1. Последнее десятилетие в Казахстане наблюдается стойкая тенденция ухудшения здоровья детей и подростков. Хроническими заболеваниями страдает более 50% подростков.

2. Неправильное питание подростков может привести к плачевным последствиям, таким как ожирение, диабет, заболевания сердечно-сосудистой системы и т.д.

3. смертность от травм и несчастных случаев занимает второе место среди причин смертности населения РК. Показатель детского и подросткового травматизма в Казахстане за последние 5 лет вырос более чем на 5%.

4. Подавляющее большинство людей, употребляющих табак, начинают это делать в подростковом возрасте. На сегодняшний день в Казахстане курят 12% несовершеннолетних, из них 80% – девочки.

5. Вредное употребление алкоголя является одной из основных причин, насилия и преждевременной смерти. Ежегодно более 5 тысяч подростков впервые поставлены на учет к психиатру по поводу употребления алкоголя.

6. Последствия наркозависимости для демографических показателей в Казахстане становятся все более угрожающими. Среди казахстанских подростков растет число наркоманов. Первичная заболеваемость наркоманией среди подростков составила 564,2 на 100 тыс. населения, то есть, выросла на 20% по сравнению с 2008 годом.

7. С каждым годом число беременностей среди подростков в Казахстане только растет. Согласно официальной статистике, в стране ежегодно насчитывается около 10 тысяч беременных несовершеннолетних девочек: половина из них рожает, остальные прибегают к медицинскому прерыванию беременности.

8. По меньшей мере, 20% молодых людей имеют те или иные формы психических заболеваний – такие, как депрессия, расстройства настроения, токсикомания и т. д.

9. Данные ВОЗ свидетельствуют о том, что последние пять лет Казахстан прочно занимает лидирующее место в мире по количеству суицидов девочек-подростков и молодых девушек. В 2010 году 237 школьников покончили жизнь самоубийством.

10. Среди подростков 15–19 лет самоубийство является второй по значимости причиной смерти, за которым следует насилие в общине и семье.

В современных социально-экономических условиях особое значение приобретает разработка эффективной долгосрочной политики государства в отношении устойчивого развития сельской территории республики. При этом центральное место в решении этой задачи отводится формированию эффективной модели управления и интеграции сельского здравоохранения в условиях внедрения ЕНСЗ в республике до 2020 года.

Целью нашего проекта является обеспечение доступной медико-социальной помощи сельским подросткам. Для решения данной проблемы мы предлагаем в каждом районе создать «Центр Здорового Подростка». Уникальность данного центра – это интеграция работы медицинских, образовательных и воспитательных систем.

Направления деятельности Центра:

– индивидуальное консультирование подростков;

– медико-психологическая и медико-социальная помощь;

– половое воспитание и репродуктивная грамотность;

– информационно-образовательнная деятельность.

Задачи:

– выявление групп риска;

– интеграция работы лечебной и образовательной систем;

– активное привлечение в воспитательный процесс родителей школьников;

– возможность ощущении подросткам своей социальной значимости.

***Потенциальные ограничения и угрозы выполнения*:**

– организационно-кадровые проблемы;

– финансово-экономические проблемы.

***Ожидаемые результаты*:**

– укрепление доверия сельских подростков;

– больше шансов для улучшения поведения и сохранения здоровья сельских подростков;

– залог здоровья будущего поколения;

– экономия денежных средств.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН С ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА

Лялина И.С., Денисов М.С.

ФГОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», Чебоксары, e-mail: ljalina-irina@mail.ru

Уровень перинатальной заболеваемости и смертности повышен у определенной группы беременных и рожениц, объединенных в группу «высокого риска» перинатальной патологии. Эта группа женщин составляет не более 30% от всех беременных, но она определяет около 2/3 всех перинатальных потерь [1, 2, 3].

В настоящее время основная задача перинатологии заключается в определении как самих факторов высокого риска, так и в организации и проведении интенсивного наблюдения за здоровьем этих женщин и состоянием плода, а также в проведении необходимых лечебных и профилактических мероприятий, направленных на снижение перинатальных осложнений [4, 5, 7]. В связи с этим беременные и роженицы группы высокого риска перинатальной патологии требуют наибольшего внимания акушера.

Цель исследования: изучение особенностей репродуктивной функции женщин с дефицитом массы тела.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ репродуктивного здоровья, течения беременности, родов, послеродового периода у женщин с дефицитом массы тела. Было выделено две группы исследования: 1 – группа первородящие женщины с дефицитом массы тела (женщины с дефицитом массы тела отобраны согласно индексу Кетле, 100 случаев); 2 – группа контрольная (первородящие без дефицита массы тела, 100 случаев).

Нозологический диагноз формулировали в соответствии с »Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем» X пересмотра (МКБ-10) [МКБ-10, 1995].

В ходе исследования информацию собирали выборочным методом путем выкопировки данных из статистической медицинской документации лечебно-профилактических учреждений, с последующим занесением информации в электронные таблицы Excel. Планирование работы, расчет репрезентативной выборки, сбор данных, кодирование карт обследования проводили по согласованию со специалистами кафедры акушерства и гинекологии.

В этих целях использовались результаты анализа следующих медицинских документов:

– индивидуальной карты беременной и родильницы – форма 111/у;

– истории родов – форма № 096/у; – медицинской карты стационарного больного – форма № 003/у.

Статистическую обработку результатов исследования проводили, используя метод параметрического и непараметрического анализов. Использованы традиционные показатели описательной статистики [6].

Результаты собственных исследований

При изучении состояния репродуктивной функции в исследование были включены только первородящие – беременность в первой группе женщин наступила в конце первого года регулярной половой жизни – в 18,0%, на втором году– в 34% без лечения, в 31% после гормонального лечения, на третьем году после гормонального лечения 17%. Первобеременных первородящих было 52,0%, первородящих повторнобеременных – 48,0%. В анамнезе выявлены самопроизвольные выкидыши до 16 недель у 38,0% женщин, внематочная беременность – у 6,0%, медицинский аборт у 4% женщин.

Во второй группе репродуктивный анамнез несколько отличался – первобеременных первородящих – 64%, первородящих повторнобеременных –

36,0%. В анамнезе медицинские аборты были у 25% женщин, самопроизвольные у 7%, внематочная беременность – 2%.

У большинства женщин первой группы беременность наступила на фоне генитального инфантилизма, отягощенного акушерского анамнеза, хронических очагов инфекции, узкого таза, экстрагенитальной патологии, беременность протекала на фоне хронической плацентарной недостаточности, внутриутробной гипоксии плода и других осложнений (таблица).

Особенности репродуктивной функции у женщин исследуемых групп, %

Факторы риска	Группа Р		*p*
	1-я (100)	2-я (100)	
Угроза прерывания беременности	54	21	≤0,01
Самопроизвольные аборты	38	7	≤0,01
Хроническая плацентарная недостаточность	61	22	≤0,01
Хронический эндометрит	17	12	≤0,01
Аденомиоз	5	4	≤0,01
Воспалительные заболевания органов малого таза	37	14	≤0,01
Осложнения течения беременности	68	10	≤0,01
Инфекционные поражения плаценты	39 1	4	≤0,01
Анатомическое сужение таза	48	12	≤0,01
Гестоз	56	24	≤0,01

Женщины первой группы страдали воспалительными заболеваниями органов малого таза в анамнезе достоверно чаще – в 37,0% случаев ($p<0,01$), чем во второй группе – 14%, экстрагенитальной патологией – в 43% ($p<0,01$), во второй – 22%.

Также они имели отягощенный акушерский анамнез (самопроизвольные выкидыши до 16 недель в 38% случаев, ($p<0,01$), что достоверно в 5 раз чаще, чем во второй группе (7%). У 68% женщин с дефицитом массы тела достоверно чаще регистрировали осложнения течения беременности: анемия – 57%, плацентарная недостаточность, гипоплазия плаценты, гестоз, угроза невынашивания беременности, инфекционные поражения плаценты – 39% ($p<0,001$), анатомическое сужение таза – 48% ($p<0,05$).

В течение беременности 78% женщин были госпитализированы в акушерский стационар и получали лечение по поводу: угрозы преждевременных родов – 54%, плацентарной недостаточности – 61%, анемии – 57%, гестоза – 56%, синдрома задержки роста плода 32%.

Изучение течения беременности у женщин второй группы выявило, что соматические заболевания наблюдались у 22,0% женщин. Были выявлены: ожирение 1-2-й степени – у 13,0%, вегето-сосудистая дистония – у 23,1±6,74% пациенток. Нарушения менструальной функции были у 8% женщин, аденомиоз – у 2,0%. Беременность протекала на фоне анемии у 14% беременных, плацентарной недостаточности – у 22,0%, угрозы невынашивания – у 10,2±3,02%.

Ретроспективный анализ течения беременности у женщин с дефицитом массы выявил высокий процент осложнений течения беременности, что указывает на необходимость особо пристального внимания к молодым девушкам и женщинам с дефицитом массы тела врачей акушеров-гинекологов, участковых терапевтов, эндокринологов в целях профилактики перинатальных осложнений.

Список литературы

1. Айламазян Э.К. Гестоз: теория и практика / Э.К. Айламазян, Е.В. Мозговая. М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 272 с.

2. Акушерство. Национальное руководство /под ред. В.И. Кулакова, Э.К. Айламазян, В.Е. Радзинского – М., 2008. – 1218 с.

3. Байкова А.Д. Современные медико-биологические требования к питанию беременных женщин / А.Д. Байкова; Д.И. Марков // Акушерство и гинекология. – 2007. – № 6. – С. 27-31.

4. Грузинова Е.Н. Клиническая оценка репродуктивной функции женщин с дефицитом массы тела / Т.Г. Денисова, Е.Н.Грузинова и др. //Практическая медицина. Научно-практич. Журн. Казань. -2012. – № 1. – С. 211-213.

5. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. – М.: МедиаСфера, 2002. – 312 с.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ФЕТАЛЬНЫХ КОММУНИКАЦИЙ НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА ГЕСТАЦИИ

Михайлова М.Н., Белова А.Н., Шептухина А.И., Виноградов Д.А.

ФБОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», Чебоксары, e-mail: priffetik@bk.ru

В настоящее время имеются серьёзные проблемы, связанные с качеством здоровья новорождённого, а показатели младенческой смертности в сравнении с экономически развитыми странами остаются на высоких цифрах. Высокую распространённость имеет перинатальная патология, которая регистрируется у 39% новорождённых и является основной причиной младенческой смертности и инвалидности. В структуре сердечно-сосудистой заболеваемости велика доля сердечных аномалий: у 8 детей из 1000 родившихся выявляются врождённые пороки сердца (ВПС) [1]. В РФ ежегодно рождается около 17,5 ты-