

Частота и структура акушерских и перинатальных осложнений у первородящих

Л. Б. Николаева

ГУЗ Кемеровская областная клиническая больница, кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию Росздрав, г. Кемерово

Frequency and structure obstetric and perinatal complications of the primipara women

L. B. Nikolaeva

The regional clinical hospital of Kemerovo, department of obstetrics and gynecology №1 State Educational Establishment, Higher Professional Education, Kemerovo State Medical Academy of Russian Health Care of Federal agency on public health services and social development of Roszdava, Kemerovo

Резюме

Целью исследования явилось изучение частоты и структуры акушерских и перинатальных осложнений у первородящих.

Установлено, что ведущими гестационными осложнениями у первородящих являются гестоз, угроза прерывания беременности, ХФПН и патология амниона. Первым родам часто предшествует патологический прелиминарный период. Роды у первородящих отличаются большей продолжительностью, распространенностью аномалий родовой деятельности, клинически узкого таза, травм мягких тканей родовых путей, утяжелением гестоза и большей продолжительностью безводного периода. Первенцы чаще рождаются с более низкой оценкой по шкале Апгар, в состоянии асфиксии, с меньшей средней массой тела и окружностью грудной клетки. Новорожденные первородящих реже имеют нормальный период адаптации и чаще переводятся на второй этап выхаживания.

Ключевые слова: первородящие, повторнородящие, новорожденные, первенцы.

Summary

Research objective was frequency and structure studying obstetric and perinatal complications of the primipara.

It is established that leading gestation complications of primipara delivery are gestosis, threat of pregnancy loss, chronic placental insufficiency and pathology of amnion. The first delivery is preceded often by the pathological preliminary period. The delivery of primipara are differed by more longer in, prevalence of anomalies of labor activity, clinically narrow basin, traumas of soft tissues of maternal passages, gestosis going to preeclampsia and the waterless period is more longer in. First-borns are born with lower estimation by Apgar score, in an asphyxia condition, with smaller average of body weight and a thorax circle is more often. Newborns of primipara have the normal period of adaptation less often and are more often transferred to the second stage of nursing.

Keywords: primipara s delivery, multipara women, newborns, first-borns.

Введение

Важной демографической особенностью в стране является переход к малодетной семье. Если доля первых рождений в России — одна из самых высоких в мире, то доля вторых и последующих — одна из самых низких [2, 7].

Первые роды всегда представляли серьезную акушерскую проблему [6], а в связи с тем, что в последние десятилетия рождаемость в стране поддерживается на 40-60% за счет первых и часто единственных детей, исход беременности, родов и состояние здоровья потомства у первородящих представляет не только медицинскую, но и социальную проблему [2, 3, 4, 7].

Л. Б. Николаева — к. м. н., врач акушер-гинеколог отделения патологии беременности родильного дома ГУЗ Кемеровская областная клиническая больница.

Целью исследования явилось изучение частоты и структуры акушерских и перинатальных осложнений у первородящих.

Материалы и методы

Обследовано 676 женщин, родоразрешенных в Кемеровском областном клиническом родильном доме за период 2002-2007 гг. Все женщины были разделены на две группы. I группу составили 398 первородящих, II — 278 повторнородящих женщины. На всех беременных заполнялась специально разработанная статистическая карта. Изучение особенностей течения беременности, родов, состояния новорожденных осуществлялось путем получения данных при личном собеседовании, выкопировке необходимых сведений из диспансерных карт беременных (форма №113), историй родов (форма

№003/у), историй развития новорожденного (форма №097/у).

Для обработки полученных материалов были использованы компьютерные программы «Microsoft Access» и «Microsoft XL». Для оценки степени тяжести гестоза использована шкала, предложенная акад. РАМН Г.М. Савельевой и принятая на Форуме «Мать и дитя» в 2005 г. классификация [1, 5]. К легкой степени тяжести гестоза были отнесены все случаи с длительностью течения 1-2 недели, к средней тяжести — длительностью течения 3-4 недели, к тяжелой (прогрессирующий) — длительностью течения более 4 недель, преэклампсия и эклампсия [1].

Статистическую обработку всех полученных результатов проводили с использованием пакета прикладных программ (ППП) «Statistica for Windows 6.0». Используя модель «Basic Statistic/Tables», по каждому признаку в сравниваемых группах определяли среднюю арифметическую величину (М) и стандартное отклонение (σ). Достоверность показателей определена по коэффициенту Стьюдента (t). За критический уровень значимости принято значение $p < 0,05$.

Результаты исследования

Анализ социально-гигиенических характеристик показал, что женщины I группы были значимо моложе ($26,8 \pm 0,4$ лет и $32,5 \pm 0,39$ лет, $p < 0,001$), чаще одинокие (14,6% и 3,6%, $p < 0,001$) или состоящие в незарегистрированном браке (31,9% и 20,2%, $p = 0,002$).

Процент беременных I группы, имевших высшее образование, оказался ниже (28,6% и 43,2%, $p < 0,001$), тогда как доля среднего и средне-специального образования была выше, чем во II группе 71,4% и 56,4% ($p < 0,001$). Среди первородящих чаще встречались учащиеся или студентки — 13,6% и 0% ($p < 0,001$), реже служащие — 42,5% и 59,0% ($p < 0,001$).

Распространенность табакокурения у первородящих оказалась выше, чем у повторнородящих — $143,2 \pm 20\%$ и $136,7 \pm 20\%$ ($p < 0,001$).

Средний рост ($163,5 \pm 0,32$ и $164,0 \pm 0,34$ см., $p < 0,001$), масса тела ($61,9 \pm 0,65$ и $65,6 \pm 0,81$ кг., $p < 0,001$) и индексы массы на момент наступления беременности ($23,1 \pm 0,23$ и $24,4 \pm 0,29$, $p < 0,001$) у первородящих были ниже, чем в группе повторнородящих.

Частота перенесенных инфекций в анамнезе ($105 \pm 6,0\%$ и $119 \pm 10\%$, $p < 0,001$), а также носительства TORCH комплекса ($66 \pm 5,0\%$ и $112 \pm 10\%$, $p < 0,001$) у первородящих была ниже, чем у повторнородящих. До наступления беременности у большинства женщин в группах диагностировано одно или несколько соматических заболеваний ($710 \pm 20\%$ и $810 \pm 20\%$,

$p < 0,001$), однако в I группе их было меньше. У первородящих реже, чем у повторнородящих, встречались заболевания сердечно-сосудистой системы ($530 \pm 50\%$ и $600 \pm 70\%$, $p < 0,001$), эндокринной ($400 \pm 50\%$ и $640 \pm 80\%$, $p < 0,001$), мочевыделительной ($240 \pm 30\%$ и $280 \pm 40\%$, $p < 0,001$), желудочно-кишечного тракта ($200 \pm 40\%$ и $420 \pm 70\%$, $p < 0,001$), лор-органов ($200 \pm 40\%$ и $230 \pm 50\%$, $p < 0,001$) и органов дыхания ($60 \pm 10\%$ и $120 \pm 20\%$, $p < 0,001$). Однако распространенность патологии центральной нервной системы ($180 \pm 30\%$ и $100 \pm 30\%$, $p < 0,001$) и органов зрения ($130 \pm 20\%$ и $110 \pm 20\%$, $p < 0,001$) в I группе оказалась выше, чем в группе сравнения.

Изучение специального анамнеза позволило установить, что средний возраст менархе в группах различий не имел ($13,4 \pm 0,08$ и $13,4 \pm 0,08$, $p = 1,000$), Продолжительность менструального цикла ($28,7 \pm 0,22$ и $29,0 \pm 0,26$ дней, $p < 0,001$) и менструальных выделений ($4,7 \pm 1,2$ и $5,07 \pm 1,3$ дней, $p < 0,001$) в I группе была короче, чем во II. Первородящие позже начинали половую жизнь ($19,12 \pm 0,2$ и $18,81 \pm 0,14$ лет, $p < 0,001$) и распространенность патологии гениталий у них была ниже, чем у повторнородящих ($520 \pm 30\%$ и $690 \pm 30\%$, $p < 0,001$).

В структуре заболеваний гениталий превадировали воспалительные заболевания, доля которых в I группе оказалась меньше, чем в группе сравнения (56,1% и 66,7%, $p = 0,031$). Опухоли гениталий (миома матки, опухоли придатков) в группах встречались с одинаковой частотой (23,4% и 25,0%, $p = 0,710$), тогда как процент бесплодия, преимущественно первичного, у первородящих был выше, чем у повторнородящих (20,5% и 8,3%, $p < 0,001$). Кратность наступления беременностей в I группе оказалась меньше, чем во II группе ($1,58 \pm 0,09$ и $3,38 \pm 0,14$, $p < 0,001$).

У первородящих доля зачатий в зимние (34,3% и 21,6%, $p < 0,001$) и весенние месяцы (18,1% и 11,9%, $p = 0,029$) была выше, тогда как в летние (36,1% и 46,3%, $p = 0,008$) и осенние месяцы (11,5% и 20,2%, $p = 0,002$) значимо ниже, чем у повторнородящих.

Большинство женщин в обеих группах во время беременности находилось под медицинским наблюдением (83,4% и 95,7%, $p < 0,001$), хотя доля ненаблюдавшихся в I группе была выше, чем во II (16,6% и 4,3% $p < 0,001$). Первородящие раньше, чем повторнородящие, в первый раз обратились в женскую консультацию по поводу настоящей беременности — $12,44 \pm 0,36$ и $12,83 \pm 0,46$ недель ($p < 0,001$).

Острые респираторно-вирусные заболевания во время беременности в I группе встречались реже, чем в группе сравнения ($70,4 \pm 10\%$ и $86,3 \pm 20\%$, $p < 0,001$). Распространенность на-

рушений биоценоза влагалища (кольпит, бактериальный вагиноз) у первородящих была выше, чем у повторнородящих ($440 \pm 0,02\%$ и $410 \pm 0,02\%$, $p < 0,001$).

Анализируя особенности течения беременности, было выявлено, что ранний токсикоз встречался у первородящих реже ($158,3 \pm 20\%$ и $266,2 \pm 30\%$, $p < 0,001$), тогда как гестоз диагностировался чаще (соответственно у $771,0 \pm 40\%$ и $654,7 \pm 40\%$, $p < 0,001$) и дебютировал раньше, чем у повторнородящих ($35,12 \pm 0,21$ и $35,49 \pm 0,25$ недель, $p < 0,001$).

В структуре гестоза в обеих группах преобладала легкая степень тяжести ($70,4\%$ и $76,9\%$, $p = 0,061$). Доля гестоза средней тяжести в I группе оказалась больше ($28,3\%$ и $19,8\%$, $p = 0,012$), а тяжелой степени и преэклампсии меньше ($1,3\%$ и $3,3\%$, $p < 0,001$), чем во II группе.

Одним из частых осложнений беременности у первородящих явилась угроза прерывания беременности, распространенность которой была выше, чем у повторнородящих ($704,9 \pm 40\%$ и $675,0 \pm 40\%$, $p < 0,001$). Первый клинический эпизод этого осложнения в I группе диагностировался раньше, чем в группе сравнения ($15,96 \pm 0,51$ и $16,12 \pm 0,55$ недель, $p < 0,001$). Угроза прерывания беременности во всех случаях подтверждалась данными ультразвукового исследования, что выражалось повышением тонуса миометрия, наличием складки по передней или задней стенке матки, а в ряде случаев — отслойкой плодного яйца или хориона.

Распространенность хронической фетоплацентарной недостаточности (ХФПН) в I группе оказалась выше ($880 \pm 30\%$ и $740 \pm 40\%$, $p < 0,001$), а первые клинические и ультразвуковые признаки диагностировались в более ранние сроки, чем у беременных II группы ($28,7 \pm 0,22$ и $29,3 \pm 0,29$ недель, $p < 0,001$).

Одним из наиболее частых проявлений ХФПН явился синдром задержки развития плода (СЗРП), который встречался в I группе чаще ($180 \pm 20\%$ и $150 \pm 20\%$, $p < 0,001$) и выявлялся достоверно раньше ($34,5 \pm 0,4$ и $35,0 \pm 0,5$ недель, $p < 0,001$), чем у повторнородящих.

Патология амниона (многоводие, маловодие) в I группе наблюдалась чаще, чем во II группе (у $508 \pm 40\%$ и $460 \pm 50\%$, $p < 0,001$).

В структуре патологии амниона в обеих группах преобладало многоводие ($60,9\%$ и $64,1\%$, $p = 0,561$), а процент маловодия был меньше ($39,1\%$ и $35,9\%$, $p = 0,559$).

Гестационная анемия также была одним из распространенных осложнений беременности и встречалась у $557,8 \pm 20\%$ и у $554,0 \pm 30\%$ соответственно, ($p = 0,049$). Сенсибилизация по системе АВО и/или резус-фактору у первородящих возникала реже, чем у повторнородящих

($326,2 \pm 40\%$ и $472,7 \pm 50\%$, $p < 0,001$). Распространенность гестационного пиелонефрита ($90 \pm 10\%$ и $90 \pm 20\%$, $p = 1,000$) и артериальной гипотонии ($80 \pm 10\%$ и $80 \pm 20\%$, $p = 1,000$) не имела различий в группах.

Средняя продолжительность беременности в группах также не имела различий и составила $38,8 \pm 0,08$ и $38,9 \pm 0,10$ недель ($p > 0,05$). Доли срочных ($90,0\%$ и $92,1\%$, $p = 0,351$) и преждевременных родов (у $5,0\%$ и $5,0\%$, $p = 1,000$) в группах не отличались, тогда как процент запоздалых родов в I группе в 1,8 раза был выше, чем во II — $5,0\%$ и $2,9\%$ ($p < 0,05$).

Роды у первородящих были более продолжительными, чем у повторнородящих ($7,6 \pm 0,15$ и $5,9 \pm 0,19$ часа, $p < 0,001$), причем за счет первого периода родов ($6,98 \pm 0,15$ и $5,57 \pm 0,18$ часа, $p < 0,001$).

Распространенность плоского плодного пузыря ($30 \pm 1,0\%$ и $60 \pm 2,0\%$, $p < 0,001$) и несвоевременного излития околоплодных вод ($440 \pm 50\%$ и $468 \pm 60\%$, $p < 0,001$) в I группе была меньше, чем у повторнородящих.

В структуре несвоевременного излития околоплодных вод в обеих группах преобладало родовое ($64,6\%$ и $64,6\%$, $p = 1,000$), тогда как доля раннего излития была меньше ($35,4\%$ и $35,4\%$, $p = 1,000$). Стоит отметить, что продолжительность безводного периода у первородящих оказалась больше, чем во II группе и составила $5,93 \pm 0,26$ и $4,52 \pm 0,26$ часа ($p < 0,001$).

Наиболее частыми осложнениями родов являлись аномалии родовой деятельности, которые возникали в I группе чаще, чем во II — $380 \pm 30\%$ и $320 \pm 35\%$ ($p < 0,001$), за счет дискоординации ($160 \pm 30\%$ и $130 \pm 30\%$, $p < 0,001$) и слабости родовой деятельности ($180 \pm 30\%$ и $190 \pm 40\%$, $p < 0,001$). У первородящих развитию аномалий родовой деятельности предшествовал патологический прелиминарный период ($40 \pm 1,5\%$), который не встречался у повторнородящих.

В структуре дискоординации родовой деятельности у первородящих преобладала первичная дискоординация (дистоция шейки матки и сегментарная дистоция матки) — $97,6\%$ и $77,8\%$ ($p < 0,001$), тогда как доля вторичной дискоординации была меньше, чем у повторнородящих ($2,4\%$ и $22,2\%$, $p < 0,001$).

Основной процент, в структуре слабости родовой деятельности в I группе составила первичная ($66,1\%$ и $46,2\%$, $p < 0,001$), а доля вторичной слабости и слабости потуг была меньше, чем во II группе ($33,9\%$ и $53,8\%$, $p < 0,001$).

Клинически узкий таз чаще диагностирован у рожениц I группы, чем в группе сравнения ($50,3 \pm 1,0\%$ и $38,5 \pm 1,0\%$, $p < 0,001$). Утяжеление гестоза в родах возникало только у

Таблица 1. Структура показаний к операции кесарева сечения у первородящих

Показания	I группа (n=106)	II (n=78)	P I-II
Плановое кесарево сечение			
Тазовое предлежание плода	11,3%	7,7%	<0,001
ОАГА (бесплодие, ЭКО)	15,1%	0%	<0,001
Патология органов зрения	7,7%	1,0%	<0,001
Рубец на матке	1,9%	49,6%	<0,001
Совокупность показаний	11,3%	7,7%	<0,001
Экстренное кесарево сечение			
Гестоз	15,1%	10,3%	0,341
Клинически узкий таз	15,1%	7,3%	<0,001
Аномалии родовой деятельности	13,1%	6,0%	<0,001
Отслойка нормально расположенной плаценты	3,7%	7,7%	<0,001
Асфиксия плода в родах	3,7%	2,7%	0,155
Выпадение петель пуповины	1,9%	0%	<0,05
Всего	100%	100%	-

первородящих (12,6±1,0%) и не встречалось у повторнородящих. Однако распространенность асфиксии плода в родах (12,6±1,0% и 28,8±1,0%, $p<0,05$) и гипотонического кровотечения (19,1±1,0% и 29,1±1,0%, $p<0,05$) в I группе была ниже, чем во II группе.

Травмы мягких тканей родовых путей (шейки матки, влагалища промежности, вульвы) — самые частые осложнения, которые возникали в родах у первородящих в сравнении с повторнородящими (658±70% и 410±80%, $p<0,001$).

В структуре травм в обеих группах преобладали разрывы шейки матки (62,6% и 52,6%, $p=0,097$). Процент травм влагалища (19,9% и 31,6% $p=0,027$) и промежности (3,8% и 8,8% $p<0,001$) у первородящих была меньше, чем у повторнородящих, тогда как доля сочетанных травм (шейки матки, влагалища, промежности, вульвы) оказалась выше (13,7% и 7,0%, $p<0,001$).

У большинства женщин в обеих группах роды прошли через естественные родовые пути (73,2% и 71,9%, $p=0,751$), а частота абдоминального родоразрешения также не имела различий (26,8% и 28,1%, $p=0,845$).

Анализ структуры показаний к операции кесарева сечения позволил выявить значимые различия между группами. Структура показаний к операции кесарева сечения у первородящих представлена в таблице 1.

Показаниями к плановому оперативному родоразрешению у первородящих чаще становились тазовое предлежание плода (у 11,3% и 7,7%, $p<0,001$), отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (у 15,1% и 0%, $p<0,001$),

патологии органов зрения (у 7,7% и 1,0% ($p<0,001$)) и сочетание экстрагенитальных заболеваний, рецидив генитального герпеса, неправильного положения и предлежания плода (у 11,3% и 7,7%, $p<0,001$). Процент оперативного родоразрешения по поводу рубца на матке в I группе был значительно меньше, чем во II группе и составил 1,9% и 49,6% соответственно ($p<0,001$).

Поводом к экстренной операции кесарева сечения в обеих группах явился гестоз — 15,1% и 10,3% ($p=0,341$), Однако первородящие чаще оперированы в родах в связи с утяжелением гестоза (12,6% и 0%, $p<0,001$). Тяжелая степень гестоза и преэклампсия явились показанием к операции у меньшей доли первородящих в сравнении с повторнородящими (2,5% и 10,3%, $p<0,001$).

Процент оперативных родоразрешений в связи с возникновением клинически узкого таза (15,1% и 7,3%, $p<0,001$) и аномалий родовой деятельности (13,1% и 6,0%, $p<0,001$) в I группе оказался выше, чем в группе сравнения. Отслойка нормально расположенной плаценты в структуре показаний составила 3,7% и 7,7%, соответственно ($p<0,001$).

Все дети в группах родились живыми. Доли доношенных (90,0% и 92,1%, $p=0,351$) и недоношенных детей (5,0% и 5,0%, $p=1,000$) в группах не различались. Хотя доля первенцев, имевших признаки переносимости была выше, чем во II группе (5,0% и 2,9%, $p<0,05$).

Среди живорожденных в I группе было 53,0±3,0% девочек и 47,0±3,0% мальчиков, тогда, как во II группе — 55,4±3,0% и 44,6±3,0%, соответственно. Соотношение полов

в I группе составило $1,53 \pm 0,03$ в пользу девочек, а во II группе — $1,45 \pm 0,03$ в пользу мальчиков ($p < 0,001$).

Средняя оценка новорожденных по шкале Апгар в I группе на первой ($6,18 \pm 0,07$ и $6,56 \pm 0,05$ балла, $p < 0,001$) и пятой минутах ($7,21 \pm 0,05$ и $7,44 \pm 0,04$ балла ($p < 0,001$) оказалась ниже, чем во II группе.

Распространенность асфиксии на первой ($123 \pm 30\%$ и $105 \pm 20\%$, $p < 0,001$) и пятой минутах ($74 \pm 4,0\%$ и $51 \pm 3,0\%$, $p < 0,001$) у первенцев была выше, чем в группе сравнения.

В структуре асфиксии на первой ($83,8\%$ и $94,1\%$ $p < 0,001$) и пятой минутах ($88,2\%$ и $97,0\%$ $p = 0,004$) превалировала легкая степень, доля которой в I группе была меньше, чем во II. Процент асфиксии средней степени как на первой ($6,7\%$ и $3,7\%$, $p < 0,001$), так и на пятой минутах ($4,9\%$ и $1,5\%$, $p < 0,001$) у первенцев был выше, чем в группе сравнения. Доля рождения детей I группы в асфиксии тяжелой степени на первой ($9,5\%$ и $2,2\%$, $p < 0,001$) и пятой минутах ($6,9\%$ и $1,5\%$, $p < 0,001$) оказалась больше, чем во II группе.

Основные показатели антропометрии новорожденных у первородящих представлены в табл. 2.

Средняя масса тела, окружность грудной клетки и величина ponderального индекса (ПИ — индекс массо-ростовых соотношений) в I группе были ниже, а средняя длина тела и окружность головки значимо выше, чем во II группе. Частота массы тела у новорожденных от 3000 гр. до 4000 гр., в группе первородящих оказалась ниже, чем в группе повторнородящих ($179 \pm 30\%$ и $191 \pm 30\%$, $p < 0,001$).

Доля новорожденных, имевших нормальные показатели ПИ ($72,9\%$ и $82,3\%$, $p = 0,005$) в I группе была меньше, чем в группе сравнения, а процент детей со сниженным ($26,1\%$ и $17,3\%$, $p = 0,007$) и повышенным ПИ ($1,0\%$ и $0,4\%$, $p = 0,04$) оказалась выше.

Новорожденные I группы реже имели нормальный период адаптации ($333 \pm 20\%$ и $460 \pm 30\%$, $p < 0,001$) за счет распространенности аспирационного синдрома ($133 \pm 20\%$ и $94 \pm 20\%$, $p < 0,001$), синдрома дыхательных расстройств и ателектазов легких ($156 \pm 15\%$ и $90 \pm 15\%$,

$p < 0,001$), признаков реализации внутриутробной инфекции ($323 \pm 20\%$ и $288 \pm 30\%$, $p < 0,001$), синдромов неврологических расстройств ($442 \pm 18\%$ и $279 \pm 18\%$, $p < 0,001$), задержки внутриутробного развития ($70 \pm 10\%$ и $43 \pm 10\%$, $p < 0,001$).

К третьим суткам жизни и на момент выписки у новорожденных I группы распространенность энцефалопатии ($930 \pm 10\%$ и $906 \pm 20\%$, $p < 0,001$), гипоксической кардиопатии ($70 \pm 10\%$ и $40 \pm 10\%$, $p < 0,001$), гемолитической болезни ($50 \pm 10\%$ и $30 \pm 10\%$, $p < 0,001$) и сохраняющихся неврологических расстройств ($450 \pm 20\%$ и $375 \pm 20\%$, $p < 0,001$) была выше, чем во II группе. Первенцы чаще, чем новорожденные II группы переводились на второй этап выхаживания — $7,0 \pm 0,1\%$ и $4,0 \pm 0,1\%$ ($p < 0,001$).

Обсуждение

В связи с переходом к модели малодетной семьи проблема акушерских и перинатальных осложнений, состояние здоровья первенцев имеет не только медицинское, но и социальное значение.

Установлено, что первородящие, в сравнении с повторнородящими, были моложе, чаще одинокие или состоящие в незарегистрированном браке, со средним или средне-специальным образованием. На момент наступления беременности их рост и масса тела оказались меньше, чем у повторнородящих.

Соматически первородящие были более здоровыми. Менструальный цикл и продолжительность менструальных выделений у них были короче, а частота бесплодия выше, чем у повторнородящих.

Большинство зачатий у первородящих приходилось на зимние и весенние месяцы. Во время беременности у них чаще, чем у повторнородящих возникали нарушения биоценоза влагалища; гестоз, в структуре которого доля средней степени тяжести была выше; угроза прерывания беременности; ХФПН, проявлением, которой явился СЗРП; патология амниона. Большинство осложнений у первородящих возникало раньше, чем у повторнородящих.

Первым родам чаще, чем повторным, предшествовал патологический прелиминарный

Таблица 2. Основные показатели антропометрии новорожденных у первородящих

Показания	I группа (n=398)	II (n=278)	P I-II
Масса тела (гр.)	$3296,8 \pm 26,5$	$3373,04 \pm 33,6$	$< 0,001$
Длина тела (см.)	$52,44 \pm 0,18$	$52,28 \pm 0,16$	$< 0,001$
Окружность головки (см.)	$33,88 \pm 0,26$	$33,68 \pm 0,11$	$< 0,001$
Окружность грудной клетки (см.)	$32,65 \pm 0,13$	$32,97 \pm 0,12$	$< 0,001$
ПИ	$2,29 \pm 0,01$	$2,34 \pm 0,01$	$< 0,001$

период, и они отличались большей продолжительностью за счет первого периода родов. Наиболее распространенными осложнениями первых родов являлись аномалии родовой деятельности, клинически узкий таз, утяжеление гестоза, травмы мягких тканей родовых путей и большая продолжительность безводного периода.

В структуре показаний к плановому и экстренному кесареву сечению преобладали тазовое предлежание плода, бесплодие в анамнезе, патология органов зрения, гестоз и его утяжеление в родах, клинически узкий таз и аномалии родовой деятельности.

Новорожденные от первородящих матерей чаще рождались с более низкой оценкой по шкале Апгар, в состоянии асфиксии средней и тяжелой степени. Средняя масса тела, окружность грудной клетки и величина ПИ у первенцев была ниже, чем у детей от повторнородящих.

Новорожденные первородящих реже имели нормальный период адаптации за счет аспирационного синдрома, синдрома дыхательных расстройств, признаков реализации внутриутробной инфекции, синдромов неврологических расстройств и задержки внутриутробного развития. К третьим суткам жизни и на момент выписки распространенность энцефалопатии, гипоксической кардиопатии, гемолитической болезни, сохраняющихся неврологических расстройств у первенцев была выше,

чем у детей повторнородящих. Дети первородящих чаще требовали перевода на второй этап выхаживания.

Проведенное исследование дает основание считать проблему профилактики акушерских и перинатальных осложнений у первородящих одной из ведущих в современном акушерстве, так как рождаемость в стране в течение многих лет поддерживается за счет первенцев.

Литература

1. Айламазян, Э. К. Гестоз: теория и практика. Айламазян Э. К., Мозговая Е. В. Москва «МЕД-пресс-информ», 2008; 7-13.
2. Вишневецкий, А. Г. Тенденции рождаемости в Российской Федерации в сравнении с другими промышленно развитыми странами. А. Г. Вишневецкий. Материалы международного семинара «Низкая рождаемость в Российской Федерации: вызовы и стратегические подходы», Москва, 14-15 сентября 2006; 9-26.
3. Захаров, С. В. Брачность и рождаемость. С. В. Захаров. Население России. Ежегодный демографический доклад. Центр демографии и экологии человека ИНИ РАН. М.: Книжный дом «Университет», 1999-2004.
4. Малеева, Т. М. Социально-экономические факторы рождаемости в России: эмпирические измерения и вызовы социальной политике. Т.М. Малеева, О. В. Сивянская. Spago. 2006; 5:70-97.
5. Сидорова, И. С. Гестоз. Учебная литература для слушателей системы последипломного образования. Москва. «Медицина», 2003; 243-245.
6. Соколинский, В. Г. Первые роды в возрастном аспекте. В. Г. Соколинский: дис. ...канд. мед. наук. Омск. 1993; 200 с.
7. Ушакова, Г. А. Демография и репродуктивное здоровье женского населения Кузбасса. Г. А. Ушакова, С. И. Елгина, Н. И. Сурков. Кемерово. 1997; 72.