

МЕДИЦИНА ИЛИМДЕРИМЕДИЦИНСКИЕ НАУКИMEDICAL SCIENCES*Маширабова А.А.***30 ЖАНА АНДАН ЖОГОРУ ЖАШТАГЫ ТӨРӨТКӨ ЧЕЙИНКИ  
БОЮНДА БАР АЯЛДАРДЫН ЖАНА БИРИНЧИ ТӨРӨӨЧҮЛӨРДҮН  
ДЕН СОЛУГУНУН АБАЛЫН ИЛИКТӨӨ КӨЙГӨЙЛӨРҮНӨ  
УСУЛДУК ЫКМАЛАР***Маширабова А.А.***МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ  
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ, ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ  
У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ 30 ЛЕТ И СТАРШЕ***A.A. Mashrabova***METHODOLOGICAL APPROACHES TO THE STUDY OF PROBLEMS,  
HEALTH, COURSE OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN  
NULLIPAROUS WOMEN AGED 30 YEARS AND OLDER**

УДК: 14.02.03.

Бул макалада улуу курактагы биринчи ирет төрөй турган аялдардын кош бойлуу мезгилиндеги жана төрөр алдындагы экстрагениталдык, гинекологиялык ооруларын изилдөө, профилактикалоо жана дарылоо, жаңы төрөлгөн балдардын перинаталдык патологиялык абалына изилдөөлөр жүргүзүлдү. Социалдык-гигиеналык жана медико-биологиялык, ошондой эле Бүткүл дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюму тарабынан сунушталган улуу курактагы аялдардын перинаталдык өлүмүнүн алдын алуу жолдору каралды. Улуу курактагы кош бойлуу аялдардын кош бойлуулук жана төрөт учурундагы оор абалына дифференциалдуу жана интенсивдүү байкоо жүргүзүү, түйүлдүктүн жана жаңы туулган наристенин абалына динамикалуу баа берүү, кош бойлуу 30 жаш жана андан улуу курактагы аялдардын перинаталдуу өлүмүн төмөндөтүү, жаңы төрөлгөн балдардын абалын АПГАР шкаласынын негизинде баалоо, физикалык өнүгүүсүн антропометрикалык маалыматтар менен байкоо жүргүзүлдү. Макалада биринчи жолу төрөй турган аялдын үй-бүлөлүк шартын анализденгендиги белгиленип, мындай маселе жаш биринчи жолу төрөй тургандарда жогору жаштагы төрөй тургандарга караганда бир топ бекем 22,5% жана 79,2% экендиги белгиленди.

**Негизги сөздөр:** ден соолук, кош бойлуулук, биринчи

ирет төрөгөн аялдар, төрөт, профилактика, дарылоо, экстрагениталдуу, гинекологиялык, патология.

В данной статье приведены методические подходы к изучению состояния экстрагенитальной, гинекологической заболеваемости, течение беременности и родов первородящих, оценки качества проведения профилактики и лечения, состояния перинатальной патологии у новорожденных возрастных первородящих. Рассмотрена социально-гигиеническая и медико-биологическая характеристика, а также исчисления перинатальной смертности, согласно рекомендации ВОЗ. Мы считаем, что своевременное выделение группы беременных высокого риска, дифференцированное интенсивное наблюдение за ними во время беременности и родов с динамической оценкой состояния плода и новорожденного позволяют значительно снизить перинатальную патологию и смертность первородящих женщин в возрасте 30 лет и "старше". Состояние здоровья новорожденных оценивали в баллах по шкале АПГАР. С целью оценки физического развития новорожденного были определены антропометрические данные. В статье отмечены анализы семейного положение первородящих, то данный вопрос у молодых первородящих оказался более устойчивее, чем у взрослых первородящих соответственно 22,5% и 79,2%.

**Ключевые слова:** здоровья, беременность, первородящие, роды, профилактика, лечение, экстрагенитальной, гинекологические, патология.

*This article provides methodological approaches to the study of the state of extragenital, gynecological morbidity, the course of pregnancy and childbirth of primiparas, the assessment of the quality of prevention and treatment, and the state of perinatal pathology in newborn primiparas. Socio-hygienic and biomedical characteristics, as well as the calculation of perinatal mortality, according to the recommendations of the Second World War. We believe that timely selection of a group of high-risk pregnant women, differentiated intensive observation of them during pregnancy and childbirth with a dynamic assessment of the state of the fetus and the newborn can significantly reduce perinatal pathology and mortality of primiparous women 30 years old and older. The health status of the newborns was assessed on a scale on the APGAR scale, with the aim of assessing the physical development of the newborn, anthropometric data were determined. The article notes the analysis of the marital status of primiparous, this issue was more stable among young primiparous than in adult primiparous 22.5% and 79.2%, respectively.*

**Key words:** health, pregnancy, primiparous, childbirth, prevention, treatment, extra genital, gynecological, pathology.

Наше исследование проводилось в течение трёх лет, и она отличается от предыдущего исследования своим совокупным характером. Исследование было построено для изучения состояния экстрагенитальной и гинекологической заболеваемости, течение беременности и родов у первородящих, оценки качества проведения профилактики и лечения, состояния перинатальной патологии новорождённых возрастных первородящих, социально-гигиеническая и медико-биологическая характеристика.

1. Перед нами была задача изучить две группы первородящих женщин: первая группа от 30 лет и старше, а вторая группа от 20 лет до 30 лет. Оба эти группы относились к первородящим женщинам и у всех роды были в 2016-2018 годах в городе Ош и Араванском районе Ошской области Кыргызской Республики.

Отбор производился следующим образом: во всех родильных домах исследовали одинаковое число первородящих женщин в возрасте 20-30 лет, выделенных случайным методом. Возрастные первородящие подвергались исследованию по принципу: все приходящие в возрасте 30 лет и старше за исключением, тех, которые выбыли из города в период проведения исследования. На основе данного отбора формировались 2 группы

новорождённых соответствующих первородящих.

Естественно, первородящие, обе группы одинаково обследованы по следующей единой программе:

1. Социально-гигиеническая и медико-биологическая характеристика первородящих;
2. Характеристика состояния здоровья, течение беременности и родов первородящих;
3. Состояние здоровья новорождённых, рождённых у первородящих;
4. Организация диспансерного наблюдения за первородящими [1, с. 121].

Было обследовано 486 первородящих женщин в возрасте от 30 лет и старше и 450 первородящих женщин в возрасте от 20 лет до 30 лет.

**С целью объективного решения** поставленной задачи был применен комплекс методов: исторического, социально-гигиенического, математического, статического. Необходимо отметить, что при историческом методе были изучены иерархические связи изучение первородящих.

**Для изучения мы составляли специальные учётные карточки, где отмечаются информации о каждом обследуемом объекте и имелись планы и программы исследования.**

Учётные карточки содержали в себе 67 вопросов, которые можно разделить на три типа: «Закрытые», в котором имелись возможные варианты, возможные варианты ответов и необходимо было выбрать один из них; «открытые», в котором можно пожеланию, самостоятельно ответить дихотомически да или нет. При заполнении статической учётной карточки использовалась методика копировки и данных учётной медицинской документации, методика опроса по месту жительства, где активно принимают сами обследуемых первородящих в интерпретации сведений. По-нашему мнению, опрос по месту жительства даёт возможность получения более качественной информации.

Выкопировка данных было сделано из следующей учебно-медицинской документации: индивидуальная карта беременной родильницы в количестве - 936; обменная карта количество - 936; история родов в количестве - 936; 921 история развития новорождённого; 15 свидетельств о перинатальной смерти; отчет лечебно-профилактического учреждения и специальный вкладыш номер 3 в количестве 4; журнал регистрации поступивших в родильный дом 12 штук.

Собранный материал был статически и математически обработан. Сбор и обработка данных производилась на калькуляторе “CITIZEN SDC-888, микрокомпьютеры “электроника МК 85” и на персональном компьютере IBM PC/AT с помощью специально составленной программы. Всего была обследовано 936 первородящих женщин и 940 новорождённых, рождённых у данных первородящих.

Необходимо, отметить что автор является основным исполнителем на всех этапах проведённых исследований.

В исследования особое внимание было уделено на следующие комплексные проблемы:

- 1) На экстрагенитальную патологию;
- 2) Гинекологические заболевания;

3) Оперативные вмешательства по осложнению беременности и родов и ряд заболеваний при родах, которые составлены в Международной статической классификации болезней, травм и причин смерти 9-го пересмотра.

Кроме этого, среди экстрагенитальной патологии учитывались острые и хронические стадии нозологических форм [2, с. 13].

Продолжительность родовой деятельности учитывались из расчёта нормы соответствующих периодов родов у первородящих: первый период - раскрытие шейки матки в норме в среднем продолжается 18 часов; второй период - период изгнания плода - от 1 до 4 часов; третий период - послеродовой период продолжается от 10 до 40 минут, в среднем 15 минут.

После рождения ребёнка были изучены следующие показатели здоровья новорождённого: положение плода, прилежание плода, пол; родился живой и мёртвый; доношенный или недоношенный, или переношенный; в асфиксии или нет. Асфиксию (гипоксию) новорождённого оценивали по отсутствию дыхания или отдельными нерегулярными дыхательными движениями у ребёнка с наличием сердечной деятельности.

С рождением ребёнка проводили обследования, чтобы знать состояние, и оно оценивалось в баллах по шкале Апгар по следующему показанию:

- 1) умеренность:
  - а) асфиксия средней тяжести;
  - б) состояние дыхания;
  - в) частота сердцебиения до 1 м.;
- 2) умеренность:

- а) асфиксия тяжёлой тяжести;
- б) состояния дыхание – затруднённая;
- в) сердцебиение - менее 100 ударов в мин.;
- г) состояние кожи и мышцы;

В определении физического состояния новорождённого немаловажное значение имеют изменения антропометрических показателей – это масса тела, длина тела, окружность головы и груди.

Изучены болезни новорожденных, особенно целостная состояние тканей и болезни органов ребёнка, появившиеся во время и после рода. Из рождённых пороков развития - грубые анатомические изменения органов и тканей, приводящие к нарушению функции.

Необходимо отметить что при исчислении перинатальной смертности особое значение имеет правильный учёт, он начинается с 28 недель беременности, включая период родов и заканчивается через 7 полных дней жизни ребёнка. Данный период состоит из трёх этапов:

- 1) антенатальный (с 28 недели беременности до родов.
- 2) Интранатальный этап родов.
- 3) Постнатальный период.

Следует отметить, что каждому этапу соответствует свой показатель смертности. Согласно рекомендации ВОЗ, в статистику перинатальной смертности учитывают все случаи смерти ребёнка. При изучении перинатальной смертности изчисляли следующие показатели:

- мертворождаемость;
- смертность во время родов;
- примерное количество умершие впервые 7 суток.

Общие показатели мертворождаемости и смертности во время родов вычитывали на 1000 из всех детей (живых и мёртвых) и умерших впервые недели на 1000 живо рождённых. Перинатальную патологию проводили по классификации болезней травм и причин смерти 10 пересмотра. Учётная регистрация перинатальной смертности привели к вышеуказанным показателям. Известно, что нарушение детородной функции женщин возникают под действием различных патогенных факторов окружающей среды, которые могут действовать на организм в разные периоды его развития [10,11]. Возникновение риска разных видов акушерской патологии [3,6,8,9] возможен при ряде особенностей анамнеза и данных объективного исследования.

Для определения риска перинатальной патологии

и его степени созданы способствующие схемы. Степень риска измеряется в баллах, что имеет большое значение для прогноза данной патологии.

О.Г. Фроловой и Е.И. Николаевой (1980) разработана наиболее удобная система для женской консультации, она является системой для определения риска перинатальной патологии, для оценки степени риска у плода и новорожденного, учитывали сумму баллов угрозы неблагоприятных воздействий в антенатальном и интранатальном периодах. Если сумма баллов 10 и более считается возможность высокого риска перинатальной патологии, 5-9 баллов - на среднюю, 4 и менее указывает на низкую степень риска. Причины риска перинатальной болезни и смерти делятся на следующие факторы:

1) Антенатальная группа - А и интранатальная группа - Б. К ним относятся следующие факторы:

- 1) социально-биологический;
- 2) анамнестический (акушерско-гинекологический анамнез);
- 3) экстрагенитальная патология;
- 4) осложнения настоящей беременности;
- 5) состояние плода.

В Интранатальном факторе риска [4,10] немалое значение имеет здоровье матери и их дифференцированное интенсивное нахождение под наблюдением во время беременности и родов, это значительно снизит перинатальную заболеваемость и смертность [5, с. 201].

Первородящих женщин в возрасте от 30 лет и старше относят к группе повышенного риска, и поэтому врачу женской консультации необходимо тщательно и своевременно применять балльные системы определения степени риска, так как они имеют существенное значение для профилактики перинатальной патологии и смертности.

Кроме того, немаловажное значение имеет становление на учёт о беременности в женской консультации, то есть до сроков 12 недель беременности. Свыше 12 недель явки считаются поздним. Во время беременности женщина должна находиться под наблюдением врача в женской консультации постоянно и систематически.

При этом многие считают, что во время нормально протекающей беременности посещение женской консультации не менее 14-15 раз.

В процессе диспансеризации за беременными и в женских консультациях им проводится определенный

объём оздоровительных мероприятий: санация полости рта, витаминизация, профилактика послеродовых заболеваний, ЛФК, профилактика не вынашивание кварцевание и другие. При необходимости женщинам, особенно первородящим оказывается специализированная помощь в полном объёме.

При изучении гинекологической заболеваемости было выяснено, когда и где данные гинекологические заболевания были установлены: во время посещения врача лечебной целью, на профосмотре по инициативе женщины, в процессе диспансеризации или при явке за медицинским заключением.

Проводился анализ лечения при гинекологических заболеваниях: получила или нет медицинскую помощь первородящая, если помощь не была оказана, то устанавливали причины, изучался характер оказания помощи: в амбулаторных, стационарных, санаторных условиях.

Важным моментов в организации лечебно-профилактической помощи первородящим является госпитализация с целью профилактики и лечения в отделении патологии беременных [7], что послужило основанием изучения вопросов госпитализации в отделение патологии беременных исследуемых первородящих.

Таким образом, изучение показателей здоровья женщин особенно первородящих и здоровья ребёнка после рождения является важным вопросов в современном акушерстве-гинекологии, т.к. здоровья матери и детей являются индикатором социально-экономического благополучия в нашем обществе.

При этом необходимо в быту или в коллективном обществе надо обязательно учитывать все факторы влияющие на формирование семьи и поэтому необходимо создать все условия для её гармоничного развития, что роль женщин повысится не только в семье, но и в обществе.

Нам было известно из литературы, что одним из главных является возраст вступления в брак. Как видно из результатов исследования, большинство возраст первородящих, вышла замуж после 26 лет, что составило 72%, в среднем возраст молодых первородящих 22,5+0,1 лет.

Если анализировать семейное положение первородящих, то данный вопрос у молодых первородящих оказалось более устойчивой, чем у взрослых первородящих соответственно 22,5% и 79,2%.

Изученные нами данные взяты на обработке с применением математических и статических методов, вычислением средних и относительных величин, их отклонений и ошибок.

Нами проанализировано социально-гигиенические и медико-биологические характеристики, параметры здоровья, течения беременности и родов первородящих и состояние здоровья, параметры физического развития новорождённых, рождённых у возрастных первородящих.

#### Литература:

1. Машрабова А.А. / Наука и новые технологии. - Б., 2018. - №7. - С. 121.
2. Азлецкий Б.В. Акушерство и женские болезни: моногр. / Б.В. Азлецкий, П.В. Жаров. - Москва: ИЛ, 2008. - 396 с.
3. Беременность высокого риска. - М.: Медицинское информационное агентство, 2015. - 930 с.
4. Гайдуков С.Н. Патологическое акушерство. / С.Н. Гайдуков. - М.: Типография ООО "АНТТ-Принт", Сотис-Мед, 2009. - 548 с.
5. Задержка роста плода. - Москва: Наука, 2016. - 242 с.
6. Плод и новорождённый как пациенты / The Fetus And Neonates as the Patients. - М.: Петрополис, 2015. - 176 с.
7. Соколова, М.Ю. Экстрагенитальная патология у беременных / М.Ю. Соколова. - М.: Миклош, 2010. - 200 с.
8. Тромбофилии в акушерской практике. - М.: Н-Л, 2009. - 654 с.
9. Абрамченко В.В., Беременность и роды высокого риска: Руководство для врачей. / В.В. Абрамченко. - М.: МИА, 2004. - 394 с.
10. Анастасьева В.Г. Морфофункциональные нарушения фетоплацентарного комплекса при плацентарной недостаточности / В.Г. Анастасьева. - Новосибирск, 1997. - 506 с.
11. Антонова С.С. Особенности течения беременности, родов и состояние новорождённых при различных формах хронического урогенитального хламидиоза: Автореф. дис. канд. мед. наук / С.С. Антонова. - Томск, 2005. - 23 с.
12. Арбатская Н.Ю. Планирование беременности у женщин с сахарным диабетом I типа / Н.Ю. Арбатская, И.Ю. Демидова, А.К. Рагозин, Т.В. Себко // Материалы III Российского форума «Мать дитя». - М., 2001. - С.14.