

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ РАЗЛИЧНЫМИ СОЦИАЛЬНЫМИ И МЕДИЦИНСКИМИ ФАКТОРАМИ РИСКА, ТЕЧЕНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ И СОСТОЯНИЕМ ЗДОРОВЬЯ МЛАДЕНЦЕВ

Рамизовская А.А., Назаренко О.Н.

*Белорусский государственный медицинский университет,
кафедра пропедевтики детских болезней, г. Минск*

Ключевые слова: факторы риска, витамины, беременность, здоровье детей.

Резюме: *приведены результаты сравнительного анализа амбулаторных карт детей 1-2 лет жизни и анкетирования матерей с оценкой влияния различных факторов риска на течение беременности и здоровье младенцев, а также приёма витаминно-минеральных комплексов беременными.*

Resume: *we present the results of a comparative analysis of outpatients children 1-2 years of life and questioning the mothers in evaluating the impact of various risk factors for the pregnancy and the health of infants, as well as receiving vitamin-mineral complexes pregnant.*

Актуальность. Урбанизация и нарастание частоты встречаемости различных экологических, социальных и экономических факторов, оказывающих неблагоприятное влияние на здоровье населения, обуславливает актуальность проведения исследований в этой области. Результаты могут быть использованы во врачебной практике, а также всеми, кто планирует беременность.

Цель: выявить взаимосвязь между различными факторами риска и состоянием здоровья, оценить частоту применения различных витаминных комплексов во время беременности.

Задачи: 1. Оценить влияние некоторых социальных факторов на течение беременности и родов, а также состояние здоровья детей на первом и втором году жизни; 2. Установить взаимосвязь между особенностями течения беременности и родов и состоянием здоровья детей; 3. Изучить частоту применения и спектр витаминных комплексов во время беременности.

Материал и методы. Проведён анализ амбулаторных карт 50 детей одного педиатрического участка УЗ «10-ая детская поликлиника г. Минска» с учётом акушерского анамнеза и состояния здоровья на 1-2 году жизни (группа 1) и анкетирование 43 матерей с более подробным социальным и акушерским анамнезом (группа 2). В ходе анализа полученных данных сформировались группы сравнения в зависимости от ведущего фактора риска, который подвергался исследованию. Рассмотрен порядок приёма витаминов во время беременности и после родов и соотнесён с данными литературы.

Результаты и их обсуждение. В обеих группах наблюдения (группа 1 и группа 2) средний возраст матерей составил 30 и 32,4 лет соответственно, отцов 32,1 и

34,5 лет; дети были преимущественно от первой беременности и первых родов; в основном от нормально протекавшей беременности, однако в некоторых случаях (18% и 7,1%) имела место угроза прерывания. Из экстрагенитальной патологии матерей, встречавшейся в целом нечасто, можно отметить анемию (4% в группе 1 и 26% в группе 2), хронический бронхит (10% и 14,3%), хронический гастрит (2% и 7,1%) и ожирение (10% в первой группе). Можно отметить достаточно высокую частоту урогенитальной патологии (72% и 26,2%), зарегистрированную в амбулаторных картах и матерями в анкетах. Выявлен процент аборт (20 и 14%), вредных привычек (2% и 9,3% соответственно). Согласно социальному статусу в обеих группах около половины матерей было с высшим образованием, со средним специальным или средним - 52,7% и 47,3%, неполных семей 8,6%, благоприятные жилищные условия имело 54,8% семей. Данные анкетирования второй группы позволили выявить частоту приёма витаминов во время беременности (90,5%).

Итак, параметры детей 2 групп наблюдения (амбулаторных карт и анкет) оказались сопоставимы по полу, возрасту и в большой степени по акушерскому и социальному анамнезу. При сравнении групп можно сказать, что матери детей придают меньшее значение отклонениям в их состоянии здоровья, чем медперсонал. По данным амбулаторных карт (и выписок из роддома), рекомендациям по приёму витаминных комплексов уделяется недостаточно внимания.

Далее, так как группы оказались сопоставимы, они были совмещены и выделены группы риска по неблагоприятному течению беременности и родов и соотнесены показатели здоровья детей в сформированных группах сравнения.

Первым выделенным фактором был возраст матерей. Так как молодых матерей в наших группах не было, мы сформировали группы до и после 35 лет (табл. 1).

Таблица 1 - Возраст матерей и течение беременности

Параметры/группы	Возраст матерей до 35 лет, n=69	Возраст матерей 35 лет и выше, n=24	t=	P<
Нормальная беременность, %	30,43±5,54	33,33±9,62	0,26	0,4
Угроза прерывания, %	14,49±4,24	4,17±4,08	1,76	0,1
Токсикозы, %	0	4,17±4,08	1,02	0,1
Гестозы, %	2,9±2,02	4,17±4,08	0,28	0,4
Экстрагенитальная патология, всего %	56,52±5,97	79,17±8,29	2,22	0,05
Урогенитальная патология, всего, %	44,92±5,99	50,0±10,20	0,44	0,3
Первая беременность, %	50,72±6,02	20,83±8,29	2,92	0,01
Вторая беременность, %	24,64±5,19	45,83±10,17	1,86	0,1
Третья и более беременность, %	17,39±4,56	25,0±8,84	0,77	0,2
Вредные привычки (курение), %	4,35±2,46	8,33±5,64	0,65	0,2
Неполная семья, %	2,90±2,02	4,17±4,08	0,46	0,3
Среднее спец. или среднее образование матерей, %	49,28±6,02	41,67±10,06	0,65	0,2

Высшее образование, %	49,28±6,02	58,33±10,06	0,77	0,2
Благоприятные жилищные условия (отдельная квартира, частный дом), %	47,83±6,01	70,83±9,28	2,08	0,05
Приём витаминных комплексов, %	34,78±5,73	54,17±10,17	1,66	0,1

Нами установлена взаимосвязь между возрастом и наличием экстрагенитальной патологии у матерей ($P < 0,05$), такой, как сахарный диабет, ожирение, варикозное расширение вен, анемия и несколько более высокий процент урогенитальной патологии ($P < 0,3$), это микоплазмоз, хламидиоз, пиелонефрит. Однако у более молодых эрозии шейки матки и кольпиты отмечались чаще. У них же несколько чаще встречается ОРВИ и значительно чаще первая беременность и роды ($P < 0,01$), а также угроза прерывания ($P < 0,1$). Среди социальных факторов у матерей более старшего возраста преобладали благоприятные жилищные условия ($P < 0,05$), и высшее образование (58,33% против 49,28%), а также приём витаминных комплексов (54,17% против 34,78%). Также чаще возрастные матери чаще имели вредные привычки и неполную семью.

Следующим фактором были неблагоприятные жилищные условия (съёмная квартира, проживание с родителями, общежитие). Было выявлено, что при наличии неблагоприятных жилищных условий угроза прерывания беременности и среднее образование матерей встречается несколько чаще. Также в семьях с хорошими жилищными условиями чаще рождается второй ребёнок (33,9% против 18,18%).

При оценке влияния образования матерей на течение беременности и родов установлено, что у женщин с высшим и средним образованием одинаково часто встречалась угроза прерывания (16,67% против 11,36%), аборт (16,67% против 15,91%), и благоприятные жилищные условия (54,17% против 50%). Женщины с высшим образованием чаще принимали витаминные комплексы во время беременности (52,08% и 34,09%; $P < 0,05$), имели второго и третьего ребёнка (38,64% против 25% – второй ребёнок и 13,64% против 4,17% – третий). У матерей со средним образованием незначительно чаще наблюдалась экстрагенитальная патология (52,27% против 41,67%), и это были – анемия, хронический гастрит, бронхит, ожирение, варикозное расширение вен, чем у женщин с высшим образованием (у них преобладает лишь ОРВИ и миопия); они чаще курили, имели неполную семью и неблагоприятные жилищные условия.

Следующим важным блоком нашей работы была оценка влияния различных факторов риска на состояние здоровья младенцев (табл. 2).

Таблица 2 - Возраст матерей и здоровье младенцев

Параметры/группы	Возраст матерей до 35 лет, $n=69$	Возраст матерей 35 лет и выше, $n=24$	$t=$	$P <$
В роддоме: Здоров, %	43,48±5,69	29,17±9,28	1,30	0,1
Морфофункциональная незрелость	4,35±2,46	4,17±4,08	0,04	0,999
Гипербилирубинемия новоро-	1,45±1,44	16,67±7,1	1,97	0,06

рождённых				
Риск патологии ЦНС	37,50±5,83	20,83±8,29	1,65	0,1
Риск инфицирования и патология органов дыхания	14,49±4,24	37,50±9,88	2,14	0,05
После выписки: здоров, %	47,83±6,01	25,0±8,84	2,14	0,05

Из таблицы видно, что в роддоме детям, рождённым от матерей до 35 лет, чаще ставили диагноз здоров ($P < 0,1$). Однако у них же несколько чаще встречалась патология ЦНС, которая проявлялась такими состояниями, как церебральная ишемия, асимметрия лица, кефалогематома. Возраст матерей являлся фактором риска по возникновению ДНІ ($29,17 \pm 9,28\%$ против $5,80 \pm 2,81\%$; $P < 0,001$), врождённой пневмонии и гипербилирубинемии у младенцев ($16,67 \pm 7,1\%$ против $1,45 \pm 1,44\%$; $P < 0,05$). После выписки из роддома большее число детей, рождённых от молодых матерей имели диагноз здоров ($P < 0,05$). Однако у них же несколько чаще встречались такие состояния, как анемия ($11,59 \pm 3,85\%$ против $8,33 \pm 5,64\%$), ГЭР ($1,45 \pm 1,44\%$ против 0%), дисбактериоз ($1,45 \pm 1,44\%$ против 0%), атопический дерматит ($2,90 \pm 2,02\%$ против 0%), что вероятно связано с неопытностью матерей, так как в этой группе это чаще всего был первый ребёнок.

Неблагоприятные жилищные условия оказывали определённое влияние на параметры здоровья новорожденных, приводя к морфофункциональной незрелости ($P < 0,1$), гипотрофии ($P < 0,05$), патологии ЦНС ($P < 0,3$) и врождённых пневмоний ($P < 0,1$). Образование матерей не оказывало существенного влияния на здоровье младенцев, за исключением того, что у детей от матерей со средним образованием несколько чаще наблюдалась патология ЦНС в роддоме ($P < 0,01$), морфофункциональная незрелость ($P < 0,05$), врождённая гипотрофия ($P < 0,2$).

Нами выявлено, что у детей, находящихся на грудном вскармливании, частота анемий оказалась существенно выше ($24,19 \pm 5,44\%$ против $13,33 \pm 6,21\%$; $P < 0,05$), чем у детей на искусственном вскармливании, что указывает на необходимость приёма витаминов и микронутриентов во время беременности и лактации.

По данным литературы, почти все будущие матери имеют дефициты микронутриентов: железа, йода, цинка, магния, фтора, селена, фолиевой кислоты, вит. С, А, D группы В[1]. Мы выявили, что по данным анкетирования 39 матерей из 43 (это $90,5\%$) принимали во время беременности различные варианты витаминов: В6, Е, А, комплексы (Алфавит, Элевит, Витрум, Теравит, «Мамино здоровье»), йодомарин, препараты железа, кальциево-магниевые комплексы или кальций Д3 никомед и др. Срок беременности, в который принимали витамины, и продолжительность курсов оказались самыми разнообразными и трудно поддавались систематизации. Таким образом, на сегодняшний день витаминам медицинскими работниками уделяется недостаточное внимание, хотя беременные в целом стараются их принимать, но бессистемно и с различной продолжительностью.

Всё вышесказанное подтверждает необходимость практических рекомендаций, сформированных в работе Живоглазовой Л. Д., 2010 года: 1. Акушерам-гинекологам и педиатрам рекомендовано анализировать фактическое питание у беременных и кормящих женщин с последующей коррекцией их суточного рациона; 2. Мотивационное обучение принципам рационального питания, адекватной фармако-

логической коррекции потребления кальция, йода, железа и других эссенциальных минералов и витаминов должно быть обязательным компонентом в программах «Школ будущих матерей»; 3. В регионах с высокой распространенностью железодефицитной анемии беременных целесообразно назначать беременным и кормящим женщинам профилактический прием витаминно-минеральных препаратов, содержащих 60 мг элементарного железа; 4. С целью повышения эффективности профилактики дефицита микронутриентов у беременных, кормящих женщин и детей раннего возраста врачам практического здравоохранения рекомендовано использовать разработанные временные отраслевые стандарты медицинской помощи женщинам с нормальным течением беременности [3].

Выводы: 1. Необходимость периодического изучения влияния факторов риска на течение беременности, родов и здоровье младенцев, помогает заметить взаимосвязи между ними и оценить ситуацию на нынешнее время; 2. Данное исследование может помочь оптимизировать наблюдение за беременными женщинами, кормящими матерями, входящих в группы риска, для возможной коррекции течения беременности, нарушений здоровья младенцев, которые связаны в определённой мере с социальными факторами и приёмом витаминно-минеральных комплексов.

Литература

1. Геппе Н. А. Основы вскармливания детей первого года жизни/ Н. А Геппе, Е. И. Капранова, Н. В. Нароган // М. ООО «Рид Элсивер», 2000. – С. 8-9.
2. Зайцев С. М. Главная книга о беременности и родах/ С. М. Зайцев. – 5-е изд., стереотип. – Мн.: Книжный дом, 2009. – 384с.
3. Живоглазова Л.Д. Течение беременности у женщин и состояние новорожденных в зависимости от обеспеченности микронутриентами. Автореф. дисс. к.м. н. Волгоград, 2010. – 21с.
4. Извекова Е.В. Гигиеническая оценка питания беременных женщин и меры по его оптимизации. Автореф. дисс. канд. биол. наук. М., 2009. – 20с.
5. Тоточиа Н.Э. Клинико-патогенетическое обоснование применения микронутриентов у беременных группы риска по развитию преэклампсии. Автореф. дисс. к.м.н. М., 2011. – 20с.