

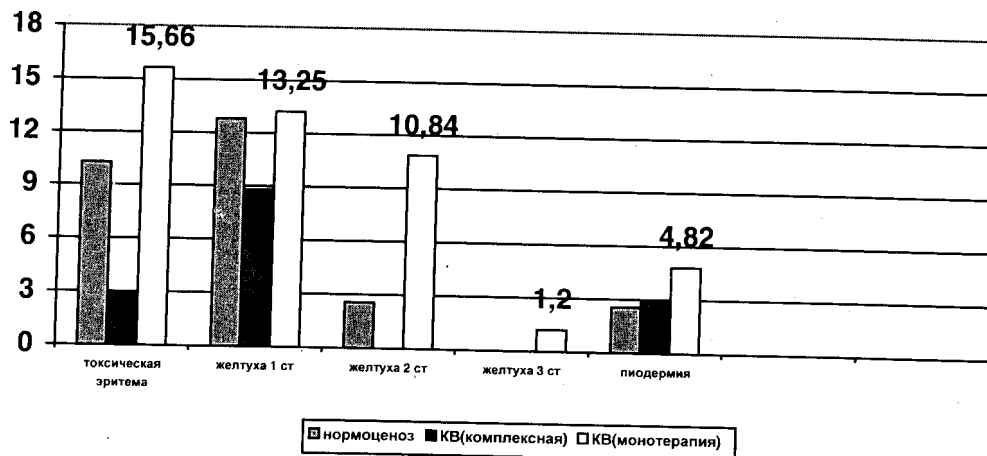


Рис. 2. Особенности течения раннего неонатального периода (%).

Таким образом, результатом предложенного нами комплексного лечения вульвовагинального кандидоза у беременных с применением отечественного иммобилизованного протеолитического фермента имозимаза (Imosimasum) явилось снижение частоты осложнений раннего неонатального периода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анкирская А.С., Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р., Муравьева В.В. Бактериальный вагиноз: особенности клинического течения, диагностика и лечение // Русский Медицинский Журнал. – 1998. – Т.6. – №5. – С. 276 – 282.
2. Коган А.С., Салганик Р.И., и др.// Иммобилизованные протеолитические ферменты и раневой процесс. – Новосибирск. – 1983. – 264 с.
3. Кравчук Л.А. Лечение вагинитов у беременных – один из принципов профилактики эндометритов после родов.//Автореф. дис...канд. мед. наук. – Иркутск. – 2000. – 21с.
4. Кисина В.И., Степанова Ж.В., Мирзабекова М.А. Особенности клинической картины вульвовагинального кандидоза в зависимости от вида грибов рода Candida и эффективность лечения флуконазолом // Гинекология. – 2000. – Т.2. – №6. – С. 193 – 195.
5. Прилепская В.Н., Анкирская А.С., Байрамова Г.Р. Вагинальный кандидоз.// Под ред. проф. Прилепской В.Н. - 1997. – 40с.
6. Самсыгина Г.А., Буслаева Г.Н., Корнюшин М.А. Кандидоз новорожденных и детей раннего возраста. Дифлюкан в лечении и профилактике кандидоза. // М., 1996. – 137 с.

УДК 618.3

Е.В. Апарцина, Н.В. Протопопова, Б. Наранцэцэг

ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЮНЫХ

Иркутский государственный медицинский университет. Женская консультация поликлиники №6 г. Иркутска (Иркутск)

Целью работы была проверка гипотезы о существовании выраженных различий в течении беременности и родов у юных по сравнению с женщинами благоприятного репродуктивного возраста. Пациентки и методы. В исследование включены 408 беременных, разделенных на возрастные группы – юные (n=132), в том числе несовершеннолетние (n=36) и совершеннолетние (n=96), и беременные в благоприятном репродуктивном возрасте (n=276). Проведен сравнительный анализ социальной характеристики, данных анамнеза, антропометрических показателей, вредных привычек, осложнений беременности, а также характеристик плода, родов и осложнений, раннего послеродового периода. Всего проанализировано 80 параметров.

Результаты исследования. Вопреки исходной гипотезе, статистически значимых различий в характеристиках плода, исходов и осложнений родов и раннего послеродового периода выявлено не было. В то же время выявлены статистически значимые межгрупповые различия по социальному статусу беременных (частота регистрируемых браков, сроки постановки на учет, возраст мужа, сексуальный дебют), удельному весу курящих, частоте встречаемости узкого таза, аборт и родов в анамнезе.

Заключение. Неблагоприятные социальные факторы, высокая распространенность вредных привычек предрасполагают к психологической дизадаптации. Таким образом, результаты исследования показывают влияние психосоциальной дизадаптации на течение и исходы беременности у юных.

Ключевые слова: беременность, подросток

DISTINCTIVE FEATURES AND OUTCOMES OF PREGNANCY AMONG ADOLESCENT

E.V. Aparcina, N.V. Protopopova, B. Naranzezeg

Irkutsk state medical university (Irkutsk)

The aim of this study was to determine the hypothesis relative to significant differences in pregnancy and outcomes of birth in adolescent in comparison with the women of favorable reproductive age.

Patients and methods. There are 408 pregnant in this study dividing into three age-specific groups: adolescent (n=132), including minor pregnant, 15-17 years (n=36), major adolescent, 18-19 years (n=96) and woman in favorable reproductive age, 20-24 years (n=276). Comparative analysis of the following parameters characteristic was performed: social position, anamnestic data, anthropometric data, smocking, antenatal complications, births, fetal anthropometric data, neonatal complications. Totally the 80 parameters was analyzed.

Results. Regardless of initial hypothesis there are no significant differences in characteristic of fetus, outcomes and complications of births and early postnatal period. At once the statistically significant intergroup differences in social position, including marital status, age of spouse, age of sexual debut, time of initial visit, occurrence of births and miscarriages, medical abortions was established.

Conclusion. Unfavorable social factors, high level of smocking predisposes to psychological dysadaptation. Thus, our results reveal the influence of psycho-social dysadaptation on the distinctive features and outcomes of pregnancy among adolescent.

Key words: pregnancy, adolescent

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы подростковой беременности и родов является общепризнанной [5, 8, 12, 13, 15]. По рекомендации ВОЗ подростками считают лиц в возрасте от 10 до 19 лет включительно [10]. Актуальность проблемы во многом объясняется высокой частотой таких осложнений беременности и родов у юных, как преждевременные роды и малый вес плода [16, 22]. К описанным в литературе осложнениям родов у юных относят также повреждения родовых путей – разрывы шейки матки и промежности, более частые, чем у женщин благоприятного репродуктивного возраста [8], однако наши предварительные результаты показали отсутствие статистиче-

Всего в исследование включены 408 беременных. Критерии исключения: первое обращение при сроке беременности более 37 нед; выбытие под наблюдение в другие женские консультации при перемене места жительства.

Для сравнения характеристик течения беременности и родов пациентки были исходно разделены на две группы по критерию возраста: ос-

ской значимости различий по этим показателям в группах юных рожениц и женщин благоприятного фертильного возраста [2].

Представленная работа посвящена проверке гипотезы о существовании выраженных различий в течении беременности и родов у юных по сравнению с женщинами благоприятного репродуктивного возраста.

ПАЦИЕНТКИ И МЕТОДЫ

В исследование включены пациентки 15-24 лет, состоящие на учете в женской консультации поликлиники №6 г. Иркутска, у которых беременность завершилась родами во временном интервале январь 2002 – декабрь 2003 гг. новная группа (n=132) – юные (в возрасте 15-19 лет включительно к моменту постановки на учет) и группа сравнения (n=276) – беременные в благоприятном репродуктивном возрасте (20-24 лет). Возрастной интервал для группы сравнения был выбран, как в работах Т.Г. Захаровой и соавт. [5, 6].

В ходе обработки результатов исследования группа юных беременных была разделена на две подгруппы по возрастному признаку: несовершеннолетние, в возрасте 15-17 лет ($n=36$) и совершеннолетние, 18-19 лет ($n=96$). Случаев перинатальной и материнской смертности не было.

В ретроспективном исследовании проведен анализ индивидуальных карт беременной и медицинских справок родильных домов. Информация для сравнительного анализа включала следующие разделы:

1. Социальная характеристика (возраст, социальный статус беременной, семейное положение, возраст мужа, возраст начала половой жизни);

2. Данные анамнеза (срок первой явки, гинекологический анамнез, включая воспалительные процессы половых органов, наличие эрозии шейки матки, предшествующие аборт, роды и выкидыши, их число, вид и наличие осложнений);

3. Антропометрические данные и исходное состояние здоровья беременной (рост, масса тела, характеристика таза, наличие соматической патологии, включая нейроциркуляторную дистонию, миопию, тонзиллит, пиелонефрит, прочие заболевания);

4. Вредные привычки – курение;

5. Осложнения беременности (анемия беременных, угроза прерывания беременности, угроза преждевременных родов, стационарное лечение сопутствующей патологии на протяжении беременности; наличие истмико-цервикальной недостаточности, преэклампсии, отеков, дородой госпитализации);

6. Характеристика плода (срок родов, масса тела и рост плода, хроническая внутриутробная гипоксия плода, хроническая фетоплацентарная недостаточность, синдром задержки внутриутробного развития плода, зрелость плода);

7. Характеристика родов и осложнения (амниотомия, досрочное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, родоусиление, выполнение эпизио/ перинеотомии, разрывы шейки матки и промежности, оперативное родоразрешение и его причины: отслойка плаценты, экзостоз, незрелая шейка, симфизит, конфликт по пуповине, тазовое предлежание, задний вид, дискоординация родовой деятельности; осложнения:

хориоамнионит, быстрые роды, много/маловодие, медикаментозный сон-отдых; ручная ревизия полости матки, программированные роды);

8. Характеристика раннего послеродового периода (послеродовой метрит, гематометра, выскабливание полости матки, вакуум-аспирация, гистероскопия, раневые осложнения);

9. Наличие инфекции, выявленной во время беременности (ВИЧ, сифилис, трихомонады, гонорея, хламидия, уреоплазма, микоплазма, грибы, вирус простого герпеса, цитомегаловирус).

Всего проанализировано 80 параметров.

Статистическая обработка результатов проведена с использованием программы Statistica for Windows 5.1. Для проверки гипотезы о статистической значимости различий по исследованным параметрам использованы критерии Крускала-Уоллиса (H) для трех групп беременных или Манна-Уитни (W) для сравнения между двумя группами с последующим анализом частотных показателей с применением двустороннего точного критерия Фишера для четырехпольной таблицы (F). Статистически значимыми считали различия при $p \leq 0,05$. При величине $p \leq 0,1$ судили о тенденции к значимости различий и также анализировали показатель.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Результаты сравнительного анализа показателей основной группы и группы сравнения, имеющих статистическую значимость различий либо тенденцию к значимости различий по исследованным параметрам, представлены в табл. 1. Вопреки исходной гипотезе, не оказалось статистически значимых различий по частотам преждевременных родов (9% в основной группе против 6,8% в группе сравнения), угрозы прерывания беременности (18,9% против 22,4%) и преждевременных родов (7,5% против 8,5%). Также не оказалось существенных межгрупповых различий по частоте встречаемости слабости родовой деятельности (10,6% против 7,2%), несвоевременного излития околоплодных вод (14,4% против 16,6%), малой – менее 2,5 кг – массы плода (9,8% против 5,4%), эпизиотомии (33,3% против 22,1%), разрывов шейки матки

Таблица 1

Результаты сравнительного анализа показателей основной группы и группы сравнения (средние величины или проценты с 95% доверительным интервалом)

Параметр	Основная группа (n=132)	Группа сравнения (n=276)	p _W
Социальный статус, в т.ч.			0,027
работающая	n=36 27,3% (19,7% – 34,9%)	n=139 50,3% (44,4% – 56,2%)	
учащаяся	n=25 18,9% (12,3% – 25,5%)	n=5 1,8% (0,2% – 3,4%)	
студентка	n=31 23,5% (16,2% – 30,7%)	n=46 16,6% (12,2% – 21,0%)	
домохозяйка	n=38 28,8% (21,1% – 36,5%)	n=74 26,8% (21,6% – 32,0%)	
безработная	n=2 1,5% (0 – 3,6%)	n=12 4,5% (2,9% – 6,7%)	
Брак			0,008
нерегистрированный	n=90 68,1% (60,2% – 76,0%)	n=139 50,3% (44,4% – 56,2%)	
регистрированный	n=17 12,9% (7,2% – 18,6%)	n=98 35,5% (29,9% – 41,1%)	
одинокие	n=16 12,1% (6,5% – 17,7%)	n=17 6,1% (3,3% – 8,9%)	
регистр. во время бер-ти	n=9 6,8% (2,5% – 11,1%)	n=22 7,9% (4,7% – 11,8%)	
Возраст мужа, лет	23,1 (22,2 – 23,9)	25,0 (24,5 – 25,5)	0,0001
Дебют половой жизни, лет	16,2 (16,0 – 16,4)	17,5 (17,3 – 17,7)	0,0001
Узкий таз	n=35 26,5% (19,0% – 34,0%)	n=43 15,5% (11,8% – 19,2%)	0,01
Первая явка, нед	16,1 (14,6 – 17,5)	13,5 (12,6 – 14,5)	0,002
Гинекологический анамнез	n=13 9,8% (4,8% – 14,8%)	n=44 15,9% (11,6% – 20,2%)	0,073
Аборты	n=12 9,0% (4,1% – 13,9%)	n=70 25,3% (20,2% – 30,4%)	0,0001
Роды	n=6 4,5% (1,0% – 8,0%)	n=44 15,2% (11,0% – 19,4%)	0,001
Выкидыши	n=8 6,1% (2,0% – 10,2%)	n=32 11,5% (7,7% – 15,3%)	0,073
Курение	n=32 24,2% (16,9% – 31,5%)	n=36 13,0% (9,0% – 17,0%)	0,005
Отеки беременных	n=4 3,0% (0,1% – 5,9%)	n=21 7,6% (4,5% – 10,7%)	0,07
Срок родов, нед	38,8 (38,5 – 39,1)	39,1 (38,9 – 39,3)	0,053
Амниотомия	n=48 36,3% (28,1% – 44,5%)	n=71 25,7% (20,5% – 30,9%)	0,05
Незрелый плод	n=3 2,3% (0 – 4,9%)	–	0,04
Раневые осложнения	n=6 4,5% (1,0% – 8,0%)	N=4 1,4% (0 – 2,8%)	0,045
Инфекции при бер-ти	n=68 51,5% (43,0% – 60,0%)	N=162 58,6% (52,8% – 64,4%)	0,054

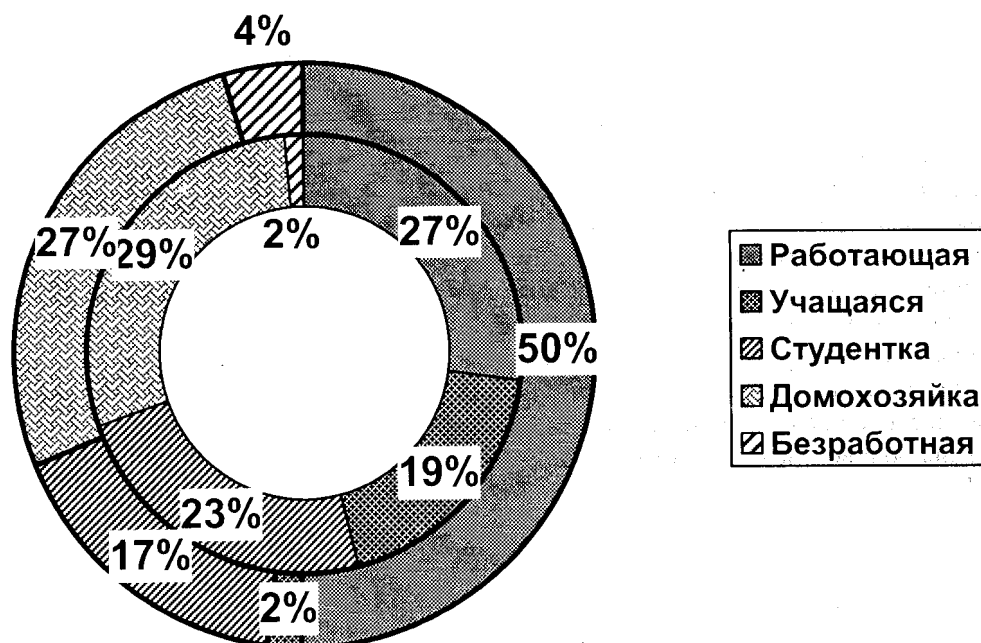


Рис. 1. Распределение беременных в основной группе (внутреннее кольцо) и группе сравнения (наружное кольцо) по социальному статусу.

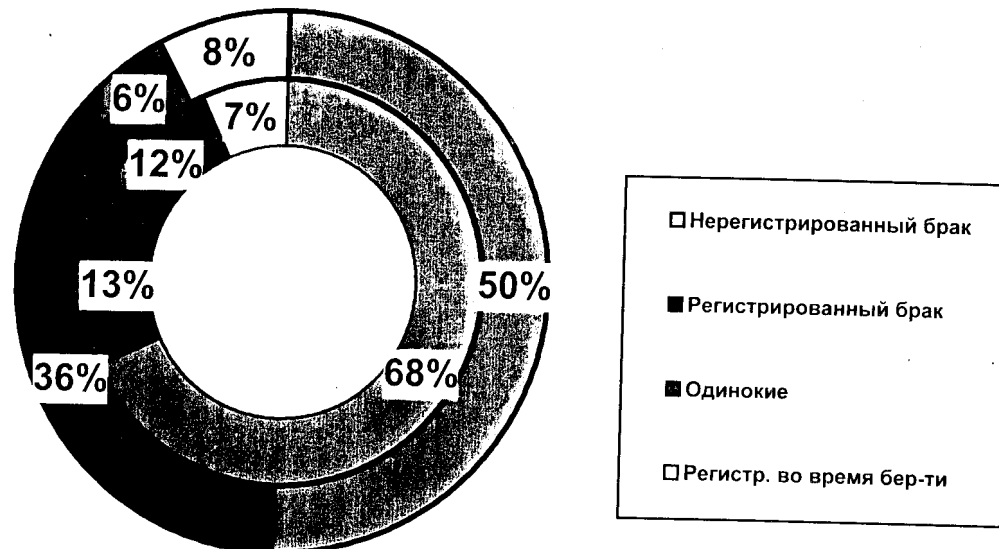


Рис. 2. Распределение беременных в основной группе (внутреннее кольцо) и группе сравнения (наружное кольцо) по семейному положению.

(11,4% против 11,2%). Частота оперативного родоразрешения составила в основной группе 10,6% против 11,5% в группе сравнения – $p_F > 0,1$.

Наиболее выраженными оказались различия по социальному статусу (рис. 1): в основной группе удельный вес работающих был существенно ниже (27,3% против 50,3%, $p_F < 0,0001$). Напротив, учащих в основной группе было значительно больше – 18,9% против 1,8%; $p_F < 0,0001$. Различия по удельному весу студенток, домохозяек и безработных были статистически незначимыми.

Анализ семейного положения (рис. 2) также продемонстрировал существенные различия: в основной группе преобладал нерегистрированный брак – 68,1% против 50,3% в контроле ($p_F = 0,0009$), как и удельный вес одиноких беременных – 12,1% против 6,1% ($p_F = 0,051$). В то же время зарегистрированных браков было достоверно меньше – 12,9% против 35,5% ($p_F < 0,0001$).

Ожидаемыми оказались значимые межгрупповые различия по возрасту мужа – 23,1 лет против 25,0 лет ($p_W = 0,0001$) и дебюту половой жизни – 16,2 лет против 17,5 лет ($p_W = 0,0001$). В обеих группах была поздняя явка для постановки на учет по беременности, но беременные основной группы являлись существенно позже – 16,1 нед против 13,5 нед ($p_W = 0,002$).

Аборты и роды в анамнезе пациенток основной группы были достоверно реже по сравне-

нию с контролем (9,0% и 4,5% против 25,3%, 15,2% соответственно; $p_F = 0,0001$; 0,006), в то время, как различия в частоте гинекологических заболеваний и выкидышей оказались статистически незначимыми (9,8% и 6,1% против 15,9% и 11,5% соответственно; $p_F = 0,12$ и 0,10).

Курящих в основной группе было существенно больше – 24,2% против 13,0% ($p_F = 0,007$), также у них чаще был выявлен узкий таз – 26,5% против 15,5% ($p_F = 0,01$).

У женщин обеих групп преобладали срочные роды (5-я перцентиль в основной группе 38,5 нед; в группе сравнения – 38,9 нед). Отмечена существенно более высокая частота амниотомий у женщин основной группы – 36,3% против 25,7%; $p_F = 0,036$. В трех наблюдениях у пациенток этой группы были роды незрелым плодом (2,3%), а в контрольной группе таких случаев не было – $p_F = 0,033$.

При сравнении частот раневых осложнений (наложение вторичных швов на промежность, раневые осложнения после кесарева сечения) с помощью точного метода Фишера значимых различий выявлено не было, как и при сравнении по частоте выявления инфекции при беременности.

Внутригрупповой анализ показал неоднородность сформированной основной группы (рис. 3).

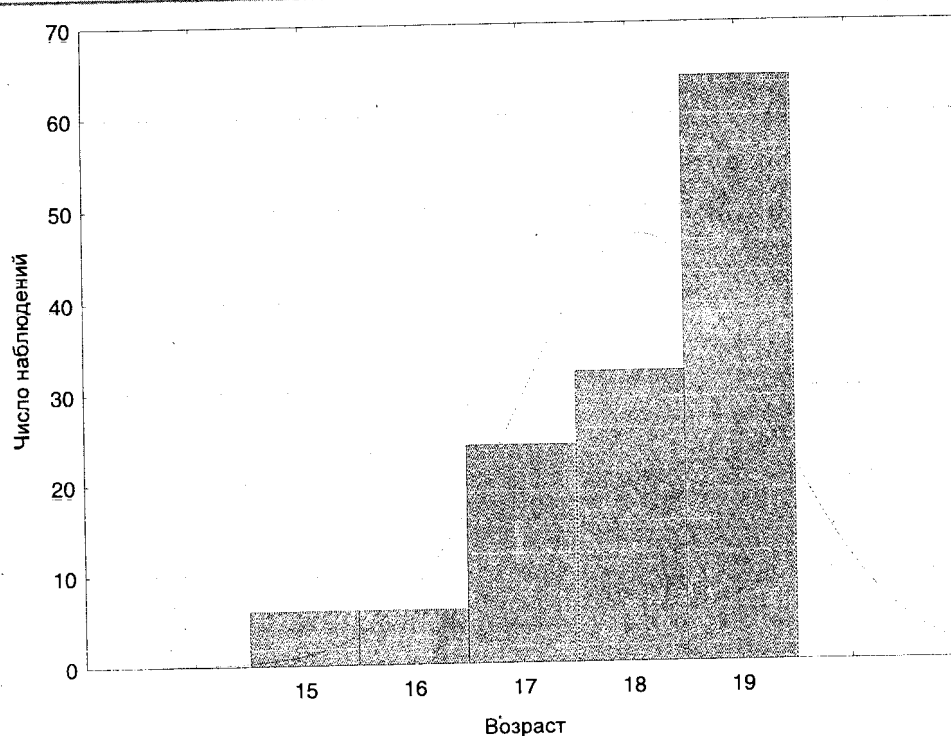


Рис. 3. Гистограмма распределения беременных основной группы по возрасту.

Преобладали женщины в возрасте 18-19 лет (72,7%). В этой связи было сделано предположение о том, что течение и исходы беременности у несовершеннолетних (в возрасте до 17 лет включительно) могут отличаться от показателей пациенток в возрасте 18-19 лет. Для проверки этой гипотезы мы повторно провели сравнительный анализ по указанным параметрам в группах несовершеннолетних (1), совершеннолетних подростков (2) и беременных в благоприятном репродуктивном возрасте (3). Результаты анализа представлены в табл. 2.

С применением критерия Крускала-Уоллиса выявлены существенные межгрупповые различия по социальному статусу беременных. Если в группе несовершеннолетних преобладали учащиеся и домохозяйки, то основная часть совершеннолетних подростков, как и взрослых беременных, была представлена работающими. Аналогичной была картина распределения по семейному положению: удельный вес зарегистрированных браков возрастал от первой группы к третьей, в то же время среди несовершеннолетних было существенно больше одиноких матерей. Это согласуется со статистически значимыми различиями в сроках постановки на учет – у несовершеннолетних она была более поздней. Также выявлены ожидаемые межгрупповые различия по возрасту мужа (у юных – моложе), сексуальному дебюту (более ранний – у несовершеннолетних), а также по удельному весу курящих. Частота

встречаемости узкого таза была обратно пропорциональной количеству абортов, выкидышей и родов в анамнезе (статистически значимые межгрупповые различия). Несмотря на отсутствие достоверных межгрупповых различий по критерию Крускала-Уоллиса, при сравнении групп 1 и 2 между собой с применением точного метода Фишера обнаружены различия в частотах дородовой госпитализации ($p=0,07$), быстрых родов ($p=0,07$), многоводия ($p=0,03$), хламидиоза ($p=0,03$) и ВИЧ-инфекции ($p=0,1$), то есть существовала тенденция к значимости различий, либо они были статистически значимыми.

Между тем, различия названных групп по таким гипотетически важным параметрам, как частоты преждевременных родов (13,8% против 7,3%), угрозы прерывания беременности (16,7% против 19,8%), угрозы преждевременных родов (5,6% против 8,3%), малой массы плода (11,0% против 9,3%), родов незрелым плодом (5,6% против 1,0%), оперативных родов (5,5% против 12,5%), эпизиотомии (30,5% против 23,9%), разрывов шейки матки (16,7% против 9,3%) были незначимыми.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Исследования, посвященные социально-медицинским аспектам беременности и родов у юных, многочисленны [1, 7, 11, 15, 19].

Таблица 2

Результаты сравнительного анализа показателей течения беременности и родов (средние величины или проценты с 95% доверительным интервалом)

Параметр	Группа 1 (n=36)	Группа 2 Ошибка! Ошибка связи.	Группа 3 (n=276)
Социальный статус, в т.ч.			
работающая	n=4 11,1% (0,8-21,4%)	n=32 33,3% (23,9-42,7%)	n=139 50,3% (44,4-56,2%)
учащаяся	n=13 36,1% (20,4-51,8%)	n=12 12,5% (5,9-19,1%)	n=5 1,8% (0,2-3,4%)
студентка	n=6 16,7% (4,5-28,9%)	n=25 26,0% (17,3-34,4%)	n=46 16,6% (12,2-21,0%)
домохозяйка	n=12 33,3% (17,9-48,7%)	n=26 27,2% (18,2-36,2%)	n=74 26,8% (21,6-32,0%)
безработная	n=1 2,8% (0-8,2%)	n=1 1,0% (0-3,0%)	n=12 4,5% (2,9-6,7%)
	$p_H = 0,036$		
Брак			
нерегистрированный	n=20 55,6% (39,4-71,8%)	n=70 72,8% (63,9-81,7%)	n=139 50,3% (44,4-56,2%)
регистрированный	n=3 8,3% (0-17,3%)	n=14 14,6% (7,6-21,6%)	n=98 35,5% (29,9-41,1%)
одинокое	n=10 27,8% (13,2-42,4%)	n=6 6,3% (1,4-7,7%)	n=17 6,1% (3,3-8,9%)
регистр. во время бер-ти	n=3 8,3% (0-17,3%)	n=6 6,3% (1,4-7,7%)	n=22 7,9% (4,7-11,8%)
	$p_H = 0,002$		
Возраст мужа, лет	22,4 (21,0 – 23,9)	23,3 (22,2 – 24,3)	25,0 (24,5 – 25,5)
	$p_H < 0,0001$		
Дебют половой жизни, лет	15,3 (14,9 – 15,7)	16,5 (16,3 – 16,7)	17,5 (17,3 – 17,7)
	$p_H < 0,0001$		
Узкий таз	n=11 30,5% (15,5-45,5%)	n=24 25,0% (16,3-33,7%)	n=43 15,5% (11,8-19,2%)
	$p_H = 0,003$		
Первая явка, нед	18,8 (16,0 – 21,6)	15,1 (13,4 – 16,8)	13,5 (12,6 – 14,5)
	$p_H = 0,0004$		
Аборты	n=1 2,8% (0-8,2%)	N=11 11,4% (5,0-17,8%)	n=70 25,3% (20,2-30,4%)
	$p_H = 0,0001$		
Роды	–	N=6 6,3% (1,4-7,7%)	n=44 15,2% (11,0-19,4%)
	$p_H = 0,004$		
Выкидыши, в т.ч.	–	N=8 8,3% (2,8-13,8%)	n=32 11,5% (7,7-15,3%)
искусственный	–	n=2 2,0% (0-4,8%)	n=10 3,6% (1,5-5,7%)
самопроизвольный	–	n=6 6,3% (1,4-7,7%)	n=22 8,0% (4,8-11,2%)
	$p_H = 0,076$		
Курение	N=10 27,7% (13,1-42,3%)	N=22 22,9% (14,5-31,3%)	n=22 13,0% (9,0-17,0%)
	$p_H = 0,014$		
Дородовая госпитализация *	N=13 36,0% (20,3-51,7%)	N=19 19,8% (11,9-27,8%)	n=75 27,2% (22,0-32,4%)
Быстрые роды *	N=2 5,6% (0-13,1%)	–	n=8 2,9% (0,4-4,9%)
Многоводие *	n=5 13,9% (2,6-25,2%)	N=3 3,1% (0-6,6%)	n=24 8,7% (5,4-12,0%)
Хламидии *	–	N=11 11,4% (5,0-17,8%)	n=26 9,4% (6,0-12,8%)
ВИЧ *	–	N=8 8,3% (2,8-13,8%)	n=12 4,3% (1,9-6,7%)

Примечание: * – $p \leq 0,1$ при сравнении показателей групп 1 и 2.

Принято считать, что юные беременные отличаются от женщин благоприятного репродуктивного возраста социальным статусом [6], семейным положением [4] и акушерским анамнезом [9, 14]. Данные относительно вредных привычек, антропометрических показателей и исходного состояния здоровья беременных-подростков и взрослых противоречивы. Боль-

шинство исследователей указывают на высокую частоту осложнений беременности и родов у юных – угрозу прерывания [3], высокий инфекционный индекс [8], узкий таз [6], преждевременные [16, 22] и быстрые роды [8], низкую массу плода [16, 21, 22].

Ни по одному из этих показателей значимых различий в нашем исследовании не оказа-

лось. Отметим, что критерии исключения не прене находившихся под медицинским наблюдением в течение беременности, а именно у них ожидаемыми являются частые осложнения беременности и родов.

Основные различия выявлены в социальном статусе, семейном положении беременных. При этом показатели женщин 18-19 лет ближе к показателям беременных благоприятного репродуктивного возраста. Особенности психосоциального статуса юных были обусловлены ранним началом половой жизни при таком же, как в контроле, темпе полового созревания (возраст менархе не отличается); сниженной ответственностью полового партнера – среди несовершеннолетних больше одиноких, а возраст партнеров существенно меньше, чем у совершеннолетних. Следствием этого является незапланированная беременность [4, 16] и зарегистрированная нами поздняя постановка беременной на учет. В наших наблюдениях среди подростков преобладают учащиеся с высоким удельным весом курящих, что совпадает с данными литературы [17], и незавершенным анатомо-физиологическим созреванием (при одинаковых с контролем антропометрических показателях у юных чаще встречался узкий таз).

Характеристика семейного положения в наших наблюдениях, вероятно, не могут быть объяснены региональными особенностями Восточной Сибири, поскольку в исследованиях Т.Г. Захаровой и соавт. (2001-2002) на территории соседнего Красноярского края частота зарегистрированного брака у подростков составила 55,4%, а в группе контроля – 70% (в наших наблюдениях – 12,7% и 35,5% соответственно) [5, 6].

Более того, результаты представленного исследования показывают, что группу подростков следует дифференцировать по критерию совершеннолетия, поскольку частота осложнений беременности и родов у женщин 18-19 лет ближе к показателям более старшего возраста, чем у несовершеннолетних. Это согласуется с данными S.J. Ventura et al. (2000), согласно которым динамика беременности и родов различается в США среди подростков 15-17 и 18-19 лет [22].

Неблагоприятные социальные факторы, высокая распространенность вредных привычек среди юных, анатомо-физиологические особенности predisполагают к психологической дизадаптации. В свою очередь, состояние психоэмоциональной тревожности, как и курение, является фактором риска родоразрешения маловесным плодом [20], но в наших наблюдениях различия по массе плода отсутствовали.

Известно, что при регулярном наблюдении и своевременном лечении частота осложнений бе-

дусматривали регистрацию пациенток, ренности и родов у юных не отличаются от показателя старшей возрастной группы [18]. Тогда отсутствие различий в исходах беременности и родов в наших наблюдениях могло явиться следствием удовлетворительной организации работы с беременными. Это позволяет акцентировать внимание на диагностике синдрома дизадаптации и психопрофилактике, особенно важной для несовершеннолетних [8].

Таким образом, исходная гипотеза не нашла подтверждения. С другой стороны, результаты исследования побуждают к оценке течения беременности и родов у пациенток с явлениями психосоциальной дизадаптации, частота которой, очевидно, выше в подростковом возрасте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамова Е.А. Исследование возможности адаптации матерей-подростков в современных условиях (на примере Алтайского края) / Е.А. Абрамова // http://www.socialpolicy.ru/programs/grant/reports/abram_s.asp (25 мар. 2003)
2. Апарцина Е.В. Повреждения родовых путей у юных / Е.В. Апарцина // Вестник Ассоциации хирургов Иркутской области. – Новосибирск: Наука, 2003. – С. 94.
3. Башмакова Н.В. Проблемы еременности у пациенток подросткового возраста / Н.В. Башмакова // <http://www.krasota.ru/krasota/articles/show.html?id=1178> (19 янв. 2004)
4. Гаврилова Л.В. Репродуктивное поведение населения Российской Федерации в современных условиях / Л.В. Гаврилова. – М.: «МЕДпресс», 2000. – 159 с.
5. Захарова Т.Г. Репродуктивное здоровье юных матерей и состояние здоровья их новорожденных / Т.Г. Захарова, Г.Н. Гончарова // Российский Вестник перинатологии и педиатрии. – 2002, №3. – С. 11-14.
6. Захарова Т.Г. Роль репродуктивного здоровья девушек-подростков в перинатальной охране плода / Т.Г. Захарова, О.С. Филиппов // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. – 2001-2002. – Т. 1, №1. – Раздел IV. Вопросы организации в акушерстве и гинекологии. – С. IV – 109. – <http://gyna.medi.ru/ag14009.htm> (20 янв. 2004)
7. Кулаков В.И. Современные тенденции в репродуктивном поведении женщин в странах Восточной Европы / В.И. Кулаков, Е.М. Вихляева, Е.И. Николаева, А. Брандруп-Луканова // Акушерство и гинекология. – 2001. – №4. – С. 11-14.
8. Островская Е.А. Роды у юных женщин: медицинский и поведенческий аспекты / Е.А.

- Островская // Акушерство и гинекология. Достижения и пути развития в XXI веке: Сб. науч. работ. – <http://spb-medic.narod.ru/posobia/02x128.htm> (25 мар. 2003)
9. Хамошина М.Б. Репродуктивное здоровье учащейся молодежи Приморского края / М.Б. Хамошина, Л.А. Кайгородова, Я.А. Юцковская, Ф.Ф. Антоненко // Геден Рихтер в СНГ: Научно-информационный мед. журн. – 2001. – №3. – <http://www.mosmed.ru/gedon/magazins/st3-7.htm> (25 мар. 2003)
10. Adolescent health / http://www.who.int/child-adolescent-health/OVERVIEW/AHD/adh_over.htm (31 янв. 2004)
11. Blake B.J. Geographical mapping of unmarried teen births and selected sociodemographic variables / B.J. Blake, L. Bentov // Public Health Nurs. – 2001. – Vol. 18, №1. – P. 33-39.
12. Cleeton E.R. Attitudes and beliefs about childbirth among college students: results of an educational intervention / E.R. Cleeton // Birth. – 2001. – Vol. 28, №3. – P. 192-200.
13. Condon J.T. Australian adolescents' attitudes and beliefs concerning pregnancy, childbirth and parenthood: the development, psychometric testing and results of a new scale / J.T. Condon, J. Donovan, C.J. Corkindale // J. Adolesc. – 2001. – Vol. 24, №6. – P. 729-742.
14. Creatsas G. Adolescent pregnancy and its consequences / G. Creatsas, A. Elsheikh // Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care. – 2002. – Vol. 7, №3. – P. 167-169.
15. Gama S.G. Experiencia de gravidez na adolescencia, fatores associados e resultados perinatais entre puerperas de baixa renda / S.G. Gama, C.L. Szwarcwald, C. Leal // Cad. Saude Publica – 2002. – Vol. 18, №1. – P. 153-161.
16. Kirchengast S. Impact of maternal age and maternal somatic characteristics on newborn size / S. Kirchengast, B. Hartmann // Am. J. Human. Biol. – 2003. – Vol. 15, №2. – P. 220-228.
17. Mathews T.J. Smoking during pregnancy in the 1990's / T.J. Mathews // Natl. Vital Stat. Rep. – 2001. – Vol. 49, № 7. – P. 1-14.
18. Pavlova-Greenfield T. Adolescent pregnancy: positive perinatal outcome at a community hospital / T. Pavlova-Greenfield, V.G. Sutija, M. Gudavalli // J. Perinat. Med. – 2000. – Vol. 28, №6. – P. 443-446.
19. Rostosky S.S. Coital debut: the role of religiosity and sex attitudes in the add health survey / S.S. Rostosky, M.D. Regnerus, M.L. Wright // J. Sex Res. – 2003. – Vol. 40, №4. – P. 358-367.
20. Teixeira J.M.A. Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study / J.M.A. Teixeira, N.M. Fisk, V. Glover // BMJ. – 1999. – Vol. 16, № 318 (7177). – P. 153-157.
21. Treffers P.E. Care for adolescent pregnancy and childbirth / P.E. Treffers, A.A. Olukoya, B.J. Ferguson, J. Liljestrang // Int. J. Gynaecol. Obstet. – 2001. – Vol. 75, №2. – P. 111-121.
22. Ventura S.J. Variations in teenage birth rates, 1991-98: national and state trends / S.J. Ventura, S.C. Curtin, T.J. Mathews. – Natl. Vital. Stat. Rep. – 2000. – Vol. 24, №48(6). – P. 1-13.

УДК 616.248-036.2:616-053.5:(571.55)

И.Р. Ахметгалеева, И.Н. Гаймоленко

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ВЗАИМОСВЯЗЬ СИМПТОМОВ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШКОЛЬНИКОВ ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Государственная медицинская академия, (Чита)

Проведено исследование распространенности симптомов бронхиальной астмы, аллергического ринита и атопического дерматита по программе ISAAC. Обследовано 2500 школьников г. Читы в двух возрастных группах 7-8 лет и 13-14 лет. Результаты исследования показали, что распространенность затрудненного хрипящего свистящего дыхания составила 24,3%. Проявления хронического ринита беспокоили 35,1% детей, а симптомы атопического дерматита имели 13,1% опрошенных. При этом у 14,2% школьников симптомы бронхиальной астмы сочетались с проявлениями хронического ринита. 3,6% детей отметили у себя наличие признаков всех трех аллергических заболеваний. У 2% проявления хронического ринита сочетались с симптомами атопического дерматита, и только 1,7% опрошенных имели признаки дермореспираторного синдрома.