

В.І. Чебан

Буковинська державна медична академія

ПЕРВИННА СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНА ПРОФІЛАКТИКА ПОРУШЕНЬ РЕПРОДУКТИВНОГО РОЗВИТКУ В СИСТЕМІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Ключові слова: репродуктивне здоров'я, шкідливі звички, фактори ризику, первинна профілактика, здоровий спосіб життя, санітарна освіта, сімейна медицина.

Резюме. Проаналізовано проблему репродуктивного здоров'я як складової популяційного здоров'я; наслідки негативного впливу факторів ризику на репродуктивне формування. Запропоновано технології первинної профілактики на етапі первинної медико-санітарної допомоги та сімейної медицини.

Репродуктивне здоров'я, за визначенням ВООЗ, — це стан повного фізичного, розумового і соціального добробуту, а не просто відсутність патології репродуктивної функції. Реалізація завдань з охорони репродуктивного здоров'я передбачає сукупність методів, прийомів і послуг шляхом запобігання проблем, що стосуються репродуктивного здоров'я та їх наслідків [4].

Першочергове завдання соціально-медичного профілактичного напрямку — вивчення проблеми **репродуктивного розвитку молодого покоління**.

Чи можна вважати людину здоровою, коли вона (він), досягши дітородного віку, з будь-яких причин є неіздатною(ним) до народження дитини? Чи можна вважати здоровою ту людину, яка спроможна до зачаття, виношування та народження дитини, але її (його) нащадок нежиттєздатний? Чи можна вважати здоровим подружжя, створене чоловіком і жінкою, які можуть народжувати здорових дітей тільки з іншими (позашлюбними) партнерами, але не здатних зробити це у створеній ними сім'ї? Чи можна вважати здоровою популяцію, репродуктивний потенціал якої знижений і в силу тих чи інших біологічних механізмів не дозволяє зберегти її чисельність?... Ми поділяємо зміст таких запитань із думкою окремих авторів [10] і раніше висловили своє розуміння поняття «репродуктивне здоров'я» [2]. Результати власних досліджень переконують нас у тому, що провідні чинники, які формують репродуктивне здоров'я, — спосіб життя індивіда, сім'ї та суспільства.

«Якісне» репродуктивне здоров'я — це складна мультифакторна система, розвиток якої зумовлений впливом певних чинників ризику: **ендогенних** (природжених вад розвитку, спадкових та інших хвороб) і **екзогенних** (хвороб, шкідливих звичок — тютюнопаління, зловживання алкоголем, наркотичними речовинами), ожиріння, порушень обміну речовин і харчування, несприятливих техногенних та інших впливів.

Незважаючи на численні дослідження, присвячені впливу алкоголю, тютюнопаління і наркоманії на чоловічий та жіночий організм, відсутня єдина інтерпретація отриманих результатів. У більшості клінічних робіт автори не враховують можливості поєднання шкідливих звичок з такими чинниками, як соціально-економічні, виробничі, генетичні та інші, які можуть не просто негативно впливати на репродуктивну систему, а в сукупності ще й посилювати агресивну дію.

Узагальнення результатів клініко-статистичних досліджень свідчить про те, що:

- у **чоловічому організмі** токсична дія алкоголю на гонади проявляється у зниженні продукції тестостерону і підвищенні рівня естрогенів у крові [1];
- алкоголь, перш за все, впливає на гонади через гіпоталамо-гіпофізарну систему, зумовлюючи порушення синтезу і метаболізму статевих гормонів;
- **неплідність** унаслідок морфологічної та функціональної неповноцінності гамет виявлена у 12% пацієнтів; навіть після разового вживання у великих дозах алкоголю виявляли морфологічні зміни зрілих сперматозоїдів, при хронічному алкоголізмі — суттєві порушення чоловічих гонад: атрофію паренхіми, гіперплазію сполучної тканини, а при гострій і підгострій алкогольній інтоксикації — жирове переродження звивистих каналців, вакуолізацію, каріолізис;
- **алкоголізм батька** призводив до відставання розумового розвитку дітей, ступінь якого підтверджений коефіцієнтом прямої кореляції з тривалістю і стадією алкоголізму батька.

Водночас у дітей, які народилися через 2–3 роки після того, як батько припинив вживання алкогольних напоїв, ніяких відхилень у стані здоров'я не виявлено.

Негативний вплив алкоголю на **жіночий організм**, за даними окремих досліджень, відзначався порушенням менструального циклу, гіпофункцією яєчників, що зумовлювало ранній (у віці 37–40 років) клімакс. Вживання алкоголю спричинювало підви-

шення частоти виникнення таких ускладнень вагітності та пологів, як токсикоз першої половини вагітності — 26%, патологічні пологи — 10,5%; випадки гіпоксії новонароджених — 12,5%, мертвонародження — 25,5%, внутрішньоутробна загибель плода — 5,9%; загроза переривання вагітності — 29%; спонтанний аборт — 36%; пологи ускладнювалися слабкістю пологової діяльності — 19%; асфіксія новонароджених — 13,4% випадків [12].

Природно, що наслідки алкоголізму обох батьків для нащадка більш серйозні. При порівнянні розвитку дітей, які народились у сім'ях, де один із батьків — алкоголік, встановлено, що зловживання спиртними напоями матер'ю спричинює появу неповноцінного нащадка в 3,5 рази частіше, ніж алкоголізм батька. Це можна пояснити ураженням яйцеклітини. Крім того, протягом усього періоду вагітності етанол (продукт розщеплення спирту) токсично впливає на плід, у післяпологовому періоді алкоголь та його метаболіти виявляють у грудному молоці. Етиловий спирт легко проникає через плаценту і накопичується у тканинах плода, багатих фосфоліпідами (головному мозку), а також в еритроцитах.

Виведення алкоголю з організму здійснюється за рахунок ферментів печінки, тому його метаболізм в організмі плода можливий лише у другій половині вагітності. Особливо відчутна дія етанолу на нервову систему, зокрема на головний мозок. Результати спостережень свідчать, що у матерів-алкоголічок олігофрени народжуються в 10 разів частіше, ніж у інших. Навіть у разі відсутності у нащадка виражених порушень діяльності центральної нервової системи під час ретельного обстеження виявляють розлади її регуляції.

У 1973 р. вперше описаний та виокремлений як самостійна нозологічна одиниця **алкогольний синдром плода (АСП)** [3]. Пізніше у науковій літературі цей синдром має назву: *алкогольна ембріопатія, фетальний алкоголізм, ембріональний алкогольний синдром* тощо. Головна ознака алкогольної ембріопатії — відставання розвитку в пре- і постнатальний періоди, яке відзначали у 97% випадках АСП. Крім цього, досить часто при АСП відзначають ураження центральної нервової системи, яке проявляється розумовою відсталістю (89%), олігофренією (34%), психоневротичними розладами, порушеннях моторної функції (80%), епілепсією. Описано специфічні краніоцефальні зміни: гіпоплазія черепа (55%), мікроцефалія (93%), мікрофтальмія (80%), укорочення довжини очних шілін (92%), блефарофімоз, недорозвинення нижньої щелепи, сидлоподібний ніс; вади розвитку серця (49%); аномалії розвитку сечостатевої системи, атрезія ануса [11].

Залежно від вираженості патологічних проявів визначають легку, середню та важку форми АСП. Ризик розвитку АСП у дітей, народжених жінками, які зловживали спиртними напоями, становив 40–

50%. Останнім часом стало відомо про те, що алкогольна ембріопатія може бути наслідком надходження етанолу в організм жінки не лише в період, а й до настання вагітності.

У розвинутих країнах частота народження дітей з ознаками алкогольної ембріопатії становить від 1 на 100 до 1 на 2500 пологів [12]. Не випадково ВООЗ запропонувала розглядати хронічний алкоголізм матері як показання до стерилізації або переривання вагітності в ранні строки.

Широке поширення **тютюнопаління** теж викликає значну загрозу для репродуктивного популяційного розвитку (як для здоров'я батьків, так і для їх нащадків). У чоловіків, окрім негативного впливу на органи і системи, воно порушує сперматогенез.

Щодо негативного впливу нікотину на жіночий організм тютюнопаління розглядається як чинник ризику виникнення окремих гінекологічних захворювань [9], ранніх самовільних викиднів, токсикозу вагітності (особливо її другої половини), передчасних пологів, хронічної гіпоксії та гіпотрофії плода. Тютюнопаління особливо небезпечно для плода за наявності в матері екстрагенітальної патології та гінекологічних захворювань. Тютюнопаління також призводить до ускладненого перебігу вагітності й пологів, підвищення рівня перинатальної смертності (в середньому — в 1,3 рази), зменшення маси тіла й антропометричних показників новонароджених, а також до відставання дітей у фізичному та інтелектуальному розвитку [11].

Небезпечною та загрозовою динамічною тенденцією для формування репродуктивного здоров'я населення є поширення серед підлітків і окремих груп осіб дитородного віку **наркоманії, токсикоманії**. Вживання наркотичних та подібних до них речовин можуть зумовлювати такі фактори:

- вплив сім'ї (недостатній рівень виховання, життєві проблеми, негативний приклад батьків);
- особистісні (відчуття тривоги, незахищеності, депресія, емоційна нестабільність, ворожість, цікавість, втрата контролю тощо);
- соціально-культурні (загальноприйняті норми поведінки в певних групах населення) [7].

Широкий спектр наркотиків включає наркотичні речовини, дозволені законодавством тільки для медичного використання, і заборонені психотропні речовини (коноплі, сирий опій, ЛСД). Дозволені наркотичні речовини використовують протизаконно у разі застосування їх без призначення лікаря.

Найпоширенішими групами наркотичних препаратів є:

- леткі речовини (клей, аерозолі, розчинники, паливні гази);
- канабіс-препарати з конопель (гашиш, маріхуана);
- опіати (героїн, кодеїн);
- барбітурати;

- амфетаміни та їх похідні;
- кокаїн;
- галюциногенні наркотики (ЛСД, екстазі);
- саморобні наркотики (вироблені в домашніх умовах або «підпільних» лабораторіях і схожі за хімічною формулою з наркотиками, які контролюються законодавством).

Так, наприклад, у 1959–1961 рр. після вживання вагітними снодійного талідоміду (контергану) в країнах Західної Європи, за статистикою лише в Західній Німеччині у 1962 р. народилось 7 тис. дітей з тяжкими природженими вадами [8].

Як відомо, основи індивідуального здоров'я і нездоров'я (в тому числі й репродуктивного) закладаються та формуються саме в дитячому віці [5, 6] у відповідному середовищі (сім'ї, навчальних закладах), де важливу роль відіграє якість надання первинної медико-санітарної допомоги лікарями загальної практики — сімейними лікарями, педіатрами та фахівцями, які надають спеціалізовану медичну допомогу.

Зрозуміло, що в сучасних умовах реформування ланки первинної медико-санітарної допомоги потребує відповідних державних асигнувань, але ми пропонуємо такі реформи розпочинати з технологій первинної профілактики порушень репродуктивного формування, які не потребують значних матеріальних затрат. Йдеться, перш за все, про активізацію належної санітарної освіти (відомий подібний позитивний досвід в історії охорони здоров'я), із надбанням населенням знань і вмінь щодо здорового способу життя і, зокрема, серед дітей та осіб репродуктивного віку. Важливо також залучати до

вирішення цієї проблеми психологів, спеціалістів соціальної гігієни, педагогів та інших фахівців, причетних до вивчення суспільного і особистого здоров'я людини. Але для впровадження таких профілактичних заходів їх необхідно включити до функціональних обов'язків лікаря загальної практики — сімейного лікаря як координатора профілактичного напрямку в розвитку медичної галузі.

Як альтернативний варіант пропонуємо технології первинної профілактики порушень репродуктивного формування (схема).

Вважаємо, що пропаганда здорового способу життя та залучення до вирішення цієї проблеми широких верств населення є важливою складовою частиною первинної профілактики порушень репродуктивного розвитку. Належне використання технологій первинної профілактики — першочергове завдання медичних працівників ланки первинної медико-санітарної допомоги (за активної участі інших фахівців) в оздоровленні нації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Воскресенская С.В., Войцехович И.Л. (2001) Подходы к пренатальной ультразвуковой диагностике моногенных наследственных заболеваний. Ультразвук, диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии, 4: 308–309.
2. Гойда Н.Г., Чебан В.І. (2001) Концептуальні основи біосоціального ритму репродуктивного потенціалу населення та моделі профілактики порушень на етапах його формування. Охорона здоров'я України, 1: 24–26
3. Гунев В. П. (1980) Акушерство и гинекология (София), 19(1): 66.
4. Доклад на Международной конференции по народонаселению и развитию (1994) Каир, 5–13 сентября 1994, с. 24–25.

Схема. Технології первинної соціально-медичної профілактики порушень репродуктивного формування

ТЕХНОЛОГІЇ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ		
Профілактика тютюнопаління	Профілактика зловживання алкоголем	Профілактика наркоманії, токсикоманії
<p>Політика, спрямована на профілактику тютюнопаління, має бути всебічною і включати:</p> <ul style="list-style-type: none"> • заборону прямої та будь-якої іншої реклами і просування тютюнових виробів, а також заборону виробникам тютюнових виробів спонсорувати молодіжні, спортивні та інші заходи; • ефективне інформування населення про шкідливість тютюнопаління для здоров'я; • вжиття дій щодо захисту прав некурців і розроблення закону про вільне від тютюнопаління навколишнє середовище; • податкову і ціноутворювальну політику, а також інші економічні заходи, що не підтримують виробництво й продаж тютюну; • медичні працівники мають пролагувати «непаління», інформуючи своїх пацієнтів про шкідливість тютюнопаління для здоров'я і відзначаючи позитивні аспекти «непаління»; • порада лікаря чи іншого медичного працівника у 51% випадків допомагає пацієнту кинути палити. 	<p>4 основні стратегії профілактики алкоголізму:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) національна політика щодо профілактики зловживання алкоголем. Координація торгівлі, включаючи законодавство з оподаткування, обмеження реклами, часу й місця продажу алкогольних напоїв — важливий інструмент контролю вживання алкоголю; 2) санітарна освіта, спрямована на інформування населення про небезпеку алкоголю для здоров'я та психологічну і соціальну шкоду, а також обставини, коли вживання алкоголю може створити небезпечні ситуації; 3) виявлення небезпечних і шкідливих випадків вживання алкоголю (опитування пацієнтів про звички щодо вживання алкоголю, анкетування). Такі анкети нескладні у використанні і мають високий ступінь достовірності; 4) протягом кількох хвилин бесіди з пацієнтом лікар може: <ul style="list-style-type: none"> • виокремити певні проблеми, зумовлені вживанням алкоголю, зв'язок між ними; • переконатися, що пацієнт усвідомлює свою належність до категорії людей, яким загрожує алкоголізм; • зазначити необхідність відмови пацієнта від вживання алкоголю. <p>Мета: сформувати у пацієнта готовність змінити свій спосіб життя, обрати стратегію, яка відповідає мотивації щодо зміни способу життя, надати допомогу пацієнту в разі прийняття ним рішення припинити пити.</p>	<p>Профілактика наркоманії включає:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) зниження ризику для людини стати наркоманом; 2) зменшення шкоди, що завдає вживання наркотиків. <p>Існують основні стратегії щодо здійснення профілактичних заходів: обмежувальне законодавство, освіта, раннє виявлення наркоманії, лікування і зменшення шкоди від вживання наркотиків.</p> <p>Головна мета санітарної освіти — формування такого ставлення до наркотиків, яке б зробило їх вживання непривабливим для молоді. Необхідно пролагувати здоровий спосіб життя, який веде до розумового і фізичного здоров'я.</p> <p>Раннє виявлення медичними працівниками вживання наркотиків можливе шляхом:</p> <ul style="list-style-type: none"> • збирання анамнезу про використання лікарських засобів підлітками і дорослими; • аналізу сечі на наявність наркотиків. <p>Існуючі тести мають певні обмеження, оскільки виявляють наявність лише недавно вжитих наркотиків. Негативний результат тесту не виключає зловживання ними.</p>

5. Кулаков В.И., Серов В.Н., Демидов В.Н. (2000) Алгоритм пренатального мониторинга (пособие для врачей). Акушерство и гинекология, 5: 56–59.

6. Польша Н.С., Єременко Г.М., Цибенко Т.О., Сапуга І.Є. (1997) Актуальні проблеми профілактичної медицини дітей і підлітків в Україні. Мед. вести, 3: 2–3.

7. Профілактика в первинних структурах охорони здоров'я: посібн. для поліпшення якості роботи (1999) CINDI—Україна, Київ, с. 165.

8. Сердюк А.М., Горбань Є.М., Маруніч В.В. (1998) Стан та перспективи наукових досліджень у системі медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів в Україні. Лік. справа, 5: 148–155.

9. Шевелева Г.А. (1987) Влияние курения и никотина на репродуктивную функцию. Акушерство и гинекология, 12: 46–51

10. Юрьев В.К. (2000) Методология оценки и состояние репродуктивного потенциала девочек и девушек. Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины, 4: 3–5.

11. Boomer A.L., Christensen B.L. (1982) J. Reprod. Med., 27(7): 385.

12. Majewski F.W. (1985) Gynak. Prax., 9(2): 221.

ПЕРВИЧНАЯ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО РАЗВИТИЯ В СИСТЕМЕ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

В.И. Чебан

Резюме. Проанализировано проблему репродуктивного здоровья как составную часть популяционного здоровья; следствия отрицательного влияния факторов риска на репродуктивное формирование. Предложены технологии первичной профилактики

на этапе первичной медико-санитарной помощи, семейной медицины.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, вредные привычки, факторы риска, первичная профилактика, здоровый образ жизни, санитарное просвещение, семейная медицина.

PRIMARY SOCIO-MEDICAL PROPHYLAXIS OF DISORDERS OF THE REPRODUCTIVE DEVELOPMENT WITHIN THE FRAMEWORK OF FAMILY MEDICINE

V.I. Cheban

Summary. The problem of reproductive health as a component of the health of communities is discussed; the consequences of the negative effect of risk factors (as derivatives of harmful habits) on the reproductive formation are analyzed. The technologies of primary prophylaxis at the stage of primary medical-sanitary service, family medicine have been proposed.

Key words: reproductive health, harmful habits, risk factors, primary prophylaxis, healthy life-style, health education, family medicine.

Адреса для листування:

Чебан Василь Іванович

58000, Чернівці, пл. Театральна, 2
Буковинська державна медична академія
E-mail: luchak@ctd.ite.chernovtsy.ua
bma@msa.cv.ua

РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

ЧИ МОЖНА ВВАЖАТИ ГЛОБАЛІЗАЦІЮ ПОЗИТИВНОЮ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ?

Dollar D. (2001) Is globalization good for your health? Bull. WHO, 79(9): 827–833.

Визначено чотири ключові аспекти щодо співвідношення глобалізації та здоров'я населення. 1. Економічна інтеграція — потужна сила для підвищення прибутків населення бідних країн, а за останні 20 років кілька великих країн, що розвиваються, стали на шлях відкритості у торгівлі та інвестуванні, що зумовило стрімкий темп розвитку економіки в цих країнах (швидше, ніж у розвинутих державах). 2. Відсутня тенденція до збільшення різниці прибутку населення у відкритих країнах. Збільшене зростання, яке супроводжує глобалізацію у країнах, що розвиваються, позитивно впливає на бідні верстви населення (опосередковані позитивні ефекти на рівні харчування, малюкової смертності, інші показники здоров'я, пов'язані з прибутками). 3. Економічна інтеграція може негативно впливати на побічні ефекти на здоров'я: наприклад, поширення СНІДу мігрантами. Однак

як відносно відкриті, так і відносно закриті країни, що розвиваються, мають однаково важкі проблеми ВІЛ/СНІДу, практичне рішення яких — не стільки в площині політики економічної інтеграції, скільки в політиці у сфері охорони здоров'я. Так само вільна торгівля тютюновими виробами призводить до збільшення кількості осіб, які палять, поки не впроваджуються мотивовані з медичної точки зору ініціативи з боротьби за здоровий спосіб життя. Глобальна інтеграція потребує створення дієвих інституцій, спрямованих на забезпечення високого рівня здоров'я населення, та розроблення відповідних стратегій і прийняття політичних рішень. 4. Міжнародна ситуація може бути змінена на користь бідних країн (наприклад, можуть бути створені умови вибору для фармацевтичних інноваційних фірм мати свої права з інтелектуальної власності або на ринках багатих країн, або бідних, а не обох одночасно). Отже, посиляться мотивації для досліджень з медицини і в багатих, і в бідних країнах. Саме такий шлях вважаємо перспективним і доцільним на найближче майбутнє. Бібл. 21.