

яниями (26,7% против 17,5%).

Сопутствующие расстройства были представлены разнообразными проявлениями основных психопатологических расстройств в рамках психоорганического синдрома и выглядели следующим образом (табл. 2).

ВЫВОДЫ

1. Несмотря на явную разницу в криминогенной опасности исследуемых групп, по многим показателям, характеризующим течение органического психического расстройства (тип течения, характер наблюдения в психоневрологическом диспансере и приёма медикаментов, темп прогрессивности), исследуемые группы различались незначительно.

2. В группе лиц, совершивших впоследствии общественно опасное деяние, преобладают пациенты с психотическим уровнем расстройств, которые представлены преимущественно галлюцинаторно-бредовой симптоматикой.

3. Группа органических психических расстройств, несмотря на свою высокую криминогенную опасность, не получает достаточного внимания со стороны амбулаторной психиатрической сети. Пациенты с органическими психическими расстройствами редко направляются в психиатрические стационары, а получить сведения о наличии, например, декомпенсаций в домашних условиях сложно. По этой причине зачастую многие сведения об анамнезе органического психического расстройства мы получаем уже

при попадании больных на судебно-психиатрическую экспертизу. Необходим комплексный подход к профилактике самого заболевания, что может привести к улучшению криминального прогноза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вандыш В.В. Органическое психическое расстройство: функциональный диагноз // Судеб. психиатр. Актуал. пробл. — 2012. — №9. — С. 29–41. [Vandysh V.V. Organic mental disorder: functional diagnosis. *Sudebnaya psikhiiatriya: aktual'nye problemy*. 2012; 9: 29–41. (In Russ.)]

2. Гиленко М.В. Судебно-психиатрические аспекты коморбидности органических психических расстройств и зависимости от ПАВ // Судеб. психиатр. Актуал. пробл. — 2012. — №9. — С. 42–51. [Gilenko M.V. Forensic psychiatric aspects of comorbidities of organic mental disorders and psychoactive drugs addiction. *Sudebnaya psikhiiatriya: aktual'nye problemy*. 2012; 9: 42–51. (In Russ.)]

3. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных (психопатологические механизмы и профилактика). — М.: Медицина, 1995. — 256 с. [Mal'tseva M.M., Kotov V.P. *Opasnye deystviya psikhicheski bol'nykh (psikhopatologicheskie mekhanizmy i profilaktika)*. (Dangerous acts of mental patients (psychopathologic mechanisms and prevention)). Moscow: Meditsina. 1995; 256 p. (In Russ.)]

4. Попов С.Н., Винникова И.Н. Клинико-криминологическая характеристика лиц с органическими психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния // Казанский мед. ж. — 2014. — Т. 95. №1. — С. 49–54. [Popov S.N., Vinnikova I.N. Clinical and criminological characteristics of patients with organic mental disorders who had repeatedly committed socially dangerous acts. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*. 2014; 95 (1): 49–54. (In Russ.)]

5. Ткаченко А.А. Руководство по судебной психиатрии. — М: Юрайт, 2012. — 960 с. [Tkachenko A.A. *Rukovodstvo po sudebnoy psikhiiatrii*. (Handbook of forensic psychiatry.) Moscow: Yurayt. 2012; 960 p. (In Russ.)]

УДК 616.34-007.272-036.11: 616-089.15: 616.12-008.35: 616.152.21

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ОЦЕНКА ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ КИШКИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Магомедзагир Исагаджиевич Нестеров¹, Муталим Рамазанович Рамазанов^{2*},
Муртазаали Муталимович Рамазанов³, Эльмирза Алиевич Алиев⁴

¹Акушинская центральная районная больница, с. Акуша, Россия;

²Дагестанская государственная медицинская академия, г. Махачкала, Россия;

³Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина, г. Москва, Россия;

⁴Дагестанский государственный технический университет, г. Махачкала, Россия

Реферат

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения острой кишечной непроходимости путём разработки нового устройства и способа интраоперационной оценки жизнеспособности кишки для определения уровня её резекции и формирования межкишечного анастомоза.

Методы. Нами разработан новый аппарат для исследования насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови, пульса, уровня перфузии и интрамурального давления в стенке кишки. Новый метод оценки гемоциркуляции был использован для изучения уровня резекции кишки интраоперационно и формирования кишечного анастомоза у 50 пациентов основной группы. Также вычисляли индекс жизнеспособности шовной полосы по формуле, предложенной М.Р. Рамазановым (2008), и насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови

DOI: 10.17750/KMJ2015-161

шовной полосы. Контрольная группа состояла из 44 пациентов, у которых резекцию кишки и кишечные анастомозы выполняли без исследования гемоциркуляции по поводу острой кишечной непроходимости до разработки нами нового аппарата.

Результаты. Интрамуральное давление в зоне тонкокишечной непроходимости у 10 больных оказалось статистически значимо ниже ($48,4 \pm 0,6/36,3 \pm 0,6$ мм рт.ст. при системном давлении $120,2 \pm 0,8/80 \pm 0,6$ мм рт.ст) по сравнению с нормальными показателями 15 больных ($86,5 \pm 0,9/60,3 \pm 0,5$ мм рт.ст., $p < 0,0001$). Интрамуральное давление в стенке тонкой кишки в условиях перитонита у 5 больных было ещё ниже ($38,3 \pm 0,6/30,1 \pm 0,6$ мм рт.ст. при системном давлении $120,2 \pm 0,8/80 \pm 0,6$ мм рт.ст., $p < 0,0001$). Во всех случаях уровень резекции перемещён в проксимальном направлении, где индекс жизнеспособности был выше 1. При использовании нового подхода при резекции кишки и формировании межкишечного анастомоза у 50 пациентов основной группы не было несостоятельности швов, в то время как в контрольной группе после операции несостоятельность швов была обнаружена в 6 случаях из 44.

Вывод. Разработанный нами аппарат позволяет адекватно оценить гемоциркуляцию при кишечной непроходимости; определение индекса жизнеспособности кишки и насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови можно использовать при острой кишечной непроходимости для интраоперационного уточнения уровня резекции кишки.

Ключевые слова: кишечная непроходимость, интраоперационная оценка жизнеспособности кишки, определение уровня резекции кишки.

INTRAOPERATIVE INTESTINAL VIABILITY ASSESSMENT IN ACUTE BOWEL OBSTRUCTION

M.I. Nesterov¹, M.R. Ramazanov², M.M. Ramazanov³, E.A. Aliev⁴

¹*Akusha Central District Hospital, Akusha, Russia;*

²*Dagestan State Medical Academy, Makhachkala, Russia;*

³*N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Moscow, Russia;*

⁴*Dagestan State Technical University, Makhachkala, Russia*

Aim. To improve the results of surgical treatment of acute bowel obstruction by introducing a new device and a method for intraoperative assessment of intestinal viability and further choice of resection and enteroenteroanastomosis level.

Methods. Our team has designed a new device for checking the arterial blood hemoglobin oxygen saturation, pulse rate, perfusion and intramural pressure in intestinal wall. A novel method for checking peripheral blood circulation was used for choosing the resection level during the surgery and for enteroenterostomy in 50 patients of the main group. Suture line viability index was also calculated using the formula proposed by M.R. Ramazanov (2008), suture line arterial blood hemoglobin oxygen saturation was also determined. Control group included 44 patients, in whom intestinal resection and enteroenterostomy for acute bowel obstruction were performed without examining the peripheral blood circulation before the device was introduced.

Results. Intramural pressure in bowel obstruction area in 10 patients was significantly lower ($48,4 \pm 0,6/36,3 \pm 0,6$ mm Hg at arterial blood pressure of $120,2 \pm 0,8/80 \pm 0,6$ mm Hg) compared to the similar parameter in 15 healthy patients ($86,5 \pm 0,9/60,3 \pm 0,5$ mm Hg, $p < 0,0001$). Intestinal wall intramural pressure in patients with peritonitis in 5 patients was even lower ($38,3 \pm 0,6/30,1 \pm 0,6$ mm Hg at arterial blood pressure of $120,2 \pm 0,8/80 \pm 0,6$ mm Hg, $p < 0,0001$). In all cases the resection level was moved towards the proximal end, where viability index was higher than 1. None of 50 patients in whom the novel approach was used for defining the resection area and enteroenterostomy have developed suture line disruption, while in the control group suture line disruption was observed in 6 out of 44 patients.

Conclusion. The developed device allows to adequately access the peripheral blood flow in bowel obstruction, intestinal viability index and arterial blood hemoglobin oxygen saturation might be used in bowel obstruction to specify the intestinal resection level during surgery.

Keywords: bowel obstruction, intraoperative intestinal viability assessment, intestinal resection level choosing.

До настоящего времени центральное место продолжает занимать проблема несостоятельности швов межкишечных анастомозов после резекции кишки по поводу острой кишечной непроходимости [1, 3, 4, 13].

Оценка жизнеспособности кишки во время операции при острой кишечной непроходимости с помощью лазерной доплеровской флоуметрии [12], ангиотензиометрии по М.З. Сигалу [6, 11], пульсометрографии по З.М. Сигалу [10], электромиографии [5] оказалась недостаточной. Разработка нового способа и устройства для интраоперационной оценки жизнеспособности кишки при острой кишечной непроходимости — актуальная проблема.

Целью настоящего исследования было улучшение результатов хирургического лечения при острой кишечной непроходимости путём разработки нового устройства и спо-

соба интраоперационной оценки жизнеспособности кишки для определения уровня её резекции и формирования межкишечного анастомоза.

С 1978 по 2014 гг. в хирургическом отделении Акушинской центральной районной больницы Республики Дагестан перенесли резекцию кишки и межкишечные анастомозирование по поводу острой кишечной непроходимости 94 больных — 31 женщина и 63 мужчины. Из них 50 больных (основная группа) перенесли эту операцию с исследованием гемоциркуляции и сатурации в зоне анастомоза, а 44 пациента (контрольная группа) — без исследования гемоциркуляции.

Распределение больных по нозологической структуре было следующим: спаечная тонкокишечная непроходимость — 18 (19,1%) человек, заворот тонкой кишки — 9 (9,6%), узлообразование тонкой кишки — 5 (5,3%),

странгуляционная тонкокишечная непроходимость — 4 (4,3%), спаечная непроходимость поперечной ободочной кишки — 17 (18,1%), опухолевая обтурационная непроходимость поперечной ободочной кишки — 14 (14,9%), заворот сигмовидной ободочной кишки — 10 (10,6%), мегадолихо-сигма — 8 (8,5%), рак сигмовидной ободочной кишки с обтурацией просвета — 9 (9,6%) пациентов.

В соответствии с возрастной классификацией Всемирной организации здравоохранения пациенты распределялись следующим образом: на долю лиц молодого возраста (25–44 года) пришлось 22 (23,4%) человека, среднего возраста (44–60 лет) — 55 (58,5%), пожилого возраста (60–75 лет) — 12 (12,8%), старческого возраста (75–90 лет) — 5 (5,3 %) человек.

подавляющее количество больных (63 человека, 67,0%) поступили до 2 сут от начала заболевания, 27 (28,7%) доставлены до 3 сут, и лишь 4 (4,3%) пациента — в сроки более 3 сут с момента дебюта непроходимости.

Критерии включения пациентов в исследование:

- хирургическая патология кишечника;
- возраст больных менее 91 года;
- информированное письменное согласие пациента на участие в исследовании.

Критерии исключения больных из исследования:

- тяжёлая почечная или печёночная недостаточность;
- хроническая сердечная недостаточность II–IV функционального класса;
- отказ пациента от участия в данном исследовании.

Критерии выхода больных из исследования:

- появление побочных действий лекарственных препаратов;
- отказ пациента от продолжения исследования и лечения;
- несоблюдение пациентом режима приёма лекарственных препаратов.

Давление крови в сосудах кишки во время операции исследовали по М.З. Сигалу [10], затем вычисляли индекс жизнеспособности шовной полосы по формуле, предложенной М.Р. Рамазановым [9]:

$$И = \frac{(Дп + Дб) - 20}{Дс} \geq 1,$$

где Дп — интрамуральное давление у противобрыжеечного края кишки; Дб — интра-

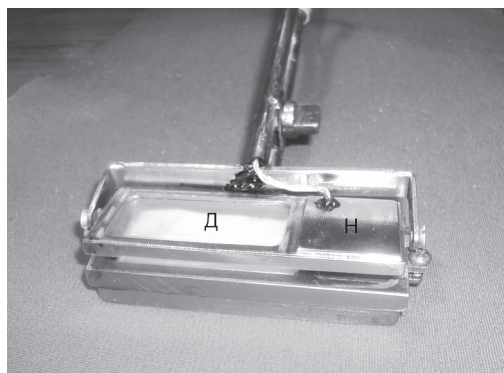


Рис. 1. Аппарат для исследования насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови, пульса, уровня перфузии, опухолевого распространения, ангиоархитектоники и давления крови в интрамуральных и экстраорганных сосудах полых органов; Д — камера для измерения интрамурального давления; Н — камера для исследования насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови

муральное давление у брыжеечного края кишки; Дс — системное давление на плече больного по Н.С. Короткову.

Интрамуральное давление и насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови в стенке кишки исследовали с помощью разработанного нами аппарата (подана заявка на патент №214103638 в Роспатент).

Параллельно изучали капиллярный кровоток с помощью аппарата ЛАКК-1, сформированные межкишечные анастомозы исследовали на механическую прочность по методике А.А. Запорожца [4].

Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием компьютерных программ статистической обработки баз данных STATGRAF и STAT4, а также SPSS 7.5. Статистическую значимость различий оценивали с помощью t-критерия Стьюдента и U-критерия Манна-Уитни.

Нами разработан новый аппарат [8] для оценки гемоциркуляции: исследования интрамурального давления [9, 11] и насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови в стенке кишки по методу, предложенному А.П. Власовым [2].

Аппарат исследует насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови, пульс, уровень перфузии и интрамуральное давление в стенке кишки. Он содержит жёсткую общую камеру четырёхугольной формы длиной 56 мм, которая разделена с помощью металлической перегородки на две камеры длиной 19 и 37 мм. Ширина камеры составляет 27,5 мм. Внутри первой большой камеры установлены три светодиодные лампочки, которые позволяют в про-

Показатели гемоциркуляции и сатурации в зоне анастомоза (основная группа, 50 пациентов)

Место замера	Давление крови, мм рт.ст., М±m		Индекс жизнеспособности	VKK, мм/с	SpO ₂ , %	Шовная полоса
	Интрамуральное	Общее				
ПБР	98,1±0,9/55,1±1,1	120,3±1,2/76,7±0,8	И >1	12,3±0,5	94±1	Проксимальная
БР	51,8±0,8/37,3±0,7	120,3±1,2/76,7±0,8				
ПБР	102±1,4/61,3±1,2	120,5±1,3/76,9±0,9	И >1	12,3±0,5	94±1	Дистальная
БР	55,7±0,9/41±0,7	120,5±1,3/76,9±0,9				

Примечание: ПБР – противобрыжеечный край кишки; БР – брыжеечный край кишки; И – индекс жизнеспособности шовной полосы; VKK – скорость капиллярного кровотока; SpO₂ – насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови; И – индекс жизнеспособности шовной полосы.

ходящем свете исследовать интрамуральное давление в стенке кишки. Во второй камере установлен излучатель, который определяет насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови (рис. 1).

Аппарат применён у 50 больных основной группы при острой кишечной непроходимости для определения уровня резекции кишки и формирования анастомоза. В эту группу вошли 20 больных с острой тонкокишечной непроходимостью, 15 больных с кишечной непроходимостью поперечной ободочной кишки и 15 больных с непроходимостью сигмовидной ободочной кишки.

В 3 случаях индекс жизнеспособности оказался ниже 1, и уровни резекции тонкой кишки были смещены до обнаружения жизнеспособной стенки кишки.

Интрамуральное давление в зоне тонкокишечной непроходимости у 10 больных оказалось статистически значимо ниже (48,4±0,6/36,3±0,6 мм рт.ст. при системном давлении 120,2±0,8/80±0,6 мм рт.ст.) по сравнению с нормальными показателями 15 больных (86,5±0,9/60,3±0,5 мм рт.ст., $p < 0,0001$). Интрамуральное давление в стенке тонкой кишки в условиях перитонита у 5 больных было ещё ниже (38,3±0,6/30,1±0,6 мм рт.ст. при системном давлении 120,2±0,8/80±0,6 мм рт.ст., $p < 0,0001$).

Во всех случаях уровень резекции перемещён в проксимальном направлении, где индекс жизнеспособности был выше 1.

Показатели гемоциркуляции и сатурации в зоне анастомоза представлены в табл. 1.

В основной группе у всех пациентов (50 больных) после резекции кишки и формирования межкишечных анастомозов с исследованием гемоциркуляции в шовной линии не было несостоятельности швов анастомозов. В контрольной группе (44 больных) после резекции кишки и формирования межкишечных анастомозов без исследова-

ния гемоциркуляции в шовной полосе установлена несостоятельность швов у 6 человек.

ВЫВОДЫ

1. Разработанный нами аппарат для исследования насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови, пульса, уровня перфузии и интрамурального давления в стенке кишки позволяет адекватно оценить гемоциркуляцию при кишечной непроходимости.

2. При острой кишечной непроходимости определение индекса жизнеспособности кишки и насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови может использоваться для интраоперационного уточнения уровня резекции кишки.

3. Формирование межкишечных анастомозов после резекции кишки по поводу острой кишечной непроходимости целесообразно при индексе жизнеспособности шовной полосы выше или равном 1, капиллярном кровотоке 12,3±0,5 мм/с и насыщении кислородом гемоглобина артериальной крови 94±1%.

ЛИТЕРАТУРА

- Агаев Э.К. Профилактика несостоятельности швов кишечных анастомозов методом перманентной внутрибрыжеечной блокады и лимфотропной терапии // Вестн. хир. им. И.И. Грекова. – 2013. – Т. 172, №1. – С. 81–84. [Агаев Э.К. Prevention of incompetence of sutures of intestinal anastomoses by the method of permanent intramesenteric blockade and lymphotropic therapy. *Vestnik khirurgii imeni I.I. Grekova*. 2013; 172 (1): 81–84. (In Russ.)]
- Власов А.П. Кишечный шов в условиях нарушенного кровоснабжения // Вестн. хир. им. И.И. Грекова. – 1992. – №5. – С. 138–143. [Vlasov A.P. Intestinal suture at impaired circulation. *Vestnik khirurgii imeni I.I. Grekova*. 1992; 5: 138–143. (In Russ.)]
- Ерохина Е.А., Топузов Э.Г., Шишкина Г.А. Тактика лечения острой кишечной непроходимости у больных раком толстой кишки // Вестн. хир. гастр. – 2011. –

№3. — С. 61. [Erokhina E.A., Topuzov E.G., Shishkina G.A. Treatment tactics of acute bowel obstruction in patients with colorectal cancer. *Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii*. 2011; 3: 61. (In Russ.)]

4. *Запорожец А.А.* Послеоперационный перитонит (патогенез и профилактика). — Минск: Наука и техника, 1974. — 182 с. [Zapozhets A.A. *Posleoperatsionnyy peritonit (patogenez i profilaktika)*. (Post-operative peritonitis (pathogenesis and prevention).) Minsk, Nauka i tekhnika. 1974; 182 p. (In Russ.)]

5. *Карякин А.М., Иванов М.А., Алиев С.А.* Конце-концевой анастомоз как метод выбора при правосторонней гемиколэктомии // *Вестн. хир. им. И.И. Грекова*. — 1998. — №2. — С. 36–38. [Karyakin A.M., Ivanov M.A., Aliev S.A. End-to-end anastomosis as a method of choice in right hemicolectomy. *Vestnik khirurgii imeni I.I. Grekova*. 1998; 2: 36–38. (In Russ.)]

6. *Мартынюк В.В., Байбузенко О.П., Соболев А.А.* Ангиотензометрия при внутрибрюшной резекции прямой и сигмовидной кишки по поводу рака // *Вестн. хир. им. И.И. Грекова*. — 1988. — №1. — С. 61–62. [Martynuk V.V., Baybuzenko O.P., Sobolev A.A. Angiotensimetry in intraperitoneal resection of rectum and sigmoid due to cancer. *Vestnik khirurgii imeni I.I. Grekova*. 1988; 1: 61–62. (In Russ.)]

7. *Маскин С.С., Карсанов А.М., Надельнюк Я.В., Шамаев З.М.* Тактические принципы хирургии непроходимости толстой кишки // *Вестн. хир. гастроэнтерол.* — 2008. — №4. — С. 115–116. [Maskin S.S., Karsanov A.M., Nadel'nyuk Ya.V., Shamaev Z.M. Tactical principles of surgery in large bowel obstruction. *Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii*. 2008; 4: 115–116. (In Russ.)]

8. *Нестеров М.И., Абдурахманова З.М., Рамазанов М.Р. и др.* Аппарат для исследования насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови, пульса,

уровня перфузии, опухолевого распространения, ангиоархитектоники и кровяного давления в интрамуральных и экстраорганных сосудах полых органов // *Международ. ж. прикладн. и фундаментальн. исслед.* — 2014. — №9-2 — С. 74–77. [Nesterov M.I., Abdurakhmanova Z.M., Ramazanov M.R. et al. The apparatus for studying saturation of arterial blood hemoglobin with oxygen, of pulse, level of perfusion, for testing blood pressure in intramural and extraorganic vessels of hollow and other organs. *Mezhdunarodnyy zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy*. 2014; 9-2: 74–77. (In Russ.)]

9. *Рамазанов М.Р.* Хирургия рака кишечника. — Махачкала, 2008. — 267 с. [Ramazanov M.R. *Khirurgiya raka kishhechnika*. (Surgery in colorectal cancer.) Makhachkala. 2008; 267 p. (In Russ.)]

10. *Сигал З.М., Кравчук А.П., Камашев В.М.* Операционная диагностика ишемии органов желудочно-кишечного тракта // *Хирургия*. — 1984. — №3. — С. 38–41. [Sigal Z.M., Kravchuk A.P., Kamashev V.M. Intraoperative diagnosis of gastrointestinal tract organs ischemia. *Khirurgiya*. 1984; 3: 38–41. (In Russ.)]

11. *Сигал М.З.* Трансиллюминация при операциях на полых органах. — М.: Медицина, 1974. — 183 с. [Sigal M.Z. *Transilluminatsiya pri operatsiyakh na polykh organakh*. (Transillumination in hollow organ surgery.) Moscow: Meditsina. 1974; 183 p. (In Russ.)]

12. *Boyle N.H., Manifold D., Jordan M.H.* Intraoperative assessment of colonic perfusion using scanning laser Doppler flowmetry during colonic resection // *J. Am. Coll. Surg.* — 2000. — Vol. 191, N 5. — P. 504–510.

13. *Cirocchi R.I., Trastulli S., Farinella E. et al.* Intracorporeal versus extracorporeal anastomosis during laparoscopic right hemicolectomy — systematic review and meta-analysis // *Surg. Oncol.* — 2013. — Vol. 22, N 3. — P. 1–13.

УДК 612.652: 614.2: 618.33-007.29: 616-056.8-057: 618.2-083-084

РОЛЬ СОЦИАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ В ФОРМИРОВАНИИ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА

*Гараева Сабина Зохраб гызы**

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку, Азербайджан

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2015-165

Цель. Изучение роли социального статуса родителей в возникновении задержки внутриутробного развития.

Методы. Под нашим наблюдением находились 315 матерей, родивших детей с задержкой внутриутробного развития, из них 172 матери — с асимметричным, 143 матери — с симметричным вариантом задержки внутриутробного развития. Контрольную группу составили 119 женщин, родивших детей с нормальными антропометрическими показателями. Путём анкетирования была собрана информация об образовании, профессиональной занятости, возрасте, жилищно-бытовых условиях и месте жительства обследованных родителей. Проведён дисперсионный анализ для определения силы влияния изученных факторов на возникновение задержки внутриутробного развития ребёнка.

Результаты. Наибольшую силу влияния имел фактор профессиональной занятости матерей — 8,93%. Образовательный уровень матерей по силе влияния на развитие задержки внутриутробного развития составлял 5,51%. Следующей по степени силы влияния на задержку внутриутробного развития была профессиональная занятость отцов, которая составляла 4,24%. Жилищно-бытовые условия по силе влияния на задержку внутриутробного развития составляли 2,53%. Следующими по степени силы влияния являлись место жительства семей и возраст матерей, которые соответственно составляли 2,12% и 1,52%.

Вывод. Таким образом, проведённый анализ социального статуса родителей при задержке внутриутробного развития позволил установить, что безработность матерей и низкий образовательный уровень являются наиболее значимыми факторами риска возникновения данной патологии, что в дальнейшем поможет разработать профилактические и лечебные мероприятия по устранению тяжести её последствий.

Ключевые слова: задержка внутриутробного развития, образование матерей, социальный анамнез родителей.