

© А. Б. Хурасева

Курский государственный
медицинский университет:
кафедра акушерства и гинекологии

ОБОСНОВАНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ ДЕВОЧЕК, РОДИВШИХСЯ С РАЗНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

■ Актуальной проблемой современности является ухудшение соматического здоровья населения, что, в свою очередь, определяет состояние репродуктивного здоровья женщин. В данной статье представлены статистические данные, характеризующие показатели соматического здоровья девочек-подростков, родившихся с задержкой внутриутробного развития плода и макросомией. Приведены некоторые мероприятия профилактического характера для предупреждения нарушений репродуктивного здоровья.

■ **Ключевые слова:** репродуктивное здоровье; подростки; экстрагенитальная патология; заболеваемость; профилактика

Введение

Актуальность проблемы репродуктивного здоровья девочек-подростков имеет не только медицинский, но и социально-экономический аспект. Следует отметить, что здоровье женщин формируется с первых дней жизни, нередко во внутриутробном периоде. Именно с детства начинается становление общесоматического здоровья нового поколения, где берут свои истоки как органические, так и функциональные нарушения женской репродуктивной системы.

Качество здоровья снижается от поколения к поколению все ускоряющимися темпами. В настоящее время у 7 из 10 новорожденных выявляются различные нарушения здоровья. Имеются сведения о том, что за последние 5 лет заболеваемость детей до 14 лет увеличилась на 19,2 %, а подростков 15–17 лет — на 20,2 % [8]. По данным В. Е. Радзинского (2002), среди выпускниц средних школ Екатеринбурга соматические заболевания наблюдаются у 80 % девочек, а 75 % школьниц имеют хронические заболевания, которые могут оказать неблагоприятное влияние на репродуктивную систему [11].

Известно, что среди разнообразных показателей, отражающих особенности процессов внутриутробного развития, важное место занимает масса тела новорожденного, которая является не только диагностическим, но и прогностическим показателем для репродуктивной системы. Имеются сведения о том, что размеры тела при рождении связаны с заболеваемостью в последующие периоды постнатального развития и могут быть прогностическим критерием возникновения патологических процессов в репродуктивном возрасте [17].

В настоящее время проблема задержки внутриутробного развития плода (**ЗВРП**) является достаточно актуальной. Это связано с тем, что данная патология имеет большой удельный вес в структуре причин перинатальной заболеваемости и смертности и может приводить к серьезным последствиям в дальнейшем развитии ребенка. В среднем каждый десятый младенец рождается с низкой массой тела [8]. Перинатальная смертность среди доношенных детей, родившихся с ЗВРП, в 3–8 раз выше, чем у детей с нормотрофией, и занимает второе место в структуре перинатальных потерь после недоношенности [18, 20]. Детей с ЗВРП относят к группе высокого риска по частоте поражения центральной нервной системы, нарушения адаптации новорожденных в неонатальном периоде, снижения функций неспецифической защиты и специфического иммунитета [1, 13, 14].

Следует отметить, что удельный вес родов крупным плодом остается значительным и составляет 10–20 % [7]. Кроме того, крупная масса тела при рождении является еще одной причиной высокой перинатальной заболеваемости. Имеются сообщения о более частом поражении центральной нервной

системы новорожденных, имевших при рождении массу тела 4000 г и более [10, 12].

Целью настоящего исследования явилось изучение структуры и частоты заболеваемости у девочек-подростков, родившихся с ЗВРП и макросомией, и разработка дифференцированного подхода к лечебно-профилактическим мероприятиям.

Материал и методы исследования

Представленные результаты основаны на данных, полученных при проведении ретроспективного анализа состояния здоровья у 530 девочек-подростков в возрасте 13–18 лет. Все девочки родились в срок. Основным критерием отбора пациентов служила масса тела при рождении, причем ее крайние варианты — ЗВРП и макросомия. Основные группы составили 178 крупных при рождении девочек и 170 девочек, родившихся с ЗВРП, в контрольную группу были включены 182 девочки, родившиеся с массой тела 3200–3600 г. Сведения о заболеваемости получены из данных анамнеза, а также из амбулаторных карт детей. При сборе соматического анамнеза учитывали сведения о перенесенных детских заболеваниях, отмечали данные аллергического анамнеза, наличие патологии со стороны различных органов и систем, экстрагенитальных воспалительных заболеваний, эндокринной патологии.

Оценивался уровень резистентности организма: высокий уровень (наличие острых заболеваний не более одного раза в год, протекающих без осложнений и не более 14 дней), средний (острые заболевания 2–3 раза в год), сниженный (острые заболевания до 8 раз в год) и резко сниженный (острые заболевания регистрируются 8 и более раз в год).

Сравнительный анализ абсолютных показателей проводился по возрастным подгруппам. Первая группа (ЗВРП) и третья группа (макросомия) сравнивались с контрольной группой. Статистическая обработка полученных результатов проводилась методом вариационной статистики с использованием t-критерия Стьюдента на персональном компьютере с использованием программ Statgrafics и Microsoft Excel. За статистически значимые принимались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и обсуждение

Структура и частота соматической патологии в группах сравнения к моменту обследования представлены в таблице 1.

Представленные данные наглядно демонстрируют, что по состоянию общесоматического здоровья лишь 10,0 % девочек, родившихся с ЗВРП, и 12,9 % с макросомией могли быть признаны условно здоровыми. В то время как в контроль-

Таблица 1

Сравнительная характеристика структуры соматической заболеваемости

Перенесенные заболевания	ЗВРП n = 170		Контрольная группа n = 182		Макросомия n = 178		p
	1-я группа		2-я группа		3-я группа		
	Абс.	М ± m, %	Абс.	М ± m, %	Абс.	М ± m, %	
Не болели	17	10,0 ± 2,3	34	18,7 ± 2,9	23	12,9 ± 2,5	p ₁₋₂ < 0,05
Экссудативный диатез	34	20,0 ± 3,1	27	14,8 ± 2,6	31	17,4 ± 2,8	—
Корь	28	16,5 ± 2,8	16	8,8 ± 2,1	31	17,4 ± 2,8	p ₁₋₂ < 0,05, p ₂₋₃ < 0,05
Скарлатина	23	13,5 ± 2,6	16	8,8 ± 2,1	39	21,9 ± 3,1	p ₂₋₃ < 0,01
Ветряная оспа	10	5,9 ± 1,8	—	—	39	21,9 ± 3,1	p ₁₋₂ < 0,01, p ₁₋₃ < 0,001, p ₂₋₃ < 0,001
Паротит эпидемический	34	20,0 ± 3,1	16	8,8 ± 2,1	23	12,9 ± 2,5	p ₁₋₂ < 0,01
Частые ОРВИ	96	56,5 ± 3,8	81	44,5 ± 3,7	124	69,7 ± 3,5	p ₁₋₂ < 0,05, p ₂₋₃ < 0,001
Грипп	23	13,5 ± 2,6	29	15,9 ± 2,7	46	25,8 ± 3,3	p ₁₋₃ < 0,01, p ₂₋₃ < 0,05
Ангина	28	16,5 ± 2,8	34	18,7 ± 2,9	54	30,3 ± 3,5	p ₁₋₃ < 0,01, p ₂₋₃ < 0,05
Бронхит	28	16,5 ± 2,8	18	9,9 ± 2,2	31	17,4 ± 2,8	p ₂₋₃ < 0,05
Пневмония	23	13,5 ± 2,6	34	18,7 ± 2,9	46	25,8 ± 3,3	p ₁₋₃ < 0,01
Отит	40	23,5 ± 3,3	22	12,1 ± 2,4	46	25,8 ± 3,3	p ₁₋₂ < 0,01, p ₂₋₃ < 0,01
Гайморит	4	2,4 ± 1,2	9	4,9 ± 1,6	8	4,5 ± 1,6	—
Бронхиальная астма	4	2,4 ± 1,2	—	—	8	4,5 ± 1,6	p ₁₋₂ < 0,05, p ₂₋₃ < 0,05
Аллергические заболевания	40	23,5 ± 3,3	27	14,8 ± 2,6	62	34,8 ± 3,6	p ₁₋₂ < 0,05, p ₂₋₃ < 0,001, p ₁₋₃ < 0,05

ной группе доля здоровых подростков составила 18,7 %. Следует отметить, что у большинства обследованных девочек в основных группах, как правило, имело место сочетание нескольких экстрагенитальных заболеваний.

В целом частота всех представленных по нозологическим формам инфекционно-воспалительных заболеваний оказалась в 1,4 раза выше в группе девочек с макросомией и в 1,1 раза выше у девочек с ЗВРП по сравнению со сверстницами, имевшими нормальную массу тела при рождении.

Проанализирован уровень резистентности организма в сравниваемых группах (табл. 2).

На момент обследования в группе девочек, родившихся с ЗВРП, высокий уровень резистентности организма выявлен у $38,8 \pm 3,7$ %, средний — у $35,9 \pm 3,7$ %, сниженный — у $15,3 \pm 2,8$ % и резко сниженный — у $10,0 \pm 2,8$ %. Аналогичная закономерность прослеживается и у девочек, родившихся с крупной массой тела, высокий уровень резистентности организма отмечен у них в $44,4 \pm 3,7$ %, средний — у $37,1 \pm 3,6$ %, сниженный — у $11,8 \pm 2,4$ %, и резко сниженный — у $6,7 \pm 1,9$ %.

Во всех обследуемых группах в структуре инфекционных заболеваний первое место занимали частые острые респираторные вирусные инфекции. По сравнению с контрольной группой их частота была в 1,3 раза выше у девочек, родившихся с ЗВРП, и в 1,6 раза превышала данный показатель у крупных при рождении девочек.

Второе место в структуре детских инфекционных заболеваний у девочек, родившихся с ЗВРП, занимает отит, частота которого оказалась в 1,9 раза выше ($23,5 \pm 3,3$ % против $12,1 \pm 2,4$ %, $p < 0,01$), чем в контрольной группе. На третьем месте в данной группе был экссудативный диатез, частота которого была наиболее высокой по сравнению с другими группами и составила $20,0 \pm 3,1$ %, а также эпидемический паротит,

частота которого была достоверно выше, чем в контрольной группе ($20,0 \pm 3,1$ % против $8,8 \pm 2,1$ %, $p < 0,01$).

Проведенный анализ выявил, что у крупных при рождении девочек на втором месте оказались хронические заболевания носоглотки, частота которых составила у них $30,3 \pm 3,5$ % и была в 1,6 раза выше, чем в контрольной группе, — $18,7 \pm 2,9$ % ($p < 0,01$).

Так же как и у девочек, родившихся с ЗВРП, среди гнойно-воспалительных заболеваний заметное место в структуре инфекционных заболеваний занимал отит, частота которого была в 2,1 раза больше, чем у детей в контрольной группе ($23,5 \pm 3,3$ % против $12,1 \pm 2,4$ %, $p < 0,001$).

Кроме того, по сравнению с контрольной группой частота бронхита в 1,7 раза была выше как в группе девочек, родившихся с ЗВРП, так и у девочек, имевших при рождении массу тела 4000 г и более ($p < 0,05$). Помимо этого, дети, имевшие крупную массу тела при рождении, болели пневмонией в 1,9 раза чаще, чем девочки, родившиеся с ЗВРП ($p < 0,01$).

Ретроспективный анализ перенесенных детских заболеваний показал, что в группе девочек, родившихся с малой массой тела, на долю ветряной оспы приходится $5,9 \pm 1,8$ %, в то время как в контрольной группе данной патологии не было. Вместе с тем, у детей, родившихся с массой тела 4000 г и более, частота этого заболевания в 3,7 раза превышает аналогичный показатель у девочек, родившихся с ЗВРП.

Следует отметить, что удельный вес скарлатины был достоверно выше у девочек, родившихся с массой тела 4000 г и более ($21,9 \pm 3,1$ % против $8,8 \pm 2,1$ %, $p < 0,01$), и в 2,5 раза превышал частоту данной патологии в группе детей, родившихся с массой тела 3200–3600 г. У девочек, родившихся с ЗВРП, частота скарлатины составляла $13,5 \pm 2,6$ %, в то время как у сверстниц, имевших нормальную массу тела при рождении, — $8,8 \pm 2,1$ %.

Таблица 2

Уровень резистентности организма у девочек в сравниваемых группах

Уровень резистентности организма	ЗВРП n = 170		Контрольная группа n = 182		Макросомия n = 178		p
	1-я группа		2-я группа		3-я группа		
	Абс.	М ± m %,	Абс.	М ± m, %	Абс.	М ± m, %	
Высокий	66	38,8 ± 3,7	107	58,8 ± 3,7	79	44,4 ± 3,7	p ₁₋₂ < 0,001 p ₂₋₃ < 0,01
Средний	61	35,9 ± 3,7	62	34,1 ± 3,5	66	37,1 ± 3,6	–
Сниженный	26	15,3 ± 2,8	8	4,4 ± 1,5	21	11,8 ± 2,4	p ₁₋₂ < 0,01 p ₂₋₃ < 0,01
Резко сниженный	17	10,0 ± 2,8	5	2,7 ± 1,2	12	6,7 ± 1,9	p ₁₋₂ < 0,05

С одинаковой частотой болели корью как девочки, родившиеся с ЗВРП ($16,5 \pm 2,8$ % против $8,8 \pm 2,1$ %, $p < 0,05$), так и крупные при рождении девочки ($17,4 \pm 2,8$ %), что в 2 раза превышало данную патологию в контрольной группе.

Значительную долю среди заболеваний у девочек-подростков основных групп составили аллергические заболевания (крапивница, аллергические диатезы), частота которых была в 2,4 раза выше у крупных при рождении девочек ($34,8 \pm 3,6$ % против $14,8 \pm 2,6$ %, $p < 0,001$) и в 1,6 раза — в группе девочек, родившихся с ЗВРП ($23,5 \pm 3,3$ % против $14,8 \pm 2,6$ %, $p < 0,05$). Кроме того, бронхиальная астма диагностирована лишь в основных группах: в $4,5 \pm 1,6$ % у девочек, родившихся с макросомией, и в $2,4 \pm 1,4$ % у девочек, имевших ЗВРП.

Структура и частота эндокринной патологии в группах сравнения к моменту обследования представлены в таблице 3.

Необходимо подчеркнуть, что у девушек, родившихся с крупной массой тела, отмечено уве-

личение распространенности эндокринной патологии. Так, в этой группе частота гиперплазии щитовидной железы без нарушения функции составила $4,5 \pm 1,6$ %.

Значительную долю среди эндокринных заболеваний у девушек, родившихся с крупной массой тела, занимал сахарный диабет, который диагностирован в 11,7 раза чаще, чем в контрольной группе ($12,9 \pm 2,5$ % против $1,1 \pm 0,8$ %, $p < 0,001$). В противоположность этому, у девочек, родившихся с ЗВРП, эндокринной патологии не выявлено.

Частота гепатита у крупных при рождении девочек составляла $4,5 \pm 1,6$ % против $1,6 \pm 0,9$ % в контрольной группе, в то время как у сверстниц, родившихся с ЗВРП, данной патологии не обнаружено. Следует подчеркнуть, что и длительность течения заболеваний у крупных при рождении девочек была больше, особенно в препубертатном периоде (табл. 4).

Наряду с этим следует отметить, что лишь у девочек, родившихся с ЗВРП, отмечалась высокая

Таблица 3

Структура и частота эндокринной патологии у девочек сравниваемых групп

Эндокринная патология	ЗВРП n = 170		Контрольная группа n = 182		Макросомия n = 178		P
	1-я группа		2-я группа		3-я группа		
	Абс.	M ± m, %	Абс.	M ± m, %	Абс.	M ± m, %	
Увеличение щитовидной железы: • эутиреоз • гипертиреоз	— —	— —	— 4	— 2,2 ± 1,1	8 —	4,5 ± 1,6 —	p ₂₋₃ < 0,01 p ₁₋₂ < 0,05 p ₂₋₃ < 0,05
Сахарный диабет	—	—	2	1,1 ± 0,8	23	12,9 ± 2,5	p ₂₋₃ < 0,001

Таблица 4

Структура и частота экстрагенитальной патологии у девочек сравниваемых групп

Перенесенные заболевания	ЗВРП n = 170		Контрольная группа n = 182		Макросомия n = 178		p
	1-я группа		2-я группа		3-я группа		
	Абс.	M ± m, %	Абс.	M ± m, %	Абс.	M ± m, %	
Пролапс митрального клапана	28	16,5 ± 2,8	3	1,6 ± 0,9	8	4,5 ± 1,6	p ₁₋₂ < 0,001 p ₁₋₃ < 0,001
Вегетативно-сосудистая дистония	28	16,5 ± 2,8	3	1,6 ± 0,9	—	—	p ₁₋₂ < 0,001 p ₁₋₃ < 0,001
Гепатит	—	—	3	1,6 ± 0,9	8	4,5 ± 1,6	—
Гастродуоденит	10	5,9 ± 1,8	—	—	—	—	p ₁₋₂ < 0,01 p ₁₋₃ < 0,01
Нефроптоз	4	2,4 ± 1,2	—	—	—	—	—
Миопия	17	10,0 ± 2,3	3	1,6 ± 0,9	—	—	p ₁₋₂ < 0,01
Нарушения опорно-двигательного аппарата	11	6,5 ± 1,9	—	—	—	—	p ₁₋₂ < 0,001 p ₁₋₃ < 0,001

частота некоторых соматических заболеваний, которые по современным представлениям относят к системным фенотипическим проявлениям недифференцированных форм дисплазии соединительной ткани. Так, в этой группе частота пролапса митрального клапана и вегетативно-сосудистой дистонии составляла $16,5 \pm 2,8 \%$, миопии — $10,0 \pm 2,3 \%$, нарушений в опорно-двигательном аппарате (сколиоз, плоскостопие) — $6,5 \pm 1,9 \%$, нефроптоза — $2,4 \pm 1,2 \%$.

Таким образом, исследование соматического здоровья девочек свидетельствует о его ухудшении в основных группах в сравнении с аналогичными показателями в группе подростков, имевших нормальную массу тела при рождении, что может являться неблагоприятным фактором, влияющим на репродуктивную функцию.

Заключение

Не вызывает сомнений важная роль течения беременности и родов, а также наследственности в формировании здорового организма. Известно, что нарушения в системе «мать — плацента — плод» являются пусковым механизмом для последующих функциональных и структурных нарушений, способствующих возникновению фетопатии. Следовательно, особенности антенатального периода приводят к нарушению гомеостатической реакции плода и проявляются в постнатальном периоде онтогенеза [5]. В результате ребенок, а затем и взрослый имеет фиксированные функциональные дефекты той или иной системы организма, склонность к инфекционным заболеваниям, предрасположенность к эндокринным и онкологическим заболеваниям [2, 3]. Таким образом, возникает порочный круг в репродуктологической цепочке «мать — дочь — мать», разорвать который возможно лишь путем коррекции репродуктивной системы дочери.

Нарушения, возникшие в антенатальном периоде, в дальнейшем проявляются не только в период новорожденности и детства, но также и в пубертатный период. Это отчетливо демонстрируется на примере того, что у большинства девочек-подростков в двух основных группах были выявлены инфекционные заболевания, которые могут служить своеобразным пусковым моментом в развитии нарушений репродуктивной системы.

В то же время частота и особенности течения заболеваний в основных группах свидетельствуют о снижении сопротивляемости организма к воздействию факторов внешней среды. Это согласуется с данными С. Г. Лазарева (1980), Т. К. Набухотного, Н. В. Бразинец (1981), Я. В. Вайнштейна (1992), М. Е. Уквальберг (1997) [4, 9, 10, 15].

Ряд авторов подчеркивает влияние неблагоприятных антенатальных воздействий, способствующих возникновению малой массы тела при рождении, на последующее нарушение адаптации ребенка, сопровождающееся метаболическими и эндокринными расстройствами [16, 19]. В противоположность этому нами не выявлено эндокринной патологии у девочек, родившихся с ЗВРП. Вместе с тем, для девушек, родившихся с крупной массой тела, характерным является наличие эндокринной патологии, среди которой наиболее распространенным был сахарный диабет. Известно, что многие эндокринные заболевания имеют в основе патогенеза аутоиммунные расстройства. Следовательно, эндокринные нарушения косвенно указывают на повышенную склонность к аутоиммунным заболеваниям. Более высокая частота аллергических заболеваний в сочетании с эндокринопатиями и хроническими очагами инфекции характеризуют иммунологический статус девочек, родившихся с крупной массой тела, как иммунопатологический.

Это еще раз указывает на то, что девочки, родившиеся как с крупной, так и с малой массой тела, составляют группу высокого риска по развитию соматической патологии и нуждаются в проведении комплексного обследования, направленного на выявление экстрагенитальной патологии. Эти дети требуют проведения лечебно-профилактических мероприятий не только педиатрами, но и эндокринологами, иммунологами. Все вышеперечисленное послужило поводом для дифференцированного подхода к проведению лечебно-профилактических мероприятий у девочек, родившихся с ЗВРП и макросомией (рис.).

Практически важно изыскать возможность коррекции отклонений репродуктивного потенциала подростков, который оценивается по распространенности общесоматической заболеваемости, уровню физического и полового развития, гинекологической заболеваемости, психологической готовности к половому партнерству и материнству [3, 6].

Если дети, рожденные недоношенными с крайними, критическими значениями массы и длины тела, подвергаются тщательному, регулярному наблюдению и лечению, то дети с пограничными значениями нормативного коридора не получают необходимого внимания, несмотря на то что качество их здоровья нельзя признать удовлетворительным.

Так как младенцы, родившиеся с ЗВРП и макросомией, более восприимчивы к инфекциям из-за снижения устойчивости организма к неблагоприятным воздействиям, для уменьшения риска инфекционных заболеваний необходимы меры, направленные на улучшение детоксикации организма, а также способствующие улучшению

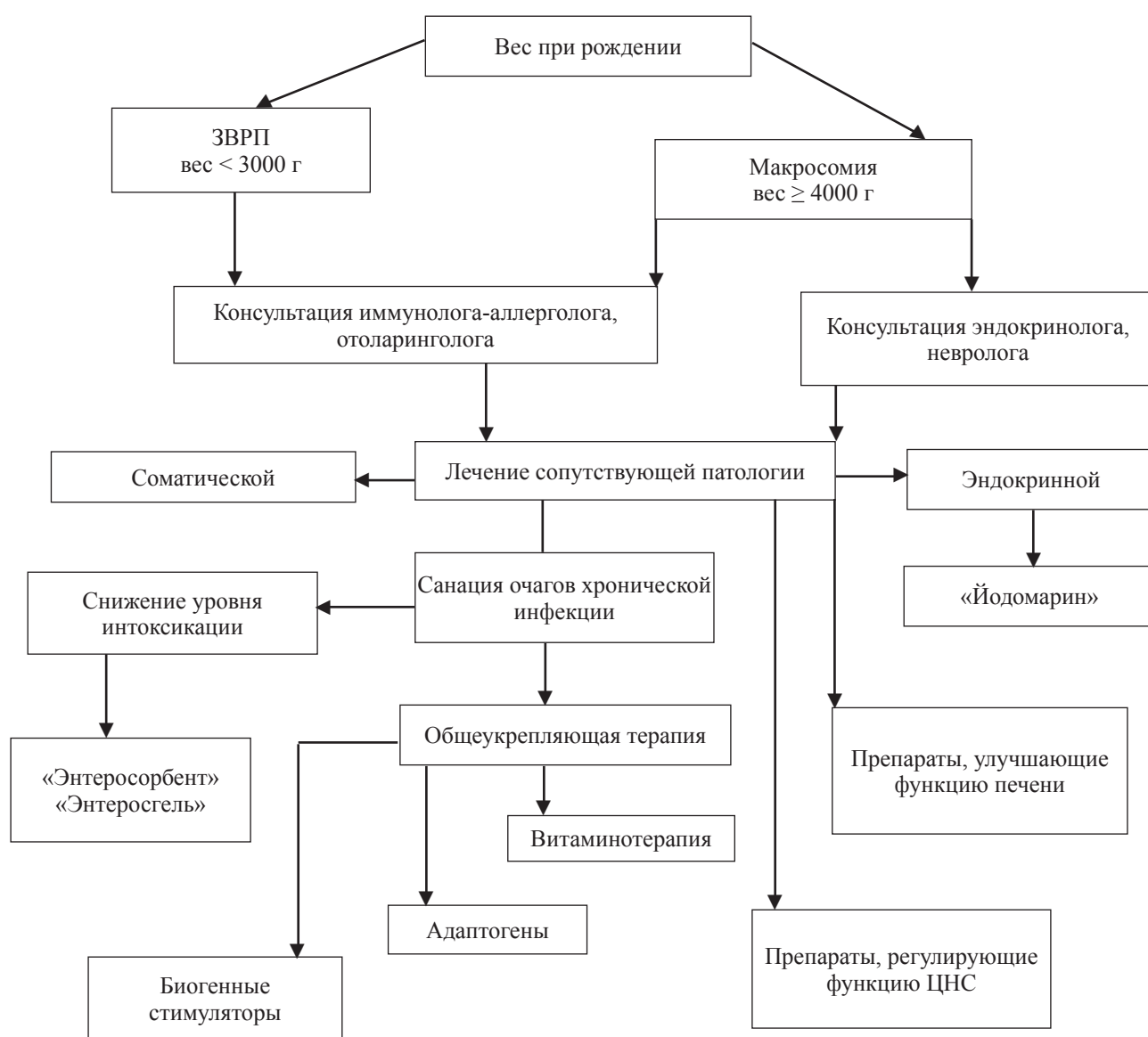


Рис. Алгоритм дифференцированного подхода к лечебно-профилактическим мероприятиям у девочек, родившихся с ЗВРП и макросомией

иммунного статуса. Вместе с тем, необходимо обратить более пристальное внимание на препубертатный и пубертатный периоды в жизни девочки, когда общегигиеническими, терапевтическими и специализированными воздействиями можно попытаться нормализовать ситуацию и снизить общесоматическую заболеваемость.

Литература

1. Афанасьева Н. В. Особенности неврологического и психологического статуса детей первых лет жизни, рожденных с синдромом задержки роста плода / Афанасьева Н. В., Игнатко И. В. // *Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии*. — 2003. — Т. 2, № 4. — С. 15–19.
2. Баклаенко Н. Г. Современное состояние охраны репродуктивного здоровья подростков / Баклаенко Н. Г., Гаврилова Л. В. // *Здравоохранение*. — 2000. — № 7. — С. 26–33.
3. Богданова Е. А. Организация медицинской помощи девочкам с гинекологической патологией / Богданова Е. А. // *Российский педиатрический журнал*. — 2002. — № 4. — С. 4–6.
4. Вайнштейн Я. В. Физическое развитие, профиль и диспансерное наблюдение крупнорожденных детей: учеб. метод. пособие для студентов, субординаторов и врачей акушеров-гинекологов и педиатров / Вайнштейн Я. В., Круч А. И., Осипов А. И. — Курск: КГМУ, 1995. — 38 с.
5. Гуркин Ю. А. Механизм ухудшения качества здоровья потомства / Гуркин Ю. А. // *Перинатологические грани репродуктологии и детской гинекологии: тез. докл. науч.-*

- пакт. конф., приуроченной к 80-летию проф. Н. В. Кобозевой. — СПб., 1997. — С. 8–9.
6. Гуркин Ю. А. Репродуктивное здоровье девочек-подростков — основа демографического возрождения России // Актуальные вопросы детской и подростковой гинекологии: матер. и тез. докл. III Всероссийской науч.-практ. конф. — СПб., 1998 — С. 6–9.
7. Ибрагимов Р. Р. Анализ развития фетоплацентарного комплекса при макросомии плода в III триместре беременности по данным ультразвукового исследования / Ибрагимов Р. Р. // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии. — 2001. — № 2. — С. 116–120.
8. Ильин А. Г. Состояние здоровья детей в современных условиях: проблемы и пути преодоления кризисной ситуации / Ильин А. Г. // Terra medica. — 2005. — № 4. — С. 3–5.
9. Лазарев С. Г. Клинико-метаболическая характеристика дистрофии у детей первого года жизни с избыточной массой тела / Лазарев С. Г. // Педиатрия. — 1980. — № 8. — С. 42–45.
10. Набухотный Т. К. Особенности развития детей, имевших при рождении большую массу / Набухотный Т. К., Бразинец Н. В. // Вопр. охраны материнства и детства. — 1981. — Т. 26, № 9. — С. 50–53.
11. Радзинский В. Е. Контрацепция у подростков / Радзинский В. Е. // Гинекология. — 2002. — № 6. — С. 255–261.
12. Ратнер Н. А. Клинико-рентгенологические особенности детей, рожденных с крупной массой тела / Ратнер Н. А., Башарова Л. Ф. // Казанский медицинский журнал. — 2002. — Т. 83, № 6. — С. 433–438.
13. Сичинава Л. Г. Перинатальные гипоксические поражения центральной нервной системы плода и новорожденного: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1993.
14. Сулян А. М. Частота патологической микробной колонизации и особенности адаптации новорожденных с внутриутробной гипотрофией / Сулян А. М., Саркисян А. Б., Оганесян А. Р., Саакян Т. А. // Акуш. и гин. — 1993. — № 4. — С. 28–30.
15. Уквальберг М. Е. Половое и физическое развитие девочек и девушек, родившихся с крупной массой тела: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб, 1997. — 22 с.
16. Barker D. J. P. Fetal origins of coronary heart disease / Barker D. J. P. // Br. Med. J. — 1995. — Vol. 311. — P. 171–174.
17. Barker D. J. P. Mothers, babies, and disease in later life / Barker D. J. P. — London: BMJ Publishing Group, 1994.
18. Bernstein I. Intrauterine growth restriction / Bernstein I., Gabbe S. G. // Obstetrics: normal and problem pregnancies / Eds. J. R. Nieby I., Simpson J. L., Annas G. J. [et al.]. — 3d ed. — New York: Churchill Livingstone, 1996. — P. 863–886.
19. Phillips D. I. Fetal growth and programming of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis / Phillips D. I. // Clin. Exp. Pharmacol. Physiol. — 2001. — Vol. 28, N 11. — P. 967–970.
20. Wolfe H. M. Recurrent small for gestational age birth: perinatal risks and outcomes / Wolfe H. M., Gross T. L., Sokol R. J. // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1987. — Vol. 157. — P. 288–293.

Статья представлена И. И. Евсюковой
НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта РАМН,
Санкт-Петербург

SUBSTANTIATION OF THE DIFFERENTIATED APPROACH TO A DISPENSARY OBSERVATION OF THE GIRLS WHO HAVE BEEN BORN WITH DIFFERENT BIRTH WEIGHT

Huraseva A. B.

■ **Summary:** Actual problem of the modern days is deterioration (worsening) of somatic health of the population, that in turn defines (determines) a condition of reproductive health of women. In this article the statistical data characterizing parameters of somatic health of girls-teenagers, born with IUGR and a macrosomia are submitted. Some actions of prophylactic are given for the prevention of reproductive health.

■ **Key words:** reproductive health; teenagers; an extragenital pathology; morbidity; prophylaxis