

Таким образом, исходя из вышеизложенного, при физиологической беременности целесообразно проводить полноценное клинико-лабораторное обследование, однако кратность проводимых анализов может быть уменьшена, например общий анализ крови можно делать всего 2 раза за беременность (при первой явке и в сроке 30-32 недели), если в показателях нет отклонений от нормы.

Индивидуальный подход при наблюдении за беременной имеет социальную и экономическую целесообразность:

— с одной стороны, экономится время самой

пациентки: меньше кратность посещений и клинико-лабораторного обследования за беременность, ведение дневника самоконтроля — соответственно меньше времени женщина проводит в очередях на прием к врачу;

— с другой стороны, экономя средства на одних рутинных видах обследования, эффективность и необходимость которых не доказана многоцентровыми рандомизированными исследованиями, увеличиваются денежные квоты на проведение необходимых для каждой конкретной пациентки методов обследования по показаниям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Могилевкина И.А. Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов. — М., 2003.

2. Серов В.Н., Маркин С.А. Критические состояния в акушерстве. — М.: Медиздат, 2003. — 704 с.

3. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. руководство по практическому акушерству. — М.: МИА, 1997. — 424 с.

4. Энкин М., Кэйрс М., Нейлсон Дж. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. — СПб.: Петрополис, 2003. — 477 с.

5. Villar J., Lydon-Rochelle M.T., Gulmezoglu A.M. Duration of treatment for asymptomatic bacteriuria during pregnancy. — Internet: <http://www.cochrane.dk>

THE MODERN APPROACHES TO OBSERVATION OF THE WOMEN WITH PHYSIOLOGICAL CURRENT OF PREGNANCY FROM POSITIONS EVIDENCE-BASED MEDICINE

V.V. Sukhovskaja, N.V. Protopopova
(Russia, Irkutsk State Medical University)

On the basis of carried out controllable of researches in frameworks доказательной of medicine is determined medical, social and economic feasibility of change of some positions of observation behind the woman at physiologically proceeding pregnancy. So, the observation of such pregnant women акушеркой with higher education is possible, quantity of visitings for pregnancy the period can be reduced up to 4— 6 times, but the obligatory to observation in the antenatal period with an explanation of expediency of various methods of research.

© САФАРОВА А.А., КРАВЧУК Н.В., ПРОТОПОПОВА Н.В. —

СТРУКТУРА ФАКТОРОВ АКУШЕРСКОГО РИСКА В РЕГИОНЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАРИТЕТА

А.А. Сафарова, Н.В. Кравчук, Н.В. Протопопова
(Россия, Иркутск, Государственный медицинский университет)

Резюме. Анализ индивидуальных карт и историй родов 1090 первобеременных, 760 повторнобеременных первородящих и 950 повторнородящих показал, что плацентарная недостаточность с клиническими проявлениями в виде ЗВУР плода и хронической внутриутробной гипоксии и гестоз достоверно чаще имели место в группе первородящих по сравнению с повторнородящими, что может свидетельствовать о наличии общих патофизиологических механизмов формирования этих осложнений беременности.

Ключевые слова: беременность, факторы акушерского риска, паритет.

Несмотря на то, что оценка степени акушерского и перинатального риска осуществляется на протяжении длительного времени, не всегда представляется возможным прогнозировать развитие при беременности осложнений со стороны матери и со стороны плода.

Мы поставили целью исследования выявить значимые для нашего региона факторы риска с учетом паритета беременности и родов.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели нами были проанализированы 2800

индивидуальных карт и историй родов пациенток, наблюдавшихся по беременности и родоразрешенных в условиях Иркутского областного перинатального центра в 1995 — 2004 гг.

Результаты и обсуждение. В наиболее благоприятном возрасте (20-24 года) было 37,6% первобеременных, 27,6% повторнобеременных первородящих и только 8,4% повторнородящих (табл. 1). Возраст отца старше 40 лет наблюдался примерно с одинаковой частотой во всех анализируемых группах.

Достоверно более высокая частота профессиональных вредностей у матери ($p < 0,05$) оказалась в группе повторнородящих пациенток. В основном это связано с работой на компьютере, психоэмоциональным напряжением. Профессиональные вредности у отца ребенка отмечены нами примерно с одинаковой частотой во всех трех группах.

С нашей точки зрения, незначительное количество повторнородящих указало на факт курения как до, так и во время беременности. У 1,3% повторнородящих первородящих имела место наркотическая зависимость. Ни одна из пациенток не признала факт злоупотребления алкоголем.

Достоверно более высокая частота одиноких женщин ($p < 0,05$) оказалась в группе повторнородящих (15,8% против 6,4% среди первородящих и 6,3% повторнородящих).

Все пациентки имели образование не ниже среднего. Более половины пациенток имели высшее образование, некоторое преимущество при этом оказалось за первородящими женщинами, однако только каждая пятая пациентка указала на эмоциональные нагрузки как фактор риска во всех трех группах.

Каждая десятая повторнородящая имела массу тела на 25% выше нормы, тогда как в группе первородящих — только 6,4%.

При анализе акушерско-гинекологического анамнеза было выявлено следующее. Если больше половины повторнородящих первородящих (71%) имело аборт перед первыми родами, то в группе повторнородящих — только 11,6%. С другой стороны, следует отметить, что у 31,6% повторнородящих первородящих в анамнезе оказалась замершая беременность, тогда как в группе повторнородящих — только у 9,5% пациенток ($p < 0,001$).

Наибольшая частота бесплодия более 2-5 лет оказалась у пациенток первородящих (12,8%), наименьшая — у повторнородящих (7,4%).

Опухоли матки и яичников в анамнезе имело в 2 раза чаще повторнородящие первородящие (11,8%) по сравнению с повторнородящими (6,3%). В первую очередь речь идет о миоме матки, в связи с чем у 1,3% повторнородящих первородящих была выполнена консервативная миомэктомия до настоящей беременности. Данная патология достоверно реже явилась фактором риска у первородящих (2,8%) ($p < 0,05$).

Более высокая частота истмико-цервикальной недостаточности в группе повторнородящих первородящих (5,3%) по сравнению с повторнородящими (1,1%) по нашему мнению напрямую связана с частотой прерывания беременности перед родами (мед. аборт, самопроизвольные выкидыши, замершие беременности).

Что касается такой группы факторов риска, как экстрагенитальная патология, то проведенный нами анализ показал следующее. Инфекции в анамнезе с одинаковой частотой встретились во всех

анализируемых группах. Первородящие имели достоверно ($p < 0,05$) более низкую частоту пороков сердца (1,8 % против 5,3% повторнородящих и 7,4% повторнородящих). Частота гипертонической болезни оказалась наибольшей (13,7%) среди повторнородящих и наименьшей (9,2%) — у первородящих. Артериальная гипотония не имела достоверных различий по частоте в анализируемых группах и составила соответственно 3,7%, 5,3%, 3,7%. В целом заболевания сердечно-сосудистой системы, входящие в группы акушерского риска, имели место у 14,7% первородящих, 22,2% повторнородящих первородящих и у 24,3% повторнородящих. Мы не выявили достоверной разницы в частоте заболеваний почек у пациенток анализируемых групп. Практически каждая пятая пациентка имела данную патологию, однако обострение заболевания при беременности чаще произошло у первородящих (6,3%) и реже всего — у повторнородящих (4,2%).

Среди эндокринной патологии преобладают заболевания щитовидной железы, преимущественно это диффузное увеличение щитовидной железы в состоянии эутиреоза. Данный факт объясняется региональными особенностями (йоддефицитный регион).

Обращает на себя внимание также и высокий процент заболевания железодефицитной анемией (каждая третья беременная).

Частота хронических специфических инфекций (сифилис и туберкулез, преимущественно сифилис) выявлена достоверно больше в группе повторнородящих первородящих (5,3%) по сравнению с первородящими (1,8%) ($p < 0,05$). В то же время, частота острых инфекций при беременности оказалась достоверно выше среди первородящих (37,6%) по сравнению с повторнородящими (15,8%) ($p < 0,05$).

Выраженный ранний токсикоз достоверно реже (0,9%) встретился у первородящих по сравнению с повторнородящими первородящими (7,9%) и повторнородящими (5,3%). С другой стороны, гестоз среди повторнородящих имел место только в 4,4% (из них только в 1,1% — в форме нефропатии), тогда как у первородящих — в 11,9%, у повторнородящих первородящих — в 18,4% случаев ($p < 0,05$).

Мы также обратили внимание, что по аналогии с гестозом плацентарная недостаточность с клиническим проявлением в виде ЗВУР плода достоверно чаще имела место у первородящих (первородящие — 7,3%, повторнородящие — 11,8%) по сравнению с повторнородящими (3,2%). Подобная ситуация касается и такого клинического проявления плацентарной недостаточности, как гипоксия плода (11% у первородящих, 15,8% у повторнородящих первородящих и только у 7,4% повторнородящих). На основании этого можно предположить наличие общих патофизиологических механизмов формирования этих осложнений.

Таблица 1

**Факторы акушерского риска у пациенток ОПЦ
в зависимости от паритета**

Критерии	Перво-беременные (n=1090)	Повторно- беременные первородящие (n=760)	Повторно- рождающие (n=950)
АНТЕНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД			
Социально-биологические			
Возраст матери			
<20	200 (18,4%)	30 (3,9%)	-
25-29	350 (32,1%)	350 (46,1%)	360 (37,9%)
30-34	90 (8,3%)	110 (14,5%)	430 (45,3%)
35-39	20 (1,8%)	50 (6,6%)	40 (4,2%)
>40	20 (1,8%)	10 (1,3%)	40 (4,2%)
Возраст отца			
<20	40 (3,7%)	-	-
>40	60 (5,5%)	40 (5,3%)	50 (5,3%)
Проф.вредности			
У отца	105 (9,4%)	85 (10,7%)	120 (12,3%)
У матери	200 (18,3%)	150 (19,7%)	270 (28,4%)
Вредные привычки	-	30 (3,9%)	20 (2,1%)
Семейное положение: одинокая	70 (6,4%)	120 (15,8%)	60 (6,3%)
Образование			
Начальное	-	-	-
Высшее	680 (62,4%)	420 (55,3%)	530 (55,8%)
Эмоциональные нагрузки	250 (22,9%)	170 (22,4%)	190(20,0%)
Росто-весовые показатели матери: Рост 150 и меньше Вес на 25% выше нормы	- 70 (6,4%)	- 80 (10,5%)	- 90 (9,5%)
Акушерско-гинекологический анамнез			
Паритет			
0	1090 (100%)	-	-
4-7	-	60 (7,9%)	210 (22,1%)
8	-	-	10 (1,1%)
Аборты перед первыми родами			
1	-	400 (52,6%)	60 (6,3%)
2	-	70 (9,2%)	30 (3,2%)
3	-	70 (9,2%)	20 (2,1%)
Аборты перед повт. родами	-	-	160(16,8%)
Преждевременные роды			
1	-	-	140 (14,7%)
2	-	-	-
Мертворождение			
1	-	-	60 (6,3%)
2	-	-	-
Замершая беременность	-	240 (31,6%)	90(9,5%)
Смерть в неонат.периоде	-	-	-
1	-	-	60 (6,3%)
2	-	-	10 (1,1%)
Аномалии развития у детей	-	-	30 (3,2%)
Неврологические нарушения	-	-	30 (3,2%)

Вес детей <2500 и >4000	-	-	130 (13,7%)
Осложненное течение предыдущих родов	-	-	180 (18,9%)
Бесплодие более 2-5 лет	140 (12,8%)	70 (9,2%)	70 (7,4%)
Рубец на матке после операций	-	10 (1,3%)	170 (17,9)
Опухоли матки и яичников	30 (2,8%)	90 (11,8%)	60 (6,3%)
ИЦН	-	40 (5,3%)	10 (1,1%)
Пороки развития матки	-	-	20 (2,1%)
Экстрагенитальные заболевания матери			
Инфекции в анамнезе	150 (13,8%)	120 (15,8%)	120 (12,6%)
Заб-я ССС			
Пороки сердца, НКo	10 (0,9%)	40 (5,3%)	70 (7,4%)
Пороки сердца, НК+	10 (0,9%)	-	-
Гиперт.б-нь	100 (9,2%)	90 (11,8%)	130 (13,7%)
Артер. гипотония	40 (3,7%)	40 (5,3%)	30 (3,2%)
Заболевания почек			
До беременности	210 (19,3%)	160 (21,1%)	200 (21,1%)
Обостр. при беременности	70 (6,4%)	40 (5,3%)	40 (4,2%)
Эндокринопатии			
Предиабет	20 (1,8%)	10 (1,3%)	10 (1,1%)
Диабет у родных	-	50 (6,6%)	10 (1,1%)
Диабет	-	-	10 (1,1%)
Заб-я ЩЖ	900 (82,8%)	733 (96,4%)	894 (93,6%)
Заб-я надпоч.	-	-	-
Анемия	340 (31,2%)	270 (35,5%)	270 (28,4%)
Коагулопатии	-	-	-
Миопия и др. заболевания глаз	170 (15,6%)	150 (19,7%)	130 (13,7%)
Хр. специф. инф.	20 (1,8%)	40 (5,3%)	30 (3,2%)
Остр. инф. при беременности	410 (37,6%)	180 (23,7%)	150 (15,8%)
Осложнения беременности			
Выраж.ран.токсикоз	10 (0,9%)	60 (7,9%)	50 (5,3%)
УПБ	330 (30,3%)	370 (48,7%)	290 (30,5%)
Поздний токсикоз			
Водянка	50 (4,6%)	80 (10,5%)	30 (3,2%)
Нефропатия	80 (7,3%)	60 (7,9%)	10 (1,1%)
Преэклампсия	-	-	-
Эклампсия	-	-	-
Сочетанный токсикоз	10 (0,9%)	30 (3,9%)	10 (1,1%)
Rh отр.кровь	150 (13,8%)	70 (9,2%)	80 (8,4%)
Резус АВО сенсib.	-	-	-
Многоводие	100 (9,2%)	80 (10,5%)	80 (8,4%)
Маловодие	80 (7,3%)	90 (11,8%)	30 (3,2%)
Тазовое предлеж.	30 (2,8%)	40 (5,3%)	20 (2,1%)
Многоплодие	40 (3,7%)	10 (1,3%)	30 (3,2%)
Перенош.бер-сть	-	-	-
Многокр.прим-е медик.	420 (38,5%)	460 (60,5%)	340 (35,8%)
Оценка состояния плода			
Гипотрофия плода	80 (7,3%)	90 (11,8%)	30 (3,2%)
Гипоксия плода	120 (11%)	120 (15,8%)	70 (7,4%)

ИНТРАНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД			
Со стороны матери			
Нефропатия	100 (9,2%)	80 (10,5%)	10 (1,1%)
Преэклампсия	-	-	-
Эклампсия	-	-	-
Несвоевр.излитие о.вод	130 (11,9%)	80 (10,5%)	160 (16,8%)
Слабость род.деят-ти	60 (5,5%)	40 (5,3%)	-
Быстрые роды	30 (2,8%)	-	30 (3,2%)
Родовозбуждение, стимуляция родов. деят.	100 (9,2%)	50 (6,6%)	50 (5,3%)
Клинич.узкий таз	-	10 (1,3%)	-
Угрожающий разрыв матки	-	-	-
Со стороны плаценты			
Предлежание плаценты			
Частичное	-	10 (1,3%)	10 (1,1%)
Полное	-	10 (1,3%)	-
ПОНРП	-	-	-
Со стороны плода			
Преждевременные роды			
28-30 нед	-	-	20 (2,1%)
34-35 нед	-	20 (2,6%)	20(2,1%)
36-37 нед	40 (3,7%)	50 (6,6%)	50 (5,3%)
Патология пуповины			
Выпадение	-	-	-
Обвитие	40 (3,7%)	40 (5,3%)	40 (4,2%)
Тазовое предлежание			
Пособия	-	10 (1,3%)	-
Оперативные вмешательства			
Кесарево сечение	220 (20,2%)	280 (36,8%)	210 (22,1%)
Затрудненное выведение плечиков	-	10 (1,3%)	-
Общая анестезия в родах	220 (20,2%)	280 (36,8%)	210 (22,1%)

STRUCTURE OF RISK FACTORS OF OBSTETRICS IN REGION DEPENDING ON PARITY

A.A. Safarova, N.V. Kravchuk, N.V. Protopopova
(Russia, Irkutsk State Medical University)

The analysis of individual cards and histories of labor at 1090 first-pregnant, 760 second-pregnant and first-labor women and 950 second-labor women are shown, that placental insufficiency with clinical displays as delay of intra-uterine development of fetus and chronic intra-uterine hypoxia and gestoses is authentic took place in group of first-labor women in comparison with second-labor women more often, that may testify to presence of general pathophysiology mechanisms of formation of these complications of pregnancy.

© ОМОЛОВЕВА Т.С., КРИВОВА В.Н., САВВАТЕЕВА В.Г., АПОСТОЛОВА А.Д., ГОВОРИНА Т.В. —

АНАЛИЗ ОПЫТА ОЦЕНКИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МАЛЬЧИКОВ, ПОДРОСТКОВ, ЮНОШЕЙ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

Т.С. Омолоева, В.Н. Кривова, В.Г. Савватеева, А.Д. Апостолова, Т.В. Говорина
(Россия, Иркутск, Государственный медицинский университет,
Городские детские поликлиники № 2 и 3).

Резюме. Представлены основные проблемы современной андрологической помощи детям и подросткам, показана роль педиатра в охране репродуктивного здоровья, проведен анализ репродуктивного здоровья мальчиков, подростков по результатам диспансеризации.

Ключевые слова: мальчики, подростки, андрология, репродуктивное здоровье.