формирование готовности к материнству является сложным и достаточно длительным процессом, берущим начало на ранних стадиях развития будущей мамы и завершающимся уже в ходе взаимодействия с родившимся ребенком. Беременность и роды в данном процессе являются ключевыми кризисными этапами, от успешности прохождения которых зависит дальнейшее качество функционирования системы взаимоотношений «мать–отец–дети», благополучие женщины, ребенка и семьи в целом. Многие исследования в области медицины, психологии, социологии подтверждают, что беременность и роды – это не только физиологический кризис, но и кризис психологического развития, важный этап социализации женщины [1]. Это важный этап личностного роста женщины, требующий больших затрат ресурсов. Кризис освоения новой социальной роли – роли матери – представляет собой

кризис идентичности. Сформированная готовность к материнству предполагает успешное завершение кризиса идентичности, который будет сопровождаться приобретением психологического благополучия, стабилизацией эмоционального состояния, а также осознанием и принятием своей новой роли – роли матери. Процесс принятия роли матери предьявляет особые требования к личностным ресурсам и несет в себе как потенциальные возможности, так и потенциальные опасности для личности [2]. Беременность является тем исходным моментом изменения отношения между женщиной и окружающей средой, который влечет за собой динамические изменения во всех сферах поведения, деятельности и личности беременной женщины: это изменения во взаимоотношениях с окружающими, изменения в видах и качестве деятельности, изменения в смысловой и эмоциональной сферах женщины [3].

Важно создать не просто ресурсосберегающую, но и ресурсовосстанавливающую, ресурсоформирующую среду для беременной женщины. С нашей

**Ответственный автор** – Аранович Инна Юрьевна.  
Адрес: 410012, г. Саратов, ул. Б. Казачья, 112.  
Тел.: 8 905 369 83 46.  
E-mail: aranovich@inbox.ru

точки зрения, огромным потенциалом в данном отношении обладает женская консультация, а именно социально-психологическое сопровождение беременных женщин на ее базе. Для более эффективной реализации предъявляемых в настоящее время требований к женской консультации, осуществления обратной связи необходим постоянный мониторинг мнения основных субъектов акушерско-гинекологической службы. Выявление функциональных возможностей женской консультации, в том числе условий для изменения форм, методов, способов и средств оптимизации подготовки женщины к выполнению роли матери, невозможно без учета мнения профессионалов – участников данного процесса.

С целью выявления представлений врачей акушеров-гинекологов о значимости и содержании социально-психологической помощи беременным женщинам, путях её реализации, в течение 2009 г. проводилось социологическое исследование методом полуструктурированного экспертного интервью [4]. Проблема значимости и необходимости социально-психологической поддержки женщин в период беременности на уровне первичной медико-санитарной помощи изучалась в контексте профессионального поля работников амбулаторно-поликлинического звена.

**Методы.** Выборку для исследования составили врачи акушеры-гинекологи, работающие в женских консультациях г. Саратова (11 человек), г. Энгельса (6 человек), в частных медицинских центрах (4 человека). Таким образом, было получено 21 экспертное интервью. Данный выбор респондентов обусловлен тем, что беременные женщины могут являться пациентами одновременно как частных, так и муниципальных учреждений амбулаторной службы.

Интервьюирование экспертов, занятых оказанием акушерско-гинекологической помощи на уровне первичного медико-санитарного звена, позволило получить целостное представление о значимости, содержании и путях реализации социально-психологической помощи беременным женщинам. В фокусе экспертных оценок было рассмотрение не столько медицинских проблем оказания акушерско-гинекологической помощи беременным женщинам, а именно ее социально-психологическая составляющая. В процессе проведения исследования оказалось, что специалисты женских консультаций с неохотой соглашались дать интервью на заданную тематику. Свою позицию они мотивировали тем, что, как правило, сами в состоянии оказать необходимую помощь при возникновении социально-психологических проблем у беременных женщин. Если же возникает подозрение о наличии у беременной женщины нарушения психического благополучия, пусть и слабо выраженного, они стараются направить ее к психотерапевту или психологу. Один из респондентов так прокомментировал свою позицию: «Если я вижу явные проблемы с психикой, то лучше подстраховаться и направить таких пациенток к специалистам в области психического здоровья: психотерапевту или психологу» (врач-акушер-гинеколог частной клиники, 46 лет, стаж работы 21 год).

Характеристиками, значимыми для исследования, являлись такие личные данные респондентов, как место работы и должность, пол, возраст, образование и профессиональный стаж. Все респонденты имеют высшее образование, профессиональный стаж опрошенных находится в интервале от 10 до 40 лет, квалификационную категорию имеют: первую – 6

человек, высшую – 15 человек. Гид-интервью включало в себя несколько тематических блоков. Сначала выяснялось, изменились ли отношения с наблюдаемыми беременными в результате введения в обращение родовых сертификатов, насколько пациентки удовлетворены качеством оказания медицинской помощи и какие факторы влияют на степень этой удовлетворенности. Затем следовал блок вопросов, касающихся коммуникативных особенностей процесса консультирования беременных врачами акушерами-гинекологами. Выяснялись сложности, возникающие в процессе общения с беременными женщинами, частота обсуждений пациентками с врачом проблем психологического и социального характера. Ряд вопросов касался коммуникативной компетентности врачей акушеров-гинекологов. Присутствовали вопросы о том, какие службы и специалисты должны быть задействованы в оказании помощи беременным. В заключение предлагались вопросы, отвечая на которые респонденты должны были дать оценку необходимости квалифицированной социально-психологической помощи беременным на этапе женской консультации.

**Результаты.** В результате анализа ответов были получены следующие данные. На вопрос об изменении отношений с пациентками при введении родовых сертификатов все респонденты ответили, что отношение к пациенткам осталось прежним. Однако в процессе интервью были высказаны мнения, которые отражают некоторые изменения в системе отношений к беременным. «Наблюдение стало требовать больше затрат, увеличилась ответственность за беременных, а материальное вознаграждение небольшое (300-400 рублей). На мой взгляд, введение родовых сертификатов не оправдало надежд» (врач акушер-гинеколог муниципальной поликлиники, 37 лет, стаж – 13 лет). Все опрошенные специалисты отмечают ускорение темпа профессиональной деятельности, увеличение количества выполняемой на приеме документации.

На вопрос об удовлетворенности беременных женщин качеством оказания медицинской помощи в условиях женской консультации практически все эксперты ответили положительно. Пациентки вполне удовлетворены качеством оказания медицинской помощи, так как за последние годы женские консультации оснастили современной диагностической аппаратурой. «Очень многое зависит от ожиданий женщины, в большинстве женщины удовлетворены качеством оказания медицинской помощи. Но все отмечают плачевное состояние поликлиники, отсутствие ремонта, старую мебель. На степень удовлетворенности влияет не только медицинский персонал, но и техническое и эстетическое состояние помещений, в которых проводится прием» (врач акушер-гинеколог муниципальной поликлиники, 62 года, стаж – 37 лет). Большинство респондентов связывают удовлетворенность медицинской помощью беременных женщин с материально-техническим оснащением лечебных учреждений, организацией работы структурных подразделений, не уделяя должного внимания культуре обслуживания, созданию благоприятной обстановки, необходимой для комфортного пребывания женщин и создания позитивного настроения на беременность и роды. Эксперты обратили внимание на проблемные зоны в организации предоставления акушерской помощи амбулаторно-поликлинической службой с позиций удовлетворенности беременных женщин.

При оценке экспертами готовности беременных женщин к материнству были получены следующие результаты. Готовность к материнству респонденты оценивают по-разному, опираясь на разные критерии оценки. Это свидетельствует о том, что респонденты не рассматривают готовность к материнству как важный социально-психологический феномен, определяющий успешность реализации материнской роли на всех ее стадиях. Кроме того, врачи не оценивают готовность к материнству в контексте ее определения системой взаимодействия различных экономических, социальных, психологических и физиологических факторов. При этом каждый респондент связывает готовность к материнству с какими-либо определенными факторами. Критерием готовности женщин к материнству большинство врачей считают возраст беременной, паритет и желанность беременности, социальный статус (семейное положение, материальный достаток, жилищные условия). Лишь некоторые отмечают элементы психологической готовности беременных женщин: их осведомленность в вопросах физиологического течения беременности, внутриутробного развития неродившегося ребенка, его воспитания в дальнейшем. Психологическая готовность к материнству врачами акушерами-гинекологами во внимание не принимается, и соответственно работы в этом направлении не проводится. *«Часто молодые, юные беременные не до конца осознают свою ответственность за здоровье будущего ребёнка, их больше волнуют семейные и финансовые проблемы. Их мысли больше направлены на учебу или карьеру. Беременные в более старшем возрасте ответственнее и сознательнее подходят к вынашиванию будущего ребёнка. С рождением второго, третьего ребёнка некоторые надеются улучшить свое материальное положение, получив послеродовой сертификат»* (врач акушер-гинеколог муниципальной поликлиники, 40 лет, стаж – 17 лет).

Далее экспертам было предложено высказаться о сложностях, возникающих в процессе общения с наблюдаемыми беременными, респонденты затруднились сделать какие-либо обобщения. *«Сложности возникают только при общении с женщинами с нежелательной беременностью. Здесь нам помогает психотерапевт, который ведет прием в консультации, и служба социальной занятости»* (врач акушер-гинеколог муниципальной поликлиники, 56 лет, стаж – 32 года). О функциях социальных служб специалист конкретно ответить не смог, что может свидетельствовать о том, что эта помощь не используется. Трое респондентов ответили, что проблем в общении с пациентами у них не возникает, исключение составляют лица с психическими отклонениями. Подобные высказывания могут свидетельствовать о формальном характере общения с пациентами, игнорировании или просто неумении определить степень потребности беременной женщины в социально-психологической помощи.

Большинство респондентов (75%) все же отметили, что трудности в общении с беременными женщинами у них возникают. В связи с этим страдает коммуникативная сторона общения, представляющая собой обмен информацией между общающимися. Часто врачам приходится уговаривать пациенток на прохождение довольно большого объема диагностических исследований и лечебных манипуляций, требующих немалых финансовых вложений и времени. В этой ситуации от врача требуется умение донести необходимую информацию до пациента и убедить

следовать предписаниям. При организации взаимодействия с наблюдаемыми беременными врачи нередко используют манипулятивный стиль общения, который предполагает субъектно-объектные отношения, при которых врач воспринимает будущую маму как объект медицинских манипуляций, отодвигая на второй план заботу о неродившемся ребенке. Личность женщины, её готовность к роли матери в рамках такого взаимодействия оценивается исключительно по соблюдению ею всех рекомендаций, предписанных врачом.

Очевидно, что врачи уделяют минимальное значение перцептивной стороне общения, которая заключается в процессе восприятия и познания друг друга партнерами по общению и установлению на этой основе взаимопонимания. Это происходит в силу различных причин: загруженности на приеме, недостатка времени, выделяемого для беседы.

На вопрос об оценке коммуникативной культуры акушеров-гинекологов респонденты не дали однозначных ответов. Одним из экспертов было отмечено, что *«молодые врачи более открыты для полноценного общения, что можно объяснить отсутствием негативного опыта, имеющегося у «ветеранов»* (врач акушер-гинеколог 45 лет, стаж – 20 лет). Коммуникативная компетентность в профессиональной деятельности врача означает не только умение психологически правильно строить отношения с пациентом, но и способность в процессе этих отношений оставаться в рамках профессиональной роли.

Важным в структуре гид-интервью является блок вопросов, посвященный исследованию готовности пациенток делиться с врачом проблемами психологического и социального плана. Включение данного вопроса в гид-интервью обусловлено тем, что ответы на него позволяют нам подтвердить или опровергнуть гипотезу о том, что современные беременные женщины нуждаются в профессиональной психологической поддержке на уровне первичной медико-санитарной помощи.

На первый план в оценке экспертами социальных факторов, воздействующих на психическое благополучие беременных, выходит неуверенность многих женщин в завтрашнем дне. Данная неуверенность обусловлена современными социально-экономическими условиями жизни, которые характеризуются экспертами как нестабильные, противоречивые, стрессовые. Эксперты акцентируют внимание на том, что базовыми потребностями человека являются все-таки материальные потребности и потребности в безопасности, а когда нет ощущения стабильности, что может быть обусловлено отсутствием собственного жилья (в нашем исследовании в 20% случаев), нестабильным семейным положением (гражданский брак и отсутствие брака в 35,5% случаях), зависимым материальным положением (домохозяйки и учащиеся в 26,1%), то повышается уровень тревожности и возникают проблемы психологического характера. На вопрос о необходимости психологической помощи беременным утвердительно ответили большинство экспертов. *«Да, конечно, беременные нуждаются в психологической поддержке, особенно мнительные, впечатлительные, как правило, ожидающие первого ребёнка или имеющие негативный опыт предыдущей беременности и родов»* (врач акушер-гинеколог муниципальной поликлиники, 37 лет, стаж – 13 лет).

Однако среди экспертов были и другие мнения. *«Беременным женщинам психологическая помощь не нужна. У них есть муж, родители, которые мо-*

гут оказать необходимую поддержку. В женской консультации врачи должны осуществлять медицинское наблюдение за течением беременности, не вдаваясь ни в какие подробности личной жизни» (врач акушер-гинеколог муниципальной поликлиники, 54 года, стаж – 32 года). Характерно, что данное мнение высказывалось специалистом, имеющим большой профессиональный стаж и опыт работы.

Некоторые эксперты считают, что «вникать в чужие проблемы не стоит», да и обращаются к ним за помощью наблюдаемые женщины достаточно редко. Это значит, что данные специалисты выбрали директивный стиль взаимоотношений и видят в пациентах объект врачебных исследований и манипуляций.

В ходе исследования обнаружилось, что у многих экспертов в их медицинской практике были случаи, когда наблюдаемые ими беременные высказывали желание оставить родившегося ребёнка в родильном доме. Большинство экспертов подчёркивали, что существуют несколько категорий женщин, которые могут оставить ребёнка в родильном доме. Самая распространённая – это женщины, ведущие асоциальный образ жизни, редко встающие на диспансерный учёт, не выполняющие врачебные рекомендации. Но есть и другая категория женщин, демонстрирующая девиантное материнское поведение. *«Как правило, женщина сразу всем своим видом показывает, что ребёнок ей не нужен, и она приходит с просьбой помочь избавиться от него любыми способами. Такая женщина вызывает у акушера-гинеколога негативное отношение, которое проявляется при дальнейшем наблюдении. С женщиной проводятся частые беседы-уговоры, которые, как правило, бывают безрезультатны»* (врач акушер-гинеколог муниципальной поликлиники, 37 лет, стаж – 14 лет). Некоторые респонденты прямо указывают на отсутствие психологических навыков в ситуациях, когда необходимо повлиять на решение женщины. *«Да, бывали такие случаи. Проводила беседу, но вряд ли она могла повлиять на решение женщины оставить ребёнка. Навыка убеждения у меня нет, бывает трудно найти подходящие слова»* (врач акушер-гинеколог муниципальной поликлиники, 43 года, стаж – 17 лет).

**Обсуждение.** Таким образом, приведенные суждения показывают, как трудно специалистам в сложных ситуациях оставаться в рамках профессиональной роли врача и осуществлять эффективное взаимодействие, приводящее к позитивным результатам. Богатый жизненный и профессиональный опыт, хорошо развитая интуиция позволяют специалистам определить подлинные намерения женщин, планирующих оставить ребёнка в роддоме, но справиться с проблемой материнской девиации специалистам мешает недостаточная коммуникативная компетентность, отсутствие навыков убеждения, загруженность на приёме, лимит времени. Упускается возможность использовать временной фактор, поскольку в процессе наблюдения за течением беременности можно эффективно влиять на систему ценностей и убеждений будущей матери [5].

Респонденты продемонстрировали достаточно схожие взгляды на проблему материнской депривации и свои возможности повлиять на нее. Мнение практически всех респондентов сводится к тому, что позитивно повлиять на женщину, решившую оставить ребёнка в роддоме, невозможно.

На основании полученных в ходе гид-интервью данных высказывания респондентов можно разде-

лить на 3 группы. В первую группу можно включить позицию тез врачей, которые пытаются оказать психологическую помощь, опираясь на свой профессиональный и жизненный опыт, и в случае неудачи обращаются за помощью к психотерапевтам, подчеркивая их наличие в женской консультации и необходимость тесного контакта с ними. Ко второй группе относятся специалисты, которые считают психологическую поддержку необходимой для всех женщин, встающих на диспансерный учёт по поводу беременности. И есть группа респондентов, считающих психологическую помощь беременным женщинам необязательной.

**Заключение.** Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о наличии существенного противоречия между формальными целями и задачами, ставящимися перед женскими консультациями в связи с осуществляющейся реформой системы здравоохранения и фактической реализацией на практике. Несмотря на введение родовых сертификатов, улучшение материально-технической оснащённости женских консультаций, как отмечают респонденты, отношения с наблюдаемыми беременными женщинами не изменились. При этом все респонденты указали на то, что в связи с увеличением объема документации, которую необходимо заполнять, время на общение с беременными сократилось, а отношения стали более формальными. Говоря о сохранении прежнего характера отношений между врачами и беременными женщинами, акушеры-гинекологи имеют в виду, прежде всего, выполнение своих профессиональных обязанностей, не учитывая социально-психологических аспектов коммуникации, акцент на которые в новых условиях является приоритетным.

Оценивая собственную коммуникативную компетентность, акушеры-гинекологи были единодушны в том, что ее уровень достаточно высок. При этом, как видно из ответов, формирование коммуникативной компетентности акушеров-гинекологов носит стихийный, интуитивный, а не целенаправленный характер, поэтому зачастую врачи-специалисты не знают, как помочь беременной женщине в решении ее социально-психологических проблем. Анализ ответов респондентов (акушеров-гинекологов) показал наличие противоречия между реализацией врачами своих профессиональных обязанностей и социально-психологических задач. Они не просто противопоставляются, но и рассматриваются как несовместимые (акцент на психологической помощи наносит ущерб профессиональным функциям, профессиональной роли).

В ответах на вопрос о том, насколько необходима квалифицированная социально-психологическая помощь беременным женщинам в женской консультации, в основном признав ее необходимость, акушеры-гинекологи скорее продемонстрировали незнание того, в чем конкретно она заключается. Те же специалисты, которые наглядно могли убедиться в эффективности социально-психологической работы с беременными женщинами, не только направляют к психотерапевтам и психологам своих пациенток, но и сами обращаются за помощью.

Готовность к материнству современных беременных женщин акушерами-гинекологами оценивается односторонне. Акцентируется внимание лишь на профессиональных аспектах, а также на материальных факторах данной готовности (жилищные условия, доход и т.д.). При этом совершенно не принимаются

во внимание социально-психологические факторы этого процесса.

Учитывая все изложенное, можно сделать вывод о том, что на данный момент отсутствуют четко выработанные механизмы и алгоритмы совместной деятельности трех основных направлений работы женской консультации: медицинской, социальной и психологической помощи. В связи с этим полноценная подготовка беременной женщины к выполнению роли матери не реализуется.

#### Библиографический список

1. Волков А.Е., Рымашевский Н.В. Психологические особенности женщин в динамике физиологической беремен-

ности // Современные направления психотерапии и их клиническое применение: матер. I Всерос. учеб.-практ. конф. по психотерапии. М.: Изд-во института психотерапии, 1996. С. 107-109.

2. Соколова О.А., Сергиенко Е.А. Динамика личностных характеристик женщин в период беременности как фактор психического здоровья матери и ребенка // Психологический журнал. 2007. № 6. С. 69-81.

3. Филиппова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии // Вопросы психологии. 2001. № 2. С. 22-37.

4. Ядов В.А. Стратегия социологического исследования: описание, объяснение, понимание социальной реальности. 7-е изд. М.: Добросвет, 2003. 596 с.

5. Шапошникова Т.Е. Психологические аспекты готовности к материнству // Психотерапия. 2004. № 6. С. 9-19.

УДК 618.29-02:546.15(045)

Оригинальная статья

### ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРЕНАТАЛЬНОГО ЙОДНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

**Н.А. Курмачева** – ГУЗ Саратовский областной центр планирования семьи и репродукции, заведующая учебно-методическим центром репродуктивной медицины, доктор медицинских наук; **Ю.В. Наумова** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, аспирант кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС; **И.Е. Рогожина** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС, доцент, кандидат медицинских наук.

#### STATE OF NEWBORNS ACCORDING TO PRENATAL IODINE INTAKE

**N.A. Kurmacheva** – Saratov Regional Centre for Family Planning and Reproduction, Head of Teaching and Methodical Centre for Reproductive Medicine, Doctor of Medical Science; **Yu.V. Naumova** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Obstetrics and Gynaecology of Raising Skills Faculty, Post-graduate; **I.E. Rogozhina** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Head of Department of Obstetrics and Gynaecology of Raising Skills Faculty, Assistant Professor, Candidate of Medical Science.

Дата поступления – 21.01.2011 г.

Дата принятия в печать – 24.02.2011 г.

**Курмачева Н.А., Наумова Ю.В., Рогожина И.Е.** Особенности состояния новорожденных в зависимости от пренатального йодного обеспечения // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 1. С. 49-52.

Проведено сравнение состояния новорожденных в условиях отсутствия пренатальной йодной профилактики (1-я группа); нерегулярного приема недостаточных профилактических доз йодосодержащих препаратов матерями (2-я группа); адекватного пренатального йодного обеспечения (3-я группа).

Доказано, что только адекватное потребление йода беременными женщинами (не менее 250 мкг йодида калия в сутки) позволяет существенно снизить у новорожденных частоту нарушений адаптации (в 2,3-2,5 раза), дисгармоничного физического развития (в 2,5-2,8 раза), перинатальной энцефалопатии (в 1,5-1,7 раза), острых инфекционных заболеваний (в 1,5-1,6 раза), неонатальной гипертиреотропиемии (в 4,2-9,4 раза).

**Ключевые слова:** йодный дефицит, качество пренатальной йодной профилактики, неонатальная гипертиреотропиемия, состояние новорожденных.

**Kurmacheva N.A., Naumova Yu.V., Rogozhina I.E.** State of newborns according to prenatal iodine intake // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2011. Vol. 7, № 1. P. 49-52.

Comparison analysis of the state of newborns in the conditions of the absence of prenatal iodine prevention (group 1); irregular receiving inadequate preventive doses of iodine-containing drugs (group 2); adequate prenatal iodine prevention (group 3) has been carried out. It is shown that only an adequate consumption of iodine by pregnant women (at least 250 µg of potassium iodide per day) can significantly reduce the frequency of neonatal disorders of adaptation (in 2,3-2,5 times), disharmonious physical development (in 2,5-2,8 times), perinatal encephalopathy (in 1,5-1,7 times), acute infectious diseases (in 1,5-1,6 times) and neonatal hyperthyrotropinemia (in 4,2-9,4 times).

**Key words:** iodine deficiency, quality of prenatal iodine prevention, neonatal hyperthyrotropinemia, state of newborns.

**Введение.** Йодный дефицит (ЙД) является одним из важнейших факторов, определяющих показатели младенческой смертности, заболеваемости, риск нарушений физического и нервно-психического развития детей первого года жизни [1]. В России до настоящего времени отсутствуют эффективные профилактические программы, направленные на ликвидацию йододефицитных заболеваний (ЙДЗ). Это приводит к персистенции йодной недостаточности среди населения, в том числе у детей, беременных и кормящих женщин [2]. Самым распространенным и опасным ЙДЗ во время беременности является

гестационная гипотироксинемия, обуславливающая необратимые нарушения формирования головного мозга плода [3, 4]. Для предотвращения гестационной гипотироксинемии экспертами ВОЗ в 2007 г. было рекомендовано увеличение суточных нормативов потребления йода беременными женщинами до 250 мкг [5]. Однако в действующих федеральных стандартах, методических руководствах использованы рекомендации прежних лет, поэтому большинство акушеров-гинекологов, терапевтов женских консультаций и педиатров России продолжают назначать беременным недостаточные дозы (150-200 мкг/сутки) таблетированных йодосодержащих препаратов [6].

В настоящее время практически нет исследований, которые касались бы состояния здоровья детей раннего возраста в условиях проводившейся прена-

**Ответственный автор** – Курмачева Наталья Александровна.

Адрес: 410600, г. Саратов, ул. Вавилова, 13.

Тел.: 8.927 222 84 90.

E-mail: kurmna@mail.ru