

ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН ГОРОДОВ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

PREGNANCY'S COMPLICATIONS AMONG OF URBAN AND RURAL HOSPITALIZED WOMEN OF DAGESTAN REPUBLIC

G. Gatina

Summary. Objective: to estimate features of the structure of pregnancy's complications among hospitalized women of urban and rural areas. **Materials and methods:** A comparative analysis of the structural features of complications of pregnancy was done among 732 hospitalized women from 2011 to 2013. For statistical processing of information was applied Microsoft Excel XP. **Results:** two thirds of urban and rural women have complications of pregnancy. The most frequent complications of pregnancy are: the threat of termination of pregnancy — 60.1%, the early and late toxicosis — 2.1%, spontaneous abortion — 2.6%. **Conclusion:** A place of living has not effect to the distribution of pregnancy's complications. The pregnancy's complications increase with age among urban and rural women.

Keywords: pregnancy, women, complications, age, reproductive health.

Гатина Гузель Амировна

К.м.н., доцент, ФГБОУ ВО «Дагестанский
государственный медицинский университет»
Минздрава России (Махачкала)
guzel-gatina@list.ru

Аннотация. Цель — оценить особенности структуры осложнений беременности у госпитализированных женщин села и города. **Материал и методы.** Проведен сравнительный анализ особенностей структуры осложнений беременности у 732 госпитализированных женщин с 2011 по 2013 гг. Для статистической обработки данных применялась программа Microsoft Excel XP. **Результаты.** Две трети городских и сельских женщин имеют осложнения беременности. Наиболее частые: угроза прерывания беременности — 60,1%, ранний и поздний токсикоз — 2,1%, самопроизвольное прерывание беременности — 2,6%. **Заключение.** Место жительства на распределение осложнений беременности не влияет. Осложнения беременности увеличиваются с возрастом у сельских и городских женщин.

Ключевые слова: беременность, женщины, осложнения, возраст, репродуктивное здоровье.

Актуальность

Многими исследованиями доказано влияние осложненного течения беременности и родов на состояние здоровья населения [1–3, 6, 7, 9, 10]. Оценка здоровья беременных женщин с учетом региональных особенностей приобретает особое значение, поскольку неблагоприятные последствия осложнений беременности и родов представляют риск как для женщины, так и для ее ребенка [4, 5, 8, 11].

Цель работы

Оценить особенности структуры осложнений беременности у госпитализированных женщин села и города.

Материал и методы

Нами были проанализированы данные из медицинской карты и специального опросника 2173 женщин, госпитализированных в различные отделения роддома № 2 г. Махачкалы за 3 года (с 2011 по 2013 гг.) по поводу беременности и ее осложнений. Среди обследуемых были выявлены 732 (33,7%) женщины с осложнениями

беременности, 53 (2,4%) с осложненным течением родов и 98 (4,5%) с осложнениями плода (табл. 1). Для статистического анализа использовались элементы описательной и сравнительной статистики.

Результаты исследования и их обсуждение

Как следует из табл. 1, самое большее число осложнений беременности наблюдалось у женщин 20–24 лет. Их частота была в 5,9 раз выше, чем у 15–19 летних женщин, в 2 раза выше чем у 25–29 летних женщин, в 3,6 раза выше, чем у 30–34 летних, 6,8 раза выше, чем у 35–39 летних. Осложнения родов наблюдались в 3 раза чаще у 20–24 летних женщин, чем у 15–19 летних, в 1,5 раза чаще, чем у 25–29 летних. Осложнения плода были отмечены в 4 раза чаще у 20–24 летних женщин, чем у 15–19 летних и 25–29 летних обследуемых, в 8 раз чаще, чем у 30–34 летних и в 7 раз чаще, чем у 35–39 летних женщин.

Таким образом, осложнения беременности, родов и плода чаще всего имели место у женщин 20–24 и 25–29 лет.

Таблица 1. Количество женщин, госпитализированных в РД № 2 в 2011–2013 гг. с осложнениями беременности, родов и плода

| Возраст, лет | Осложнения беременности | Осложнения родов | Осложнения плода |
|--------------|-------------------------|------------------|------------------|
| 15–19 | 59 | 7 | 14 |
| 20–24 | 347 | 23 | 56 |
| 25–29 | 168 | 15 | 13 |
| 30–34 | 94 | 7 | 7 |
| 35–39 | 51 | 1 | 8 |
| >40 | 13 | 0 | 0 |
| Итого | 732 | 53 | 98 |

Таблица 2. Распределение осложнений беременности по возрасту и месту жительства (%)

| Возраст | 15–20 | 20–24 | 25–29 | 30–34 | 35–39 | >40 | Всего |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-----|-------|
| Города | 7,4 | 47,7 | 23,1 | 13,6 | 6,5 | 1,7 | 100,0 |
| Гестоз | 4,5 | 52,3 | 19,7 | 13,6 | 8,3 | 1,5 | 100,0 |
| Угрожающий аборт | 8,7 | 49,3 | 23,6 | 12,2 | 5,0 | 1,2 | 100,0 |
| Самопроизвольный аборт | 0,0 | 50,0 | 16,7 | 22,2 | 11,1 | 0,0 | 100,0 |
| Погибшее плодное яйцо | 0,0 | 50,0 | 33,3 | 16,7 | 0,0 | 0,0 | 100,0 |
| Резус-иммунизация | 50,0 | 0,0 | 50,0 | 0,0 | 0,0 | 0 | 100,0 |
| Многоплодие | 0,0 | 50,0 | 50,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 100,0 |
| Токсикоз | 6,7 | 33,3 | 40,0 | 6,7 | 13,3 | 0,0 | 100,0 |
| Олигогидрамнион | 33,3 | 50,0 | 0,0 | 16,7 | 0,0 | 0,0 | 100,0 |
| Многоводие | 0,0 | 20,0 | 40,0 | 40,0 | 0,0 | 0,0 | 100,0 |
| Предлежание плаценты | 0,0 | 0,0 | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 100,0 |
| Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез | 4,3 | 34,8 | 23,2 | 20,3 | 11,6 | 5,8 | 100,0 |
| Преждевременная отслойка плаценты | 50,0 | 50,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 100,0 |
| Преждевременный разрыв плодных оболочек | 0,0 | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 100,0 |
| Село | 14,1 | 45,1 | 21,1 | 5,6 | 11,3 | 2,8 | 100,0 |
| Гестоз | 26,7 | 26,7 | 26,7 | 0,0 | 20,0 | 0,0 | 100,0 |
| Угрожающий аборт | 13,2 | 50,0 | 18,4 | 7,9 | 7,9 | 2,6 | 100,0 |
| Погибшее плодное яйцо | 0,0 | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 100,0 |
| Предлежание плаценты | 0,0 | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 100,0 |
| Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез | 0,0 | 50,0 | 21,4 | 7,1 | 14,3 | 7,1 | 100,0 |
| Самопроизвольный аборт | 0,0 | 0,0 | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 100,0 |
| Многоводие | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 100,0 |

Изучение распределения патологии беременности среди женщин села и города показало (таб.2), что чаще всего у городских жительниц 15–19 лет течение беременности осложнялось угрозой прерывания, ранним и поздним токсикозом. Другие акушерские осложнения выявлены в единичных случаях, поэтому статистическому анализу не подлежат. Гестоз отягощал течение беременности в 2,6 раза чаще у 20–24 летних женщин, чем у 25–29 летних, 3,8 раза чаще, чем 30–34 летних и в 6 раз чаще, чем у 35–39 летних. Суммарно частота гестоза у обследуемых 20–29 лет и 30–39 лет составила 71,6% и 20,1%, гестоз у 20–29 летних женщин встречался в 3,5 раза чаще, чем у 30–39 летних. Угроза прерывания бе-

ремени констатирована в 2 раза чаще 20–24 летних наблюдаемых, чем у 25–29 летних, в 4 раза чаще, чем у 30–34 летних и 9,8 раза чаще, чем 35–39 летних. Общая частота угрозы прерывания беременности у 20–29 летних и 30–39 летних составила 72,9% и 21,9%, в возрастной группе пациенток 20–29 лет угрожающий аборт выявлялся в 3,3 раза чаще. Самопроизвольное прерывание беременности в 3 раза чаще наблюдалось у 20–24 летних, чем у 25–29 летних, в 2 раза чаще, чем у 30–34 летних и в 4,5 раза чаще у 35–39 летних. Самопроизвольный аборт в возрастной группе женщин 20–29 лет был отмечен в 66,7%, у 30–39 летних в 33,3% случаях, т.е. в 2 раза чаще у 20–29 летних женщин. Замершая бере-

менность в 1,5 раза чаще наблюдалась у 20–24 летних, чем у 25–29 летних и в 3 раза чаще, чем у 30–34 летних. У женщин 20–29 лет частота замершей беременности была 83,3%, а у 30–39 летних — 16,7%, в 5 раз меньше, чем у 20–29 летних. Ранний токсикоз несколько чаще наблюдался у женщин 25–29 лет, чем у 24–29 летних, хотя достоверных различий не получено, в 5 раз чаще, чем у 30–34 летних, в 2,5 раза чаще, чем у 35–39 летних. Общая частота токсикоза у обследуемых 20–29 лет — 73,3%, у 30–39 летних — 20%, т.е. в 3,6 раза меньше. Доля маловодия у 20–29 летних составила 50%, у 30–39 летних — 16,7%, т.е. в 3 меньше. Отягощенный акушерский анамнез в 1,5 раза чаще выявлялся у 20–24 летних женщин, чем 25–29 летних, в 1,7 раза, чем у 30–34 летних, в 3 раза чаще, чем у 35–39 летних.

Сумма частоты отягощенного акушерско — гинекологического анамнеза у 20–29 летних пациенток была 58%, у 30–39 летних — 31,9%, в 1,8 раза меньше. Другие выявленные акушерские осложнения были представлены единичными случаями, поэтому их статистический анализ не представляет интереса.

На основании полученных результатов можно сделать вывод, что наибольшая частота осложнений в довольно высоком проценте наблюдается у женщин в возрасте 20–29 лет, особенно у 20–24 летних обследуемых. В целом у обследуемых 20–29 лет осложнения беременности наблюдались в 70,8% числе наблюдений.

Анализируя распределение осложнений беременности у сельских жительниц обнаружено, что у женщин 15–19 лет наиболее часто встречались угроза прерывания беременности и гестоз, который в одинаковом проценте случаев распределился как у женщин 15–19 лет, так и у 20–24 и 25–29 летних. В несколько меньшем проценте он обнаружен у 35–39 летних женщин. Общая частота гестоза у 20–29 летних и 30–39 летних женщин составила соответственно 53,4% и 20%. Следовательно, гестоз у 20–29 летних встречается в 2,7 раза чаще. Угроза прерывания беременности в 2,7 раза чаще наблюдается у 20–24 летних, чем у 25–29 летних женщин и в 6 раз чаще, чем у 30–34 летних и 35–39 летних пациенток. Суммарно частота угрожающего абортa у 20–29 летних и 30–39 летних была соответственно 68,4% и 25,8%. При сравнении у 20–29 летних она была в 2,6 раза больше. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез был выявлен бы в 2,3 раза чаще у 20–24 летних женщин, чем у 25–29 летних, в 7 раз чаще у 30–34 летних и в 3 раза чаще у 35–39 летних обследуемых. Общая частота отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза у 20–29 летних констатирована 71,4%, а у 30–39 летних — 21,4%. Сопоставляя эти частоты было обнаружено, что у 20–29 летних отягощенный акушерско-гинекологический анамнез имел место в 3 раза больше.

Таким образом, наше исследование позволяет утверждать, что наибольший процент осложнений беременности сельские женщины имеют в возрасте 20–29 лет, особенно в возрастных границах 20–24 лет. В общем процент осложнений беременности в группе женщин 20–29 лет составил 66,2%.

Сопоставление распределения осложнений беременности у городских и сельских женщин позволяет прийти к умозаключению, что наибольший процент осложнений наблюдается у женщин 20–29 лет с преобладанием их числа у 20–24 летних женщин. Частота осложнений беременности как у городских, так и сельских женщин колеблется примерно в одинаковых пределах, соответственно 70,8% и 66,2%.

При определении распределения частоты осложнений беременности по Республике Дагестан выяснено, что у 15–19 летних женщин наиболее часто встречаются патология плодных оболочек, токсикоз первой и второй половины беременности и угроза прерывания беременности. Гестоз диагностировался в 2,4 раза чаще у 20–24 летних наблюдаемых, чем у 25–29 летних, в 4 раза чаще, чем у 30–34 летних и в 5 раз чаще, чем у 35–39 летних женщин. В сумме частота гестоза у 20–29 летних составила 70,1%, у 30–39 летних — 21,7%, т.е. у 20–29 летних его частота была в 3 раза выше. Угроза прерывания беременности в 2 раза чаще встречалась у 25–29 летних, чем у 20–24 летних, в 4 раза чаще, чем у 30–34 летних и в 9 раз чаще, чем у 35–39 летних женщин. Общая частота угрожающего абортa у 20–29 летних составила 72,5%, у 30–39 летних — 17%, в 4 раза меньше, чем у 20–29 летних. Самопроизвольное прерывание беременности у 20–24 летних наблюдалось в 2 раза чаще, чем у 25–29 и 30–34 летних, в 4,5 раза чаще, чем у 35–39 летних обследуемых. Суммарно частота угрожающего абортa у 20–29 летних была равна 68,5%, у 30–39 летних — 31,6%, в 2 раза выше была у 20–29 летних пациенток. Замершая беременность выявлялась в 2 раза чаще у 20–24 летних женщин, чем у 25–29 летних, в 4 раза чаще, чем у 30–34 летних. Доля замершей беременности у 20–29 летних составила 85,7%, у 30–39 летних 14,3%, в 6 раз больше была у 20–29 летних. Ранний токсикоз несколько чаще наблюдался у женщин 25–29 лет, чем у 24–29 летних, хотя достоверных различий не получено, в 5 раз чаще, чем у 30–34 летних, в 2,5 раза чаще, чем у 35–39 летних. Общая частота токсикоза у обследуемых 20–29 лет — 73,3%, у 30–39 летних — 20%, т.е. в 3,6 раза меньше. С одинаковой частотой и в 2 раза чаще, чем у 20–24 летних женщин многоводие встречалось у 25–29 и 30–34 летних пациенток. Общая частота многоводия у 20–29 летних равнялась 50%, у 30–39 летних — 33%, в 1,5 раза меньше, чем у 20–29 летних. Отягощенный акушерский анамнез в 1,6 раз чаще обнаруживался у 25–29 летних, чем у 20–24 летних, в 2 раза чаще, чем у 30–34 летних, в 3 раза

Таблица 3. Нозологическая структура осложнений беременности по месту жительства и возрасту (%)

| Возраст | 15–19 | 20–24 | 25–29 | 30–34 | 35–39 | >40 | Всего |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Города | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Гестоз | 12,2 | 21,9 | 17,0 | 20,0 | 25,6 | 18,2 | 20,0 |
| Угрожающий аборт | 71,4 | 62,9 | 62,1 | 54,4 | 46,5 | 45,5 | 60,8 |
| Самопроизвольный аборт | 0,0 | 2,9 | 2,0 | 4,4 | 4,7 | 0,0 | 2,7 |
| Погибшее плодное яйцо | 0,0 | 1,0 | 1,3 | 1,1 | 0,0 | 0,0 | 0,9 |
| Резус-иммунизация | 2,0 | 0,0 | 0,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,3 |
| Многоплодие | 0,0 | 0,3 | 0,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,3 |
| Токсикоз | 2,0 | 1,6 | 3,9 | 1,1 | 4,7 | 0,0 | 2,3 |
| Олигогидрамнион | 4,1 | 1,0 | 0,0 | 1,1 | 0,0 | 0,0 | 0,9 |
| Многоводие | 0,0 | 0,3 | 1,3 | 2,2 | 0,0 | 0,0 | 0,8 |
| Предлежание плаценты | 0,0 | 0,0 | 0,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,2 |
| Отягощенный анамнез | 6,1 | 7,6 | 10,5 | 15,6 | 18,6 | 36,4 | 10,4 |
| Преждевременная отслойка плаценты | 2,0 | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,3 |
| Преждевременный разрыв плодных оболочек | 0,0 | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,2 |
| Село | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Гестоз | 40,0 | 12,5 | 26,7 | 0,0 | 37,5 | 0,0 | 21,1 |
| Угрожающий аборт | 50,0 | 59,4 | 46,7 | 75,0 | 37,5 | 50,0 | 53,5 |
| Погибшее плодное яйцо | 0,0 | 3,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,4 |
| Предлежание плаценты | 0,0 | 3,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,4 |
| Отягощенный анамнез | 0,0 | 21,9 | 20,0 | 25,0 | 25,0 | 50,0 | 19,7 |
| Самопроизвольный аборт | 0,0 | 0,0 | 6,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,4 |
| Многоводие | 10,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,4 |

чаще, чем у 35–39 летних. В сумме частота отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза у 20–29 летних была 60,2%, у 30–39 летних –30,1%, т.е. в 2 раза выше у 20–29 летних, чем у 30–39 летних.

Полученные результаты нашего исследования позволяют сделать заключение: основной процент осложнений беременности у женщин Республики Дагестан приходится на возраст 20–29 лет (70,4%), особенно на возрастную группу 20–24 года (49,7%).

Изучение нозологической структуры осложнений беременности у городских женщин показало (табл. 3), что из всех осложнений чаще всего имели место угрожающий аборт, ранний и поздний токсикоз, самопроизвольный аборт. Чаще всего угроза прерывания беременности наблюдалась у женщин 15–19 лет. Несколько меньше, но с одинаковой частотой она диагностировалась у женщин 20–24 и 25–29 лет. В 1,3 раза реже угрожающий аборт встречался у 30–34 летних, в 1,5 раза у 35–39 и старше 40 лет женщин. Хотя статистически достоверной разницы не получено. Гестоз чаще всего констатировался у 35–39 летних, немного меньше примерно с одинаковой частотой у 20–24 и 30–34 летних, еще реже и с частотой, колеблющейся в примерно в одних пределах у 25–29 летних и старше 40 лет женщин без существенных различий. Самопроизвольное прерывание беременности чаще всего и с одинаковой частотой

выявлялось у 30–34 и 35–39 летних пациенток, в 2 раза реже у 20–24 и 25–29 летних без достоверных различий. Замершая беременность не была диагностирована у женщин 15–20 лет и старше 40 лет, а в других возрастных группах от 20 до 39 лет наблюдалась с одинаковой частотой. Резус –иммунизация чаще выявлялась у 15–19 летних и, но с меньшей частотой у 25–29 летних женщин без существенных различий. Многоплодие обнаружено у 20–24 и 25–29 летних женщин с примерно равной частотой. Ранний токсикоз чаще всего выявлялся у 35–39 и 25–29 летних обследуемых с примерно одинаковой частотой. Его частота была в 2 раза меньше у 15–19 летних, у 20–24 летних в 3 раза меньше, у 30–34 летних его частота была в 4 раза ниже. Маловодие чаще обнаруживалось у 15–19 летних женщин, в 3,7 раза реже оно встречалось у 20–24 и 30–34 летних пациенток. Многоводие в 1,6 раза чаще наблюдалось у 30–34 летних, чем у 25–29 летних пациенток. Отягощенный акушерский анамнез чаще всего выявлялся у женщин старше 40 лет. Прослеживается тенденция увеличения его частоты с возрастом. Предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, преждевременный разрыв плодных оболочек наблюдались у женщин 20–29 лет.

Таким образом, изучение распределения нозологической структуры осложнений беременности у городских женщин выявило ряд наиболее часто встречающихся осложнений беременности у городских женщин. Ими

явились: угроза прерывания беременности — 60,8%, ранний и поздний токсикоз — 22,3%, самопроизвольное прерывание беременности — 2,7%, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез — 10,4%. Угроза прерывания беременности, самопроизвольное прерывание беременности одинаково часто встречались во всех возрастных группах. Для раннего и позднего токсикоза, отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза обнаружена тенденция увеличения их частоты с возрастом.

Анализируя распределение нозологической структуры у сельских женщин констатировано, что поздний гестоз чаще всего наблюдался у 15–19 и 35–39 летних женщин, в 3 раза реже он был у 20–24 летних и в 1,5 раза реже у 25–29 летних. В сумме частота гестоза у женщин 20–29 лет составила 38,2%, у 30–39 летних — 37,5%, т.е. была примерно одинаковой, что позволяет сделать вывод, что гестоз одинаково часто встречался у женщин 15–19 лет, 20–29 и 30–39 лет. Угроза прерывания беременности чаще всего выявлялась у 30–34 летних обследуемых, в 2 раза реже у 35–39 летних, 1,6 раза реже у 25–29 летних, хотя достоверных различий между обследуемыми группами не обнаружено. Замершая беременность, предлежание плаценты наблюдались только у 20–25 летних пациенток, самопроизвольное прерывание беременности у 25–29 летних, а многоводие у 15–19 летних женщин. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез примерно с равноценной частотой встречался во всех наблюдаемых группах.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что у сельских жительниц самыми частыми осложнениями беременности были угроза прерывания беременности — 53,5%, гестоз — 21,1%, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез — 19,7%. В распределении осложнений беременности по возрастным группам существенных различий не обнаружено.

Сопоставление распределения нозологической структуры осложнений среди городских и сельских жительниц показало, что наиболее частыми осложнениями беременности как в городе, так и в селе были угроза прерывания беременности, поздний гестоз, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.

Частота этих осложнений колебалась примерно в одних и тех же пределах. Однако, в городе чаще встречались ранний токсикоз и самопроизвольное прерывание беременности. Для городских женщин характерно увеличение частоты осложнений с возрастом.

Интересен факт распределения нозологической структуры осложнений в целом по Дагестану (табл. 2). Гестоз чаще всего обнаруживался у 35–39 летних жен-

щин, с некоторым снижением его частоты в остальных группах, хотя существенных различий не обнаружено. Угроза прерывания беременности чаще всего наблюдалась с примерно одинаковой частотой у женщин от 15 до 29 лет, с небольшим снижением у 30–39 летних пациенток, но без достоверной разницы. Самопроизвольный аборт чаще всего имел место и с равноценной частотой у женщин 30–34 и 35–39 лет, в 2 раза реже, но с одинаковой частотой он встречался у 20–24 и 25–29 летних обследуемых. Замершая беременность диагностирована с равной частотой только у женщин от 20 до 34 лет. Резус-иммунизация в 3 раза чаще выявлялась у обследуемых 15–19 лет. Многоплодие обнаружено у женщин 25–29 лет 2 раза чаще, чем у 20–25 летних. Чаще всего и с одинаковой примерно частотой ранний токсикоз наблюдался у 25–29 и 30–39 летних пациенток и в 4 раза реже во всех остальных возрастных группах. Маловодие чаще всего выявлялось у 15–19 летних пациенток, в 3 раза реже оно было у 20–25 и 20–24 летних женщин. Многоводие у 15–19 и 30–35 летних выявлялось примерно с равной частотой, в 2 раза реже у 25–29 летних и очень редко у 20–24 летних наблюдаемых. Предлежание плаценты в 2 раза чаще обнаруживалось у 25–29 летних, у 20–24 летних женщин. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты в 5,6 раза чаще диагностировалась у 15–19 летних обследуемых, чем у 20–24 летних. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез чаще всего констатировался у женщин старше 40 лет, реже — у 15–19 летних обследуемых с постепенным нарастанием к 20 годам.

Полученные данные гласят, что у женщин Республики Дагестан наиболее частыми осложнениями беременности являются: угроза прерывания беременности — 60,1%, ранний и поздний токсикоз — 22,1%, самопроизвольное прерывание беременности — 2,6%. Отчетливо выявляется нарастание частоты осложнений беременности и отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза с возрастом.

ВЫВОДЫ

Изучение распределения осложнений беременности у городских и сельских женщин позволило прийти к выводу, что наибольший процент осложнений наблюдается у женщин 20–29 лет с преобладанием их числа у 20–24 летних женщин. Частота осложнений беременности как у городских, так и сельских женщин колеблется примерно в одинаковых пределах, соответственно 70,8% и 66,2%. Однако, в городе чаще встречались ранний токсикоз и самопроизвольное прерывание беременности. Для городских женщин характерно увеличение частоты осложнений с возрастом. Наиболее частыми осложнениями беременности у женщин Республики Дагестан являются: угроза прерывания беременности — 60,1%,

ранний и поздний токсикоз — 22,1%, самопроизвольное прерывание беременности — 2,6%. Прослеживается тенденция увеличения частоты осложнений беременности и отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза с возрастом. На основании нашего исследования можно сделать заключение, что в распределении осложнений

беременности место жительства женщин существенного значения не имеет. Высокий процент осложнений беременности у женщин города и села свидетельствует о наличии неблагоприятного фона для вынашивания беременности и исхода родов, что может негативно отразиться на воспроизводстве и здоровье будущих поколений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альбицкий В. Ю., Юсупова А. Н., Шарапова В. И., Волков И. М. Репродуктивное здоровье и поведение женщин России. М., 2001
2. Белобородов И. И. Демографическая ситуация в мире. Прогнозы и решения // Демография.ру, (дата обращения 24.05.2011)
3. Бердникова Л. В. Охрана здоровья семьи и проблемы обеспечения родовспоможения в Нижегородской области // Актуальные проблемы управления здоровьем населения: сб. науч тр. Н. Новгород. 2009. Вып. II: 62–67
4. Васильева Т. П., Булучевская В. Н., Чаплыгина М. В. и др. Поведенческие факторы, определяющие репродуктивные процессы у женщин в ранний репродуктивный период // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2007. № 5: 7–12
5. Данишевский К. Д. Наиболее важные для России приоритеты в области здоровья населения трудоспособного возраста // Проблемы управления здравоохранением. 2010: 13–19
6. Демографический кризис в Российской Федерации. URL: [http://ru.wikipedia.org/wiki/Демографический кризис в Российской Федерации](http://ru.wikipedia.org/wiki/Демографический_кризис_в_Российской_федерации) (дата обращения 08.04.2014)
7. Каткова Н. Н. Медико-социальная характеристика женщин репродуктивного возраста и перспективы реструктуризации акушерско-гинекологической службы на примере регионального центра и крупного индустриального города: автореф. дис. канд. мед. наук. Екатеринбург, 2008. 25 с.
8. Кулаков, В. И. Руководство по охране репродуктивного здоровья. — М.: Триада — X, 2001
9. Медведева О. В., Коновалов О. Е., Кича Д. И. Здоровье и демографические процессы в России. М., 2010: 83–92
10. Охрана здоровья населения в России: Материалы Межведомственной комиссии Совета безопасности Российской Федерации по охране здоровья населения, март 1994 г. М.: Юрид. лит-ра, 1995. URL: [boors/ google.ru/books?isbn=572600793X](https://books.google.ru/books?isbn=572600793X) (дата обращения 08.04.2014)
11. Ушакова Г. А., Николаева Л. Б. Репродуктивное здоровье и репродуктивное поведение женщин высокоурбанизированного региона // Здравоохранение Российской Федерации. 2010. № 3: 14–17

© Гатина Гузель Амировна (guzel-gatina@list.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»

