

*Майлыкараева А.А., Сейдинов Ш.М., Айдарбекова З.М.*

**ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ УСЛОВИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА СОСТОЯНИЕ  
ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННЫХ И НОВОРОЖДЕННЫХ**

*A.A. Maylykaraeva, Sh.M. Seydinov, Z.M. Aydarbekova*

**THE VALUE OF INFLUENCE OF VITAL CONDITIONS ON THE HEALTH OF  
PREGNANT WOMEN AND NEW-BORN CHILDREN**

УДК: 618.2:363.17

*В статье приводятся данные о влиянии факторов окружающей среды на состояние здоровья беременных женщин и новорожденных детей. Выявлено, что важнейшими факторами, вызывающими нарушение физиологического протекания беременности и на здоровье новорожденных являются нерациональное питание, стрессовые и вредные воздействия окружающей среды.*

*This article deals with the influence of environment on the health of pregnant women and new-born children. It is revealed, the most important factors those cause violation of physiological elapse of pregnancy and the health of new-born children is irrational nourishment, stress and unhealthy influence of environment.*

Известно, что воздействие факторов окружающей среды разной природы и характера (социальные, экономические, биологические, природно-климатические, химические, физические и др.) приводит к развитию неблагоприятных эффектов в состоянии здоровья населения, в том числе, беременных женщин и детей [1].

Наиболее чувствительны к воздействию факторов окружающей среды группы населения со сниженными адаптационными возможностями. К ним, в первую очередь, следует отнести детское население, для которого характерна та или иная степень незрелости эндокринных, иммунокомпетентных и других структур, их несовершенство, что часто приводит к возникновению состояний пониженной сопротивляемости к инфекциям, аллергическим реакциям и др.

Другим контингентом являются беременные женщины, поскольку у них, во-первых, значительно изменен обмен веществ и гормональный профиль, а, во-вторых, организм женщины подвергается воздействию продуктов обмена веществ плода [2].

Для изучения условий жизни беременных проведен анкетный социологический опрос 290 беременных при помощи специально разработанного "опросника". По возрасту обследованные женщины распределены на группы: до 20 лет - 17,4 % (в том числе 16-17 лет - 2,2 %), 20-29 лет - 52,5 %, 30-39 лет - 10,0 %, 40-49 лет - 1,0 %. Анализ семейного положения женщин показал, что 62,5 % опрошенных женщин состояли в зарегистрированном браке, 15,9 % - в незарегистрированном, 5,3% были незамужними. По уровню образования наибольший удельный вес составили беременные женщины со средним специальным (45,6%) и средним общим образованием (14,6%). Высшее образование имели 10,4% женщин, незакон-

ченное высшее - 8,1 %, менее 10 классов окончили 4,2 % беременных.

Среди обследованных преобладали беременные с доходом в размере 1-2 прожиточных минимумов (ПМ) (69,1 %). Группы относительно обеспеченных и обеспеченных женщин составили, соответственно, 13,7 и 1,0 %.

Изучение жилищно-бытовых условий респондентов показало, что 25,6 % имеют дома или собственную квартиру, 25,7 % живут совместно с родителями, 16,5 % снимают квартиру, 1,9 % живут в общежитии. В результате расчета интегрального показателя качества жилья установлено, что 55,3% женщин живут в "хороших" жилищных условиях, 18,5 % - в "удовлетворительных", 8,5 % - в "менее благоприятных", 1,1 % - в "плохих".

Для большинства беременных и их семей характерны хорошие взаимоотношения в семье (54,7 %), не употребляют алкогольные напитки 62,1 % респондентов, курения - не курят 70,3 %. Однако 7,3 % женщин курили во время беременности. В связи с курением мужа пассивными курильщиками были 54,0 % беременных [3].

В ходе социально-гигиенического обследования беременных женщин изучены особенности их питания с учетом материального положения. Анализируя обеспеченность беременных женщин основными продуктами питания, выявлены нарушения принципов сбалансированного питания.

Питание женщин особенно сельского населения была однообразной. Установлено, что с ростом дохода на 1 члена семьи у беременных возрастает ежедневное потребление мясной и молочной продукции (с 46,5 до 57,6 % и с 20,0 до 50,3 % соответственно), фруктов (с 26,5 до 57,5 %), сока (с 15,3 до 29,3 %) и снижается ежедневное потребление картофеля (с 65,0 до 25,4 %), сахара (с 63,3 до 50,5 %). Таким образом, с ростом дохода питание беременных становится более разнообразным и полноценным. Число женщин, принимающих витамины во время беременности, с ростом дохода на 1 члена семьи увеличивается практически в 1,5 раза (с 16,5 до 23,5 %).

Учитывая, что формирование гестационной доминанты беременных женщин происходило в условиях неблагоприятной экологической и социально-экономической ситуации проведена оценка приоритетности экологических, социальных и экономических факторов риска развития основных нарушений здоровья беременных женщин и новорожденных.

В результате проведенных в социально-гигиенических исследованиях установлено, что важнейшим фактором риска нарушений здоровья населения является низкий уровень жизни значительного числа семей, обусловленный низкими доходами. Установлено достоверное влияние социально-экономических факторов риска (доход ниже прожиточного минимума, отсутствие собственного жилья, неполная семья) на развитие патологии беременных (поздний токсикоз, анемия беременных, угроза прерывания беременности), а также патологии новорожденных. У женщин-служащих бюджетной сферы и студенток (имевших самые низкие уровни доходов среди социальных групп) - выявлен наиболее высокий риск рождения детей с гипоксическими состояниями, перинатальным поражением нервной системы и задержкой внутриутробного развития.

На фоне пониженного содержания общего количества Т-лимфоцитов у женщин 2 группы отмечено снижение антителообразования Ig G и Ig A и увеличение продукции Ig M (в 2,3 раза). Установленный факт свидетельствует об избирательном действии стрессовых факторов на иммунную систему. Таким образом, психоэмоциональное напряжение беременной женщины привело к изменению функциональной активности иммунной системы, проявившемуся, однако, адекватным иммунологическим ответом.

Оценка состояния здоровья новорожденных, родившихся у женщин 1 и 2 групп, выявила наличие взаимосвязи между психологическим состоянием матери и развитием патологии у ребенка. Установлено, что у женщин с нормальным уровнем тревожности число родившихся здоровых детей в 1,7 раза выше, чем у женщин с высокой тревожностью. Низкий уровень здоровья детей у беременных 2 группы

сочетался с более высоким, чем в 1 группе, уровнем общей заболеваемости новорожденных. Наиболее чувствительными к влиянию эмоционального стресса матери оказались нервная и мышечная системы новорожденных. Частота перинатального поражения этих систем была во 2 группе выше, чем в 1-ой, соответственно, в 1,4 и 2,9 раза.

Полученные данные указывают на необходимость оценки социально-экономического статуса\* а также оценки психоэмоционального статуса беременных для выявления факторов риска, обоснования мер профилактики нарушений течения беременности, родов и здоровья новорожденных. Более того, они могут служить серьезным основанием для уточнения, расширения перечня характеристик и показателей социально-гигиенического мониторинга, т.е. фактически проведения мониторинга социально-экономического и психологического статуса беременных наряду с наблюдением за показателями их соматического и репродуктивного здоровья.

#### Литература:

1. Крыжановский Г.Н. Патологические системы в деятельности центральной нервной системы / Г.Н. Крыжановский // Вестник РАМН. - 2002. - №6.-С. 18-23.
1. 2. Сидорова И.С. Внутриутробные инфекции: хламидиоз, микоплазмоз, герпес, цитомегалия / И.С. Сидорова, И.Н. Черниенко // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 1998. - № 3. - С. 7-13.
2. Лещенко Я.А. Современные эпидемиологические характеристики заболеваемости беременных, рожениц и новорожденных // Я.А. Лещенко, Н.В. Протопопова, В.П. Халтурин // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. - 2003. - №3.-С.228-233.

Рецензент: к.м.н., доцент Калугина О.П.