

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Факультет повышения квалификации и
профессиональной переподготовки специалистов
Кафедра здорового образа жизни и диетологии

Кафедра акушерства и гинекологии № 2

Молодежное научное общество

Государственное бюджетное учреждение Ростовской области
«Центр профилактики и борьбы со СПИД»

ЗОЖ НА СТРАЖЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ

Сборник материалов
региональной научно-практической конференции

г. Ростов-на-Дону
29 ноября 2016 года



2016

УДК 614.2:618.1(063)

ББК 51.204.0:57.1

3 78

ЗОЖ НА СТРАЖЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ: сборник материалов регион. науч.-практич. конф.; г. Ростов-на-Дону, 29 ноября 2016г. / ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава РФ, кафедра здорового образа жизни и диетологии ФПК и ППС, кафедра акушерства и гинекологии № 2, МНО. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2016. – 41 с.

На страницах сборника представлены результаты научных исследований студентов, ординаторов, интернов и аспирантов, молодых ученых и специалистов Российской Федерации, посвященные проблемам здорового образа жизни среди женщин репродуктивного возраста. Все работы имеют профилактическую и прикладную направленность, что очень важно при работе с молодыми женщинами.

Редакционная коллегия:

Ответственный редактор – к.м.н., доцент ДЯДИКОВА И.Г.

д.м.н., проф. Петров Ю.А.

асс. ДУДАРЕВА В.А.

д.м.н., проф. БЕКЕТОВА Е.В.

асс. РЕШЕТНИКОВ И.Б.

Бойков Н.А.

асс. Арндт И.Г.

Ответственный секретарь – ФЕДОРОВА К.Ю., КУШНАРЕВА О.Э., ШАБАЕВА В.И.

**Региональная научно-практическая конференция
с международным участием
«АСПЕКТЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА»**

Место проведения: Ростовский государственный медицинский университет
(Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29), УЛК, аудитория № 1
Дата проведения: 29 ноября 2016 года в 15.30 часов.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ

Дядикова Ирина Глебовна – к.м.н., доцент, заведующая кафедрой здорового образа жизни и диетологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ
Петров Юрий Алексеевич - профессор, д.м.н., заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2 ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ

Дударева Виктория Андреевна – асс. кафедры здорового образа жизни и диетологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО РостГМУ МЗ РФ

Бекетова Елена Владимировна – д.м.н., проф. Главный врач ГБУ РО «Центр профилактики и борьбы со СПИД»

Бойков Николай Александрович - заведующий отделом профилактики и организационно-методической работы ГБУ РО «Центр профилактики и борьбы со СПИД»

Арндт Игорь Геннадьевич – асс. кафедры акушерства и гинекологии №2 ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ

Ответственный секретарь конференции:

студентка 5 курса ЛПФ Федорова Карина Юрьевна,
студентка 5 курса ЛПФ Кушнарeva Олеся Эдуардовна,
студентка 4 курса ЛПФ Шабаева Валентина Игоревна.

ПРОГРАММА КОНФЕРЕНЦИИ

15:30 - 15:50 Вступительное слово членов оргкомитета конференции

1) 15:50 - 16:00 «СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН И ФОРМИРОВАНИЕ ВНУТРИУТРОБНЫХ ПАТОЛОГИЙ»

Докладчики: Джамалудинова А.Ф., Шабаева В.И.

Научный руководитель: Петров Ю.А., Арндт И.Г., Лалоян Р.С.
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава РФ, г. Ростов-на-Дону, Россия
Кафедра акушерства и гинекологии №2

2) 16:00 - 16:10 «СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОДВЕРЖЕННОСТИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН СТРЕССУ»

Докладчики: Шабаева В.И., Крюкова С.С.

Научный руководитель: Петров Ю.А., Арндт И.Г., Лалоян Р.С.
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава РФ, г. Ростов-на-Дону, Россия
Кафедра акушерства и гинекологии №2

3) 16:10 - 16:20 «ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА РОЖДЕНИЕ ЗДОРОВОГО РЕБЁНКА: АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ НА ОСНОВЕ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ»

Докладчики: Величко К.А., Шабаева В.И.

Научный руководитель: Петров Ю.А., Арндт И.Г., Лалоян Р.С.
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава РФ, г. Ростов-на-Дону, Россия
Кафедра акушерства и гинекологии №2

4) 16:20 - 16:30 «СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ КОФЕ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РАЗВИТИЕ ПЛОДА»

Докладчики: Шабаева В.И., Колесниченко А.А.

Научный руководитель: Петров Ю.А., Арндт И.Г., Лалоян Р.С.
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава РФ, г. Ростов-на-Дону, Россия
Кафедра акушерства и гинекологии №2

5) 16:30 - 16:40 «СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЙОГИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ»

Докладчик: Адамова А.С., Шабаева В.И., Ладыгина К.А.

Научный руководитель: Петров Ю.А., Арндт И.Г., Лалоян Р.С.
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава РФ, г. Ростов-на-Дону, Россия
Кафедра акушерства и гинекологии №2

6) 16:40 - 16:50 «ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ»

Докладчики: Черная М.Г.

Научные руководители: Дядикова И.Г., Дударева В.А.
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава РФ, г. Ростов-на-Дону, Россия
Кафедра здорового образа жизни и диетологии ФПК и ППС

7) 16:50 – 17:00 «РАННЯЯ СКРИНИНГОВАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО

ВОЗРАСТА КАК ЗАЛОГ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ»

Докладчики: Кушнарера О.Э., Федорова К.Ю.

Научные руководители: Дударева В.А., Дударева Л.А.

*ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава РФ, г. Ростов-на-Дону, Россия
Кафедра здорового образа жизни и диетологии ФПК и ППС, Кафедра пропедевтики
внутренних болезней*

8) 17:00 – 17:10 «ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ КАК ЗАЛОГ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ПОКОЛЕНИЯ В БУДУЩЕМ»

Докладчики: Федорова К.Ю., Кушнарера О.Э.

Научные руководители: Бекетова Е.В., Дядикова И.Г., Дударева В.А., Бойков Н.А.

*ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава РФ, г. Ростов-на-Дону, Россия
Кафедра здорового образа жизни и диетологии ФПК и ППС
ГБУ РО «ЦП и Б со СПИД», г. Ростов-на-Дону, Россия*

17:10 - 17:30 Подведение итогов, награждение победителей

СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЙОГИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Адамова А.С., Ладыгина К.А., Шабаева В.И., Петров Ю.А., Арндт И.Г., Лалоян Р.С.

ФГБОУ ВО РостГМУ «Ростовский государственный медицинский университет»

Минздрава РФ, г. Ростов-на-Дону, Россия

Кафедра акушерства и гинекологии № 2

Актуальность. Когда мы говорим о здоровье, в целом, и здоровом образе жизни, в частности, то обращаем внимание на совокупность компонентов, определяющих эти понятия. Определение понятия «здоровье» ВОЗ записано, вероятно, в лекционных тетрадях у каждого студента медицинского университета и гласит: здоровье – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. Также мы знаем, что, помимо множества прочих факторов, здоровье ребёнка закладывается еще в родителях, а потому напрямую зависит от того, насколько здоровый образ жизни они ведут. Именно поэтому в современном мире так активно пропагандируется и, к счастью, входит в моду здоровый образ жизни. Физические нагрузки, сбалансированное питание, положительные эмоции в виду отсутствия стресса, самореализация - его составляющие, или «основной комплект».

Но что это знание значит для будущих мам? Так, популярный фитнес не всегда подходит беременным: гипоксия органов из-за оттока крови в мышцы, их перенапряжение может привести к отрицательным последствиям. Сбалансированное питание, когда «хочется есть за двоих»? Положительные эмоции и отсутствие стресса в условиях, когда беременная женщина до 7 месяцев работает ежедневно, находясь в городской суете или деревенском быту? Самореализация, когда она еще даже не представляет, чем займётся ближайšie 3 года, находясь дома? Чаще всего беременность и иже с ней для женщины стресс, как физический, так и психологический. Как же будущей маме ощутить счастье материнства, несмотря на бурные физиологические изменения, происходящие в организме в этот период, как поддержать своё репродуктивное здоровье? На наш взгляд, самым благотворным и комплексным подходом к решению этих проблем является йога - одна из древнейших систем профилактики и оздоровления. В широком смысле, йога обозначает совокупность различных духовных, психических и физических практик, нацеленных на управление психическими и физиологическими функциями организма с целью достижения индивидуумом возвышенного духовного и психического состояния. Слово «йога» означает «единение», «гармония», «союз» [3,4]. Многочисленные исследования как индийских, так и западных ученых, показали благотворное влияние практики йоги, что позволило возродить это учение. Вот некоторые из результатов: происходит активация парасимпатической ВНС, как следствие нормализация артериального давления, дыхания, сердечного ритма, перистальтики ЖКТ; кроме того, увеличивается экспрессия генов иммунных клеток, повышается приток крови к внутренним органам, улучшается лимфоотток, уменьшается тревожность за счет повышенной выработки ГАМК в ЦНС; предотвращается кислородное голодание, укрепляются и в то же время тянутся мышцы, связки; тренируются суставы. Нужно отметить, многие направления специально адаптированы для современного человека, в том числе и для беременных женщин [2,5,1].

Цель. В связи с актуальностью и важностью данной проблемы было проведено социологическое исследование, целью которого явилось определение, действительно ли, по мнению женщин, занятия йогой помогают им комфортнее и легче перенести беременность и роды, а также насколько положительно они влияют на образ жизни будущей мамы.

Материалы и методы. Исследование проводилось среди женщин в возрасте от 18 лет, проживающих в различных регионах России, которые в период беременности практиковали занятия йогой. Материалом для исследования послужили анонимные анкеты, в которых респондентам предлагалось ответить на вопросы, требующие выбора одного подходящего ответа либо написания своего варианта ответа. Используемые методы: социологический опрос с помощью анкетирования и дальнейшая статистическая обработка полученных данных. В ходе исследования было проведено анкетирование 127 женщин.

Результаты. По результатам исследования было выявлено, что для 98 (77,2 %) опрошенных йога – это способ обретения физического и психоэмоционального комфорта, тогда как 16 (12,6 %) женщин занимаются йогой в основном для поддержания физической формы, 7 (5,5%) респондентов ставят на первое место духовное развитие, на остальные 6 (4,7 %) приходятся мнения, что йога это интересный опыт, всестороннее развитие, путь к себе. Примерно равными оказались группы по давности начала занятий: 47 (37%) занимаются менее 1года, 40 (31,5%) женщин практикуют йогу от 1 до 3 лет и столько же 40 (31,5%) - более 5 лет. Большинство респондентов 63 чел.(50%) начали заниматься йогой еще до беременности, 38 (30%) - во 2 триместре, тогда как 16 (12 %) начали практиковать йогу в 1 триместре, а в 3-ем - лишь 10 (8%). Что касается регулярности занятий, здесь респонденты ответили таким образом: 57(45 %) занимались систематически 2-3 раза в неделю, 36 (28%) упражнялись практически каждый день, тогда как 21 (16,5 %) предпочитали заниматься по настроению, но не менее 4 раз в месяц. 13 (10,5%) женщин занимались на первых месяцах чаще, затем реже. Асаны (физические упражнения и позы) оказались наиболее популярным направлением йоги у 78 человек (61 %), пранаяма (управление дыханием) распространена среди 16 (13%) опрошенных, медитации и мудры (особые положения тела или частей тела) набрали по 5 голосов (4%), и 23 (18 %) женщины выбрали совокупность всех направлений. Подавляющее большинство, а именно 111 человек (88 %) отмечает улучшение состояния после занятий, прилив сил и эмоциональный комфорт. 12 (9%) говорят, что, в целом, становилось лучше, но иногда было чувство недомогания. Лишь 4 (3 %) признались, что улучшений они не замечали. Также мы поинтересовались общим состоянием здоровья женщин, практикующих йогу: так у 110 (87%) опрошенных, по их мнению, нет хронических заболеваний, 17 (13%) ответили, что имеют таковые, среди них хронический тонзиллит, остеохондроз, сколиоз, артрит, хронический пиелонефрит, хронический панкреатит, гепатит С, бронхиальная астма, аллергический ринит. Что касается рациона опрошенных женщин, то здорового питания (регулярное употребление овощей, фруктов, рыбных и мясных продуктов) придерживались 59 (47%) , а вот вкусной, но не всегда полезной едой лакомились 32 (25%) женщины, популярным оказалось вегетарианство 33 (26%), и 3 (2%) лишь иногда позволяли себе отведать рыбу, куриные яйца и мясо. Однако крайне важно подчеркнуть, что в йоге не прописано обязательное соблюдение вегетарианства, за исключением некоторых направлений, которые не так популярны среди последователей в России и на Западе. Кроме того, в Аюрведе (древнеиндийском учении о здоровой жизни) указана важность полноценности питания, включая и продукты животного происхождения. Таким образом, вегетарианство – личный выбор респонденток. На вопрос "Как протекала ваша

беременность?" 77 (61 %) респондентов ответили, что все прошло достаточно легко, и добавили, что беременность – это счастье. 37 (29%) считают, что беременность протекала нормально, но в 1 триместре был токсикоз. У 8(6%) были некоторые осложнения (поздний токсикоз/многоводие/плацентарная недостаточность/недоношенная или переношенная беременность), у 5 (4 %) была угроза беременности. Важно отметить, что у 85 (67%) были естественные роды в срок без осложнений, а с осложнениями (разрывы промежности, кровотечение) у 22 (17%), кесарево сечение по медицинским показаниям было проведено у 9 (7 %) женщин. 11 (9%) опрошенных указали преждевременные роды (преэклампсия на 33 неделе, в другом случае преждевременные роды, экстренное родоразрешение путем кесарева сечения), также 4 женщины рожали в домашних условиях, у 1 из них разрывы промежности до 0, 5 см. Подробнее опросив женщин о выборе домашних родов, мы выяснили, что их мотивация рожать в домашних условиях обусловлена не избеганием врачей, а стремлением ощутить максимальный комфорт и поддержку близких во время родов. По их словам, были заранее приглашены опытные акушеры. При этом женщины были готовы при возникновении возможных осложнений сразу отправиться в ближайший роддом. Опять же, подчеркнем, что роды в домашних условиях - выбор опрошенных мам, а не одно из идейных направлений йоги. У 121 (95%) женщин родились здоровые дети, у 2 (1,5%) выявлено заболевание в роддоме, 4(3,5 %) указали другие варианты (у двоих женщин дети врачом не были осмотрены, т.к. рожали дома, но по мнению матерей, их дети здоровы.; также 2 родились раньше срока и находились на выхаживании в стационаре). Что касается приверженности грудного вскармливания - 112 (88 %) ответили положительно, 9(7%) придерживаются смешанного вскармливания, и только 6 (5%) женщин предпочитают искусственное вскармливание. На заключительный вопрос о благоприятном влиянии занятий йогой во время беременности на организм матери и малыша положительный ответ дали 108 (85 %) женщин, 15(12 %) считают, что эффект зависит от вида практик, сроков начала занятий. 4 (3%) расценивают значение занятия во время беременности исключительно как привычный метод поддержания физической формы и хорошего настроения.

Выводы. Анализируя полученные данные, наблюдается некоторая закономерность: женщины, практикующие йогу более 5 лет, рассматривают ее в основном как метод и психоэмоционального, и физического, а также духовного развития, занимаются чаще и систематически, охват направлений значительно шире (асаны, пранаяма, медитации и т.д.), среди них более распространено вегетарианство, с большей требовательностью они подходят к своему питанию; высокий процент естественных родов без осложнений и даже домашние роды, практически все придерживаются грудного вскармливания. Женщины, которые совсем недавно открыли для себя йогу, тоже уделяют внимание разностороннему влиянию йоги, но много и тех, кто просто хочет поддержать физическую форму, уделяя занятиям меньше внимания (либо 2-3 раза в неделю, либо по настроению), при этом не всегда ощущая улучшение состояния по окончании урока. А вот вегетарианцев среди них значительно меньше: они предпочитают как здоровую сбалансированную, так и часто вкусную, но не всегда полезную пищу. Среди них большой процент придерживающихся искусственного вскармливания. Показатели женщин, которые занимались йогой в течение 1-3 лет – «золотая середина». В целом, вне зависимости от того, как долго женщины практиковали йогу, однозначно наблюдается приверженность здоровому питанию, грудному вскармливанию, уделяется внимание физическому, психическому, эмоциональному состоянию во время беременности, сохраняется высокий процент естественных родов, что является залогом

поддержания их репродуктивного здоровья и начала новой здоровой жизни их детей. Это нельзя оставить без внимания. Традиционная медицина не должна быть чрезмерно консервативной. По нашему мнению, следует рекомендовать женщинам, ещё на этапе планирования беременности, начать заниматься йогой для подготовки организма к предстоящим физическим и эмоциональным нагрузкам. Рекомендации должны быть обоснованы и приведены в соответствии с учетом индивидуальных особенностей организма будущей мамы.

Список литературы:

1. Айенгар С.Г. Йога: жемчужина для женщин / С.Г. Айенгар. – Ростов н/Д: Феникс, 2009. – 442 с.
2. Алышева Т.К. Медицина: традиции Востока и современность / Т.К. Алышева. – Ростов н/Д: Феникс, 2010. – 350 с.
3. Исследования о влиянии йоги на организм человека // Dazzlecare [Электрон. ресурс]. – Режим доступа: <http://dazzlecare.info/aesthetic-center/issledovaniya-o-vliyanii-yogi-na-organizm-cheloveka> [15.11.2016].
4. Йога как терапия: беременность // Доктор Здоровье [Электрон. ресурс]. – Режим доступа: <http://doctor-zdorovie.ru/home/210> [15.11.2016].
5. О йоге // ЙОГА СЕКРЕТЫ [Электрон. ресурс]. – Режим доступа: <http://yogasecrets.ru/napravleniya-stili-i-shkoli-yogi/o-yoge> [15.11.2016].

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА РОЖДЕНИЕ ЗДОРОВОГО РЕБЁНКА: АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ НА ОСНОВЕ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Величко К.А., Шабеева В.И., Петров Ю.А., Арндт И.Г., Лалоян Р.С.

*ФГБОУ ВО РостГМУ «Ростовский государственный медицинский университет»
Минздрава РФ, г. Ростов-на-Дону, Россия
Кафедра акушерства и гинекологии №2*

Актуальность: За последние годы эталоны жизненного стиля значительно изменились. Новое поколение выбирает здоровый образ жизни. Все больше молодых людей, находящихся в возрасте потенциальных родителей, предпочитают физические тренировки бесцельному времяпрепровождению. Именно поэтому вызвал особый интерес вопрос о возможности сохранения активного образа жизни во время беременности. Стремление женщин к сохранению хорошей физической подготовки во время беременности вызывает множество споров и разногласий о том, сколько времени и какие виды упражнений должна выполнять будущая мама. Практические рекомендации по данной тематике имеют множество противоречий и разногласий. Согласно данным, представленным в современных руководствах по акушерству и лечебной физической культуре [3,4], при нормально проходящей беременности полезны систематические занятия спортом. У женщин, которые регулярно занимаются физическими упражнениями, роды протекают быстрее, легче и с меньшим количеством осложнений, чем у женщин, ведущих малоподвижный образ жизни

[1,2] Это не случайно, т.к. основа жизни – движение, поэтому оно необходимо беременным в первую очередь. Физическая подготовка женщины способствует правильному формированию ребенка, готовит организм матери и ребенка к предстоящей родовой деятельности. Роды – это очень интенсивная мышечная работа, поэтому мышцы, участвующие в родовой деятельности, а также сердечно-сосудистая система у женщин в период беременности должны быть развиты очень хорошо. С.В. Санталовой, было выявлено, что женщины со сниженным уровнем физической подготовки имеют достоверно ($p < 0,05$) более высокий риск развития осложненного течения гестации и родов [6]. Еще одна важная проблема современности, зачастую идущая рука об руку со снижением физической активности, была выявлена автором Пановой Л.Ю, изучавшей особенности течения беременности и родов при ожирении. Она установила, что беременность у полных женщин сопровождается акушерскими осложнениями в 96,45 % случаев, а также выявила зависимость между генезом ожирения и различными патологиями в течении беременности и родов [5].

Цель: В связи с актуальностью и важностью вопроса о возможности сохранения активного образа жизни во время беременности было проведено социологическое исследование, целью которого явилось изучение общественного мнения по данной проблеме.

Материалы и методы: Материалом для исследования послужили анонимные анкеты, в которых респондентам предлагалось ответить на вопросы, требующие выбора одного или нескольких подходящих ответов. Используемые методы: социологический опрос с помощью анкетирования и дальнейшая статистическая обработка полученных данных. В ходе исследования было проведено анкетирование 100 (100%) женщин детородного возраста, из которых 58 (58%) человек – потенциальные мамы, 20 (20%) – имеют детей, 22 (22%) – находятся в положении.

Результаты: По результатам исследования было установлено, что 70(70%) женщин считают, что оптимальное количество занятий спортом составляет 1-2 раза в неделю; 26(26%)- утверждают, что 3-4 раза в неделю является приемлемым для будущих мам, и только 4 (4%) опрошенных респондентов ответили, что 5-6 раз в неделю является оптимальным количеством занятий. Также в анкете девушки указали, какой вид занятий наиболее благоприятный при беременности на их взгляд, и данные были следующие: 46 (46%) женщин считают, что плавание является наиболее полезным занятием во время беременности, 34 (34%) процента женщин ответили что выбрали бы йогу; 12 (12%) из предложенных вариантов выбрали пилатес, и всего лишь 8 (8%) женщин выбрали фитбол. На вопрос где предпочтительнее всего заниматься спортом, девушки почти единогласно ответили 81 (81%) что наиболее благоприятным местом для занятий является клуб для будущих мам, в котором занятия проходят под контролем специалиста. 13 (13%) указали, что лучше всего если занятия будут проходить на свежем воздухе, мнения остальных разделились между тренировками 5(5%) дома и в фитнес зале 1 (1%). Также нам было интересно узнать мнение о возможности продолжения тренировок "спортивным" женщинам на протяжении всей беременности. Установлено, что 78 (78%) опрошенных положительно относятся к усиленным тренировкам во время беременности, но только под чутким контролем тренера и врача; 15 (15%) сказали, что не рекомендовали бы усиленные физические нагрузки беременным женщинам, и лишь 7 (7%) высказались негативно, так как считают, что это может плохо сказаться на развитии ребёнка. На вопрос о том, стоит ли отказаться от тренировки мышц пресса 50 (50%) опрошенных женщин ответили

положительно, 27 (27%) отрицательно, так как в результате подобных занятий укрепятся мышцы брюшного пресса и период схваток пройдет легче, а 23 (23%) считают, что стоит отказаться только тем, кто не занимался подобными упражнениями до беременности. Кроме того, нас интересовало мнение о необходимости использования бандажа во время занятий спортом. На этот вопрос 29 (29%) женщин ответили, что бандаж необходим, 60 (60%) указали его необходимость только с пятого месяца беременности; 11 (11%) высказали мнение о том, что он не нужен вовсе. Когда возник вопрос на каком месяце беременности необходимо прекратить занятия спортом, то 59 (59%) опрошенных оказались приверженцами продолжения занятий непосредственно до самых родов, если будущая мама чувствует себя хорошо; 31 (31%) прекратили бы занятия на 6 месяце беременности, и лишь 10 (10%) рекомендовали прекратить занятия на 8 месяце. Определенный интерес представляло мнение о допустимости занятия спортом при многоплодной беременности, и здесь ответы девушек разделились: 32 (32%) считают, что занятия не допускаются, так как присутствует повышенная нагрузка на организм; 53 (53%) уверены, что если беременность протекает благоприятно, то занятия допускаются; 15 (15%) опрошенных девушек заявили, что занятия возможны только в первом триместре беременности. На основе анкетирования мы также установили, что по мнению большинства женщин в первом триместре беременности не допустимы занятия велоспортом, так считают 49 (49%) опрошенных; 22 (22%) женщин негативно высказались в пользу аэробики; 18 (18%) указали в качестве недопустимых занятий танцы, однако были и те, кто высказал своё негативное мнение в пользу плавания 5 (5%) и йоги 6 (6%). Целью заключительного вопроса нашей анкеты было исследование мнения о том, стоит ли при планировании беременности начать регулярно заниматься спортом. Большая половина девушек 53 (53%) считает, что это непременно необходимо для подготовки организма к беременности и родам, 31 (31%) опрошенных ответили, что обычные и привычные ежедневные прогулки и зарядка по утрам – отличная подготовка к планируемой беременности, без специальных целенаправленных занятий в спортивном зале; 16 (16%) считают, что регулярные занятия спортом при планировании беременности не нужны, так как непосредственно во время беременности произойдет перестройка организма, позволяющая последнему самостоятельно и правильно настроиться на предстоящий период беременности. Многолетние наблюдения врачей подтвердили благотворное влияние физической культуры и спорта на здоровье беременной женщины и ее будущего ребенка. Родовой акт требует огромнейших затрат сил, и лучше справляются с ним женщины с хорошей физической подготовкой, устойчивой нервной системой, умеющие владеть своим телом и дыханием. Наши респонденты в ходе социологического опроса ещё раз подтвердили вышеуказанные утверждения, выразив своё мнение о том, что физические тренировки важны как при планировании беременности, так и во время неё. Физическая слабость, неподготовленность девушек не только усложняют течение беременности и родов, но и во многом определяют различные отклонения в развитии плода. Недостаток движений часто ухудшает состояние здоровья женщины в период беременности, затрудняет роды и осложняет послеродовой период. Большинство опрошенных девушек выразили своё мнение о том, что предпочли плавание другим занятиям. Ведь действительно, плавание оказывает благотворное влияние на организм женщины, при плавании укрепляется мускулатура различных частей тела, повышается выносливость, что немаловажно в качестве подготовки к будущим родам, улучшается кровообращение, ликвидируется застой крови в ногах и области таза, а это является профилактикой появления варикоза и геморроя. Также во время

нахождения в воде значительно уменьшается нагрузка на позвоночник, что способствует ослаблению болевых ощущений в поясничной области, происходит тренировка дыхательной системы, увеличивается вероятность того, что ребенок займет правильное положение (головное предлежание) в утробе матери. Поэтому очень важно начать занятия как можно раньше, а ещё лучше на этапе планирования беременности. Двигательная активность должна обеспечивать наиболее полноценное протекание не только родов, но и восстановительных процессов после них. Результаты исследования показали, что многие женщины информированы о том, что некоторые физические тренировки при беременности опасны и требуют соблюдения ряда правил, одним из таких видов является велоспорт. Врачи рекомендуют садиться на велосипед только тем беременным, которые имеют хорошие навыки вождения. При езде на велосипеде нельзя допускать тряски; падения; резкого торможения и поворотов. Кроме того, опрошенные женщины выразили своё мнение о том, что предпочли бы заниматься в клубах для будущих мам, под контролем специалиста, или на свежем воздухе, также они выразили своё желание о регулярности тренировок, и решили что 1-2 раза в неделю будет оптимальным количество занятий спортом, это безусловно радует и говорит о том, что девушки всерьёз заботятся о своём здоровье во время беременности, напрямую влияющем на формирование здоровья будущего ребёнка. Для некоторых женщин спорт является профессиональной деятельностью. С наступлением беременности полностью прекращать тренировки, конечно, не стоит, но снизить интенсивность и нагрузку необходимо. Большинство опрошенных, положительно относятся к тренировкам "спортивных" женщин, но только с разрешения врача и под чутким контролем тренера. По мнению специалистов, безопаснее всего заниматься спортом во втором триместре беременности, в то время, как в первом и третьем семестре темп занятий должен быть очень умеренным. Некоторыми профессиональными видами спорта, в которых возможны удары в живот, падения и травмы, заниматься нельзя ни при каких обстоятельствах. Для многих девушек важно сохранить мышцы живота подтянутыми и окрепшими, и они задаются вопросом о том, стоит ли отказаться от тренировки мышц пресса или можно сохранить. Половина 50 (50%) опрошенных девушек уверена, что необходимо исключить эти занятия, 23 (23%) девушек считают, что можно сохранить только тем, кто до беременности занимался физическими упражнениями, в том числе и качал пресс. Однако следует отметить, что при появлении животика все упражнения на пресс в лежачем положении абсолютно исключаются из программы тренировок. Подтягивать мышцы живота можно только сидя на стуле. Более подробную консультацию сможет дать профессиональный тренер для беременных. Если девушка находится в слабой физической подготовке, то непременно ей стоит отказаться от подобных упражнений. Необходимость использования бандажа во время занятий спортом оспаривается многими авторами, единогласного мнения по этому вопросу нет, но большинство опрошенных нами девушек отметили его необходимость с 20 недели беременности, когда живот начинает расти особенно быстро. Вероятнее всего, они ориентировались на то, что при увеличении размеров плода будет необходимо правильное перераспределение нагрузки на позвоночник и таз во время тренировок. Вопрос о том, стоит ли продолжать физические упражнения, если женщина узнает о многоплодной беременности, интересует всех с давних времен. Многоплодная беременность - тяжелый труд для женского организма, ведь ему предстоит обеспечивать питательными веществами и кислородом сразу нескольких малышей. Женщину с многоплодной беременностью ожидает примерно на 30% больше прибавка в весе, происходит дополнительное увеличение объема

крови на 10-15%. У неё должны быть более частые осмотры врача-гинеколога, потому что риск возникновения преждевременных родов велик. Поэтому к вопросу о физических упражнениях нужно подходить с осторожностью, большинство девушек склоняются к тому, что можно сохранить упражнения, но только в щадящем режиме и при условии хорошего самочувствия, а даже при незначительной боли или дискомфорте в области живота от выполнения упражнений лучше отказаться. В связи с тем, что при многоплодной беременности, в отличие от одноплодной, происходит большее увеличение живота, после 20 недели беременности женщинам советуют прекратить занятия активными видами спорта, отказаться от работы и половой жизни. Когда же стоит прекратить тренировки? Этот вопрос задаёт каждая вторая будущая мама. Ответ на него известен: при не осложнённой беременности, не изменённых анализах крови и мочи, нормальном тоне матки и хорошем самочувствии, некоторые элементы фитнеса (степ- и аквааэробика) можно продолжать практически до родов, так же считают и наши респонденты 59(59%). Хотя чаще занятия рекомендуют прекратить в конце 8-го месяца. В последнее время в обществе появилась тенденция к возрождению естественных родов, появились новые комплексы физических упражнений, включающие, в основном, упражнения на гибкость, заимствованные из европейской гимнастики и индийской йоги. Если грамотно подходить к занятиям, то в будущем протекание беременности и родов у женщин будет проходить легче. В то же время, занятия физической культурой оказывают положительное влияние на здоровье в целом – увеличивают выносливость организма, стабилизируют нервную систему, тонизируют организм.

Список литературы:

- 1) Верич Г.Е. Влияние комплексной программы физической реабилитации на состояния плода у беременных с артериальной гипертензией / Г.Е. Верич. – Харьков: ХДАДАМ, 2005. – 92-95 с.
- 2) Голубева Г.Н. Влияние двигательной активности беременной женщины и плода на уровень зрелости новорожденного / Г.Н. Голубева // Теория и практика физ. культуры. – 2001. – № 2. – 25-26 с.
- 3) Дифайор Д. Гимнастика для беременных / Д. Дифайор. – М.; СПб.: Диля, 2004. – 100 с.
- 4) Епифанов В.А. Лечебная физическая культура. / В.А. Епифанов. – М.: Медицина, 2001. – 160 с.
- 5) Панова Л.Ю. Особенности течения беременности и родов при ожирении различного генеза: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01 / Панова Людмила Юрьевна. – Пермь, 2004. – 24 с.
- 6) Санталова С.В. Особенности течения беременности, родов и состояния новорожденного у женщин с различным уровнем физической работоспособности: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01 / Санталова Светлана Владимировна. – Самара, 2008. – 22 с.

СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН И ФОРМИРОВАНИЕ ВНУТРИУТРОБНЫХ ПАТОЛОГИЙ

Джамалудинова А.Ф., Шабаева В.И., Петров Ю.А., Арндт И.Г., Лалоян Р.С.

ФГБОУ ВО РостГМУ «Ростовский государственный медицинский университет»

Минздрава РФ, г. Ростов-на-Дону, Россия

Кафедра акушерства и гинекологии №2

Актуальность: Проблема репродуктивного здоровья была актуальна во все времена и не теряет свою актуальность на современном этапе. В данной статье рассматривается осведомленность женщин о факторах риска, и влиянии окружающей среды и образа жизни на репродуктивное здоровье и развитие плода. Наверняка всех интересует вопрос: какие именно проявления внешнего мира способны причинить вред человеку? Современная наука опытным путем доказала, что состояние нашего здоровья зависит от целого комплекса факторов. Главные среди них: медико-социальные, условия труда и быта, наследственность, состояние окружающей среды. Это и есть факторы риска, которые могут обусловить те или иные нарушения в состоянии здоровья человека, в том числе и здоровья репродуктивного [1]. Нарушения в репродуктивной сфере отражаются на здоровье будущего потомства. Здоровье ребенка является отражением процессов его развития во внутриутробном периоде, и в этом отношении значение раннего онтогенеза в формировании здоровья трудно переоценить. Течение эмбрионального периода определяется множеством факторов, действующих уже в прогенезе [2]. Недаром еще в древности говорили: «В здоровом теле женщины находится будущее народа».

Цель: В связи с актуальностью и важностью данной проблемы было проведено социологическое исследование, целью которого явилось изучение осведомленности женщин о факторах риска и выяснение каким образом окружающая среда и образ жизни влияют на репродуктивное здоровье и развитие плода. В ходе данного исследования мы предположили, что низкая осведомленность женщин о факторах риска является одной из причин уменьшения репродуктивного потенциала и формирования внутриутробных патологий. Для достижения поставленной цели мы столкнулись с необходимостью выяснения наличия потенциальных факторов риска нарушения репродуктивного здоровья, сбора акушерско-гинекологического анамнеза женщин и выявления уровня информированности о факторах окружающей среды, негативно влияющих на уровень репродуктивного здоровья женщин и формирование плода.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе МБУЗ «Родильный дом» г. Невинномыска, Ставропольский край, среди женщин в возрасте 18-45 лет. В ходе исследования было проведено анкетирование 50 (100%) женщин. Материалом для исследования послужили анонимные анкеты, в которых респондентам предлагалось ответить на вопросы, требующие выбора одного или нескольких подходящих ответов. Используемые методы: социологический опрос с помощью анкетирования и дальнейшая статистическая обработка полученных данных. Методом анкетирования выявлялось наличие хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний урогенитальной системы, акушерско-гинекологический анамнез женщин, врожденные патологии детей, наличие как

экологических, так и медико-социальных факторов риска. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы Statistica 6.0.

Результаты: По результатам исследования было выявлено, что 13 (25,5%) женщин проживают в сельской местности с наиболее благоприятной экологической средой, а 37 (74,5%) – в городской. У 23 (45,3%) опрошенных выявлены наименее благоприятные условия труда и быта. Нами установлено, что 33 (65,3%) анкетированных женщин проживают в районе промышленных загрязнений. 25 (49,6%) женщин часто подвергаются влиянию солнечного излучения, 27 (53,4%) переохлаждаются, что является достаточно серьезными экологическими факторами риска развития заболеваний репродуктивной системы и развития внутриутробных патологий. Было выявлено, что 29 (58,3 %) опрошенных женщин употребляют алкоголь, 17 (34%) курят. Среди разнообразных токсических веществ, оказывающих отрицательное действие на будущее потомство, алкоголь является одним из опаснейших. Недаром говорят: «Пьют родители - страдают дети». Отдельно мы выделили такие признаки, как прерывание беременности без медицинских показаний и частота стрессовых ситуаций. Анкетирование показало, что 22 (43,7%) прерывают беременность без медицинских показаний, 33 (65%) анкетированных подвергаются стрессовым ситуациям. Это серьезный повод для беспокойства, так как стресс является фактором снижения резистентности организма. И, наконец, результаты исследования показали, что почти у всех женщин был отягощен акушерско-гинекологический анамнез. Было выявлено, что 34 (67,7 %) женщин имеют жалобы на нарушения менструального цикла, 28 (56,4%) на болезненное мочеиспускание. Мы выяснили, что у 31 (61,3%) опрошенных были патологии беременности и родов, у 10 (20,7%) женщин родились дети с врожденными патологиями. Частота хронических неинфекционных заболеваний составляет 38 (76,4%) и инфекционных 34 (67,6%) , это один из факторов, приводящих к нарушению внутриутробного развития детей и рождения детей с врожденными пороками, патологиями и аномалиями развития. Выявляя информированность женщин о факторах риска развития заболеваний репродуктивной системы и внутриутробных патологий стало известно, что 24 (47,3 %) женщин не осведомлены о вреде курения, 18 (35,7%) о негативном влиянии алкоголя, а также большая часть анкетированных не осведомлена о возможном влиянии факторов окружающей среды в целом.

Выводы: Полученные данные свидетельствуют о том, что патология плода и новорожденного является отражением патологии матери. Установлено, что ряд медико-социальных и экологических факторов служат причиной развития заболеваний урогенитальной системы, преждевременных родов и рождению детей с различными патологиями. Так же нельзя не отметить , что большая часть женщин плохо осведомлена о факторах риска, негативно влияющих на репродуктивное здоровье.

Список литературы:

1. Беременность и экология // gynecologia.ru. [Электрон. ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gynecologia.ru/articles/68381> [27.11.2016].
2. Роль социальных и медико-биологических факторов в формировании здоровья новорожденных различного гестационного возраста [Электрон. ресурс] // Медицинская практика, информационный сайт для специалистов в области медицины. – Режим доступа: <http://mfvt.ru/rol-socialnyx-i-mediko-biologicheskix-faktorov-v-formirovanii-zdorovya-novorozhdennyx-razlichnogo-gestacionnogo-vozrasta/> [27.11.2016].

СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ КОФЕ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РАЗВИТИЕ ПЛОДА

Колесниченко А.А., Шабаева В.И., Петров Ю.А., Арндт И.Г., Лалоян Р.С.

*ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, г.
Ростов-на-Дону, Россия
Кафедра акушерства и гинекологии № 2*

Актуальность: Кофе – напиток, изготавливаемый из жареных зёрен кофейного дерева. Содержит кофеин. Кофеин – психоактивное вещество, способное вызывать привыкание и зависимость [2]. Одной из главных современных проблем здравоохранения является употребления психоактивных веществ во время беременности. В том числе и кофеина, вредное влияние которого на женщину, находящуюся в положении, ещё не доказано и нельзя считать безусловным [2]. Прямых доказательств, что кофеин каким-либо отрицательным образом влияет на развитие плода, нет [1]. Тем не менее, любое попавшее в организм человека, в частности, беременной женщины, психоактивное вещество способно изменить свою фармакокинетику, что может привести к образованию токсичных метаболитов [2]. Тем не менее известно, что кофеин стимулирует нервную систему, поскольку заменяет в головном мозге такой угнетающий фактор возбуждения организма, как аденозин. Стимуляция нервной системы приводит к тремору, к повышенной раздражительности и бессоннице. Большие дозы кофеина оказывают на организм обратное действие, то есть угнетающее, из-за истощения нервных клеток. Это может привести к упадку сил и депрессивным состояниям. Употребление кофеинсодержащих напитков натощак стимулирует секрецию желудочного сока, что может привести к болевым ощущениям в области этого органа [2], а болевой синдром, в свою очередь, является ведущим при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. По данным различных исследований, есть некие перинатальные риски при частом и чрезмерном употреблении кофеинсодержащих напитков во время беременности. В их числе: спонтанный аборт, низкий вес ребёнка при рождении, мертворождение. В некоторых исследованиях выявляется закономерность во влиянии употребления кофеина беременной женщиной на сердечно-сосудистую систему плода, вследствие чего возникают риски различных аритмий [3,4]. Влияние кофеина на развитие плода ещё недостаточно изучено. Тем не менее из-за того, что это вещество является психоактивным, проблема употребления беременными женщинами кофеинсодержащих напитков является актуальной.

Цель: В связи с актуальностью и важностью данной проблемы было проведено социологическое исследование, целью которого явилось изучение влияния употребления кофе на течение беременности и развитие плода.

Материалы и методы: Исследование проводилось среди беременных женщин и молодых мам, однако научный интерес представляли лица, регулярно употребляющие кофе до беременности. Проведено анкетирование 162 (100%) человек. Большинство опрошенных 137 (84,6%) регулярно употребляли кофе до беременности, 25 (15,4%) – нет. Возраст женщин, регулярно употребляющих кофе, составлял 137 (100%) - 18-50 лет, а именно: 20 человек (15%) - 18-25 лет, 28 человек (20%) – 25-30 лет, 43 человека (31,4%) - 30-40 лет, 25 человек (18,2%) – 22-25 лет, 16 человек (11,7%) – 18-22 года, 5 человек (3,6%) – больше 40

лет. Материалом для исследования послужили анонимные анкеты, в которых респондентам предлагалось ответить на вопросы, требующие выбора одного или нескольких подходящих ответов. Используемые методы: социологический опрос с помощью анкетирования и дальнейшая статистическая обработка полученных данных.

Результаты: Когда регулярно употребляющие кофе до беременности женщины узнали, что беременны, большая их часть 91 (66,4%) не прекратили пить кофе в обычном режиме, а 46 (33,6%) – значительно снизили количество и/или частоту употребления или прекратили вовсе, но при этом большинство респондентов, а именно, 87 женщин (63,5%) указали, что у них нет необходимости в употреблении кофе, 48 (35%) признали то, что "не могут представить свой день без чашечки кофе", и 2 человека (1,5%) ответили, что потребность возникает периодически. Из чего можно аргументировано предположить зависимость женщин от кофе, зачастую не осознаваемую ими. Большая часть респондентов, находящихся в положении, а именно, 88 человек на момент опроса находились в декрете (64,4%), 40 (29,4%) работали и 9 (6,6%) учились. Полученные данные могли иметь значение в связи с общепринятым мнением, что современные работающие и учащиеся люди зачастую больше нуждаются в употреблении напитков, активизирующих работоспособность, однако этой связи установлено не было. По количеству употребляемого в день кофе ответы респондентов разделились следующим образом: 78 (56,9%) человек - 250 мл, 21 (15,3%) – 500-750 мл, 7 (5,1%) – больше 700 мл. Остальные 31 человек выбрали другой ответ, в числе которых большая часть – «не употребляю кофеинсодержащие напитки», до 700 мл в неделю, 250 мл в месяц и менее 250 мл. В первом триместре многие девушки 60 (43,8%) не пили кофе, но 42 (30,7%) регулярно употребляли кофе, 35 (25,5%) человек – редко. Во втором триместре 58 (42,3%) девушек не употребляли напитки с содержанием кофеина, 45 (32,8%) – употребляли регулярно, 34 (24,8%) – редко. В третьем семестре 55 человек (40,1%) не употребляли кофе, 48 (35%) – употребляли регулярно, 34 (24,8%) – редко. В целом, регулярно употребляющие кофе женщины с разной периодичностью, но могли употреблять данный напиток на протяжении всей беременности вне зависимости от триместра, а воздерживающиеся от употребления - употребляли редко или не употребляли вовсе, о чём свидетельствует стабильность показателей ответов на вопросы при анализе результатов опроса. Далее было принято решение опросить регулярно и нерегулярно употребляющих кофе во время беременности женщин о наличии у них самых распространённых, обсуждаемых и дискуссионных симптомов для определения предполагаемой неблагоприятной клинической картины: раздражительности, тремора, нарушения сна, абдоминальной боли. На вопрос «замечали ли вы, что становитесь более раздражительной после употребления кофе?» большая часть опрошенных 107 (78,1%) ответили отрицательно, у 24 (17,5%) человек вопрос вызвал затруднения, 6 (4,4%) ответили положительно. На вопрос о появлении тремора вследствие употребления напитков содержащих кофеин, 104 (83,2%) девушки ответили об отсутствии дрожания рук, 15 (10,9%) не смогли ответить и 8 (5,8%) человек ответили положительно. Нарушение сна наблюдали у себя лишь 12 (8,8%) девушек, большая часть 106 (77,4) не замечали появления бессонницы, у 19 (13,9%) людей этот вопрос вызвал затруднение. На вопрос об абдоминальных болях, в частности, болях в области желудка после употребления кофе 110 (80,3%) человек ответили отрицательно, 11(8%) – положительно. 16 (11,7%) опрошенных не смогли ответить на него. Согласно данным источников [3,4], существует предположение о том, что употребление большого количества кофеинсодержащих напитков может привести к самопроизвольному аборту,

однако знало об этом лишь 32 (23,4%) опрошенных, остальные 105 (76,6%) – не осведомлены. Нельзя не отметить, что, исходя из полученных результатов, большинство опрошенных женщин не испытывали дискомфорта, болевых ощущений и ухудшения состояния после употребления кофе во время беременности. Более того, все дети уже рожавших респондентов здоровы, без каких-либо отклонений и врождённых патологий. Тем не менее, нельзя не учитывать тот фактор, что часть респондентов употребляет натуральный кофе, а другая часть – растворимый, в котором содержание кофеина незначительно или вообще отсутствует. Вероятно, поэтому результаты являются столь положительными, ведь именно содержание кофеина в данном напитке определяет возможные негативные последствия после употребления.

Выводы: Исходя из полученных данных при проведении анкетирования, можно сделать вывод, что, несмотря на то, что большинство опрошенных женщин употребляла и употребляет кофе во время беременности, количество последнего, в целом, незначительно. А значит, предполагая негативные последствия употребления кофеинсодержащих напитков и сознательно употребляя небольшое количество кофе, зачастую меньшее от привычного, будущие и молодые мамы 21 века стараются уберечь здоровье своего ребёнка от всевозможных негативных факторов их образа жизни. Тем не менее, не так много девушек знают о том, что кофеин может быть вреден для плода и приводить к самопроизвольному аборту, поэтому необходимо проводить организационно-просветительную работу среди женского населения. В связи с тем, что негативное влияние кофе в целом и кофеина в частности на развитие ребёнка в утробе матери не доказано, а является лишь предположением, следует активно изучать этот вопрос и исследовать влияние кофеина на течение беременности.

Список литературы:

1. Действия лекарственных веществ во время беременности [Электрон. ресурс] // Studfiles. – Режим доступа: <http://www.studfiles.ru/preview/1563497/page:2/> [15.11.2016].
2. Зайцева О. Е. Применение кофеина в период беременности и перинатальные риски / О. Е. Зайцева – М.: Молодой ученый, 2013. – №4. – С. 649-656.
3. Cnattingius S. Caffeine intake and the risk of first-trimester spontaneous abortion / S Cnattingius, LB Signorello, G Annerén, B Clausson [et al.] // N Engl J Med. – 2000. – Vol. 343(25). – P. 45.
4. Wisborg K. Maternal consumption of coffee during pregnancy and stillbirth and infant death in the first year of life: prospective study / K. Wisborg, U. Kesmodel, B. Bech, M. Hedegaard [et al.] // British Medical Journal. – 2003. – Vol. 326(7386). – P. 420–423.

СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОДВЕРЖЕННОСТИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН СТРЕССУ

Крюкова С.С., Шабаета В.И., Петров Ю.А., Арндт И.Г., Лалоян Р.С.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, г. Ростов-на-Дону, Россия

Кафедра акушерства и гинекологии №2

Актуальность: Беременность – особый период в жизни женщины, во время которого в её организме происходят многочисленные изменения. Но не все знают, что беременность, помимо всего прочего, является стрессовой ситуацией, как для психики матери, так и для всего организма в целом.[5] Давно известно, что одним из факторов стресса является эмоциональная напряженность, которая физиологически выражается в изменениях эндокринной системы человека. К примеру, при экспериментальных исследованиях в клиниках было установлено, что люди, постоянно находящиеся в нервном напряжении, тяжелее переносят вирусные инфекции. [4]. Так же доказано, что стресс негативно влияет на соматическое здоровье, повышает риск развития онкологических, хронических заболеваний, вызывает пищеварительные расстройства, нарушает циклы сна [5]. Также было установлено, что, если женщина во время беременности испытывает страх по поводу неотвратимости родов или думает о прерывании беременности, то младенцы рождаются беспокойными, плохо спят и чаще отказываются от груди. Некоторые из них подолгу плачут и отличаются невротическими отклонениями. Если же будущая мама во время беременности была спокойной и умела радоваться жизни, то и новорожденные малыши подолгу спят, улыбаются даже во сне, с удовольствием сосут материнское молоко и вырастают жизнерадостными людьми [3]. Поэтому на будущую маму ложится большая ответственность за психическое здоровье еще не рожденного ребенка. Но все ли женщины об этом знают? Все ли стараются контролировать себя и свои эмоции?

Цель: Так как данная проблема является актуальной и важной, проведено социологическое исследование, целью которого стало изучение подверженности стрессу беременных женщин и выявление их знаний о влиянии психологического состояния матери на не рожденного ребенка и будущее его развитие.

Материалы и методы: Исследование проводилось среди беременных женщин различного возраста. Материалом для исследования послужили анонимные анкеты, в которых респондентам предлагалось ответить на вопросы, требующие выбора одного или нескольких подходящих ответов. Используемые методы: социологический опрос с помощью анкетирования и дальнейшая статистическая обработка полученных данных. В ходе исследования было проведено анкетирование 115 человек, из которых все (100%) являются будущими роженицами.

Результаты: Среди опрошенных женщин большинство, а именно 42 человека (36,5%) находятся в возрасте от 23 до 25 лет; 39 женщин (33,9%) находятся в возрасте от 18 до 22 лет; 25 опрошенных (21,7%) – от 26 до 30 лет; 6-ти беременным женщинам (5,2%) более 31 года и одной опрошенной (0,9%) менее 18 лет. То есть у 36,5% опрошенных женщин не так давно закончился юношеский этап формирования психики и они наиболее подвержены влиянию психоэмоциональных факторов. На основе анкетирования было установлено, что

большинство будущих матерей, 114 человек (99,1%), указали, что знают о влиянии психологического состояния мамы на еще не рожденного ребенка и лишь одна беременная (0,9%) ответила, что этого не знает. На вопрос «подвергались ли вы стрессу до беременности» 65 женщин (56,5%) ответили, что стресс имел место быть, но не часто, 39 (33,9%) сказали, что стресс в их жизни был часто и всего 11 женщин (9,6%) ответили, что стрессовых ситуаций в их жизни до беременности не было. В ходе опроса выяснилось, что у 46 респондентов (40%) стрессовые ситуации были связаны с домом, у 30 (26,1%) с работой, у 28 (24,3%) с межличностными отношениями и у остальных 11 (9,6%) со здоровьем. Однако, на самый главный, по нашему мнению, вопрос «стараетесь ли вы как-то оградить себя от стресса с началом беременности?» положительный ответ дали 95 женщин (82,6%), а остальные 20 (17,4%) ответили, что нет. Несомненно, выявленные данные свидетельствуют о том, что большинство опрошенных осознают пагубное воздействие стрессовых ситуаций на еще не рожденного ребенка и ход беременности, однако наличие отрицательных ответов настораживают исследователей и напоминают о влиянии даже на беременных женщин существующей проблемы современности. Стало известно, что с наступлением беременности 70 респондентов (60,9%) стали чаще нервничать, переживать или бояться. У 45 (39,1%) таких изменений не наблюдалось. Практически половина 59 (51,3%) стали чаще плакать в ответ на провоцирующие факторы, а 56 (48,7%) стараются "держать себя в руках". На вопрос «можете ли вы контролировать свои эмоции, чтобы уменьшить стресс?» 70 (60,9%) ответили, что только иногда, 25 (21,7%) ответили, что у них не получается это делать и только 20 (17,4%) ответили, да. Это показывает, что больше половины опрошенных стали более эмоциональны, а, следовательно, более чувствительны к различным стрессовым ситуациям. В ходе исследования выяснилось, что 95 будущих рожениц (82,6%) принимают успокоительное, остальные 20 (17,4%) к этому не прибегают. 77 беременных (67%) рассказывают своим близким людям о том, что их беспокоит и о чем они переживают и 38 (33%) этого не делают. Кроме того, нас интересовал ответ на вопрос «помогают ли вам ваши родные справиться со стрессом?» 56 (48,7%) указали на ответ "да", 45 (39,1%) ответили, что только иногда и 14 (12,2%) указали на ответ "нет". По результатам опроса, стало известно, что у 45 будущих мам (39,1%) во время стресса еще не рожденный ребенок проявляет беспокойство, у 57 (49,6%) этого не наблюдалось и 13 (11,3%) не смогли ответить, так как находятся на маленьком сроке беременности. Только 7 опрошенных (6,1%) дали положительный ответ на вопрос «делаете УЗИ/посещаете ли вы врача после сильных стрессов?», отрицательный ответ дали 61 женщина (53%), ответ «иногда» указали 10 (8,7%) и не испытывали сильных стрессов 37 опрошенных (32,2%). Из этого также следует, что 61,7% беременных не осведомлены, какие пагубные изменения могут происходить под действием сильных эмоциональных всплесков. Результаты исследования свидетельствуют о том, что 90,4% женщин независимо от возраста, образования и социального положения подвергались стрессу до беременности и большинство из них (82,6%) стараются оградить себя от стрессовых ситуаций с наступлением беременности. Это не может не радовать, так как больше половины респондентов по результатам опроса стали более эмоциональны, но, тем не менее, они понимают, что эмоциональная нестабильность может навредить ребенку. Но, несмотря на то, что гинекологи советуют пить успокоительное, если у беременной часто меняется эмоциональный фон [1], к этому прибегают только 82,6% будущих рожениц. А 67% опрошенных делятся своими переживаниями с близкими людьми, что способствует немедикаментозному снятию эмоционального напряжения и помогает решить конфликтные

ситуации, таким образом избегая стресса. Кроме того, 87,8% будущих рожениц, по результатам опроса, находят поддержку со стороны родных, что несомненно положительно сказывается на психическом здоровье в период беременности. Почти у половины беременных, в ответ на стресс, плод проявляет беспокойство, что может быть вызвано внутриутробной гипоксией. Одной из причин внутриутробной гипоксии является повышенный тонус матки. Из-за стресса нарушается гормональный фон, уменьшается выработка прогестерона, который не дает мышцам матки сокращаться, в следствие чего возникает гипертонус матки [2,4]. Несмотря на вероятные отрицательные последствия, только 6,1% обращаются к врачу/делают УЗИ после сильных стрессовых ситуаций. Врачи рекомендуют незамедлительно обращаться к ним за помощью, даже если время для планового осмотра еще не подошло, так как только профессиональное обследование поможет предотвратить многие развивающиеся проблемы, в частности, связанные с нарушением внутриутробного кровообращения. Осложнения могут проявить себя не сразу, а гораздо позднее: начаться у ребёнка в школьном или переходном возрасте, когда происходят серьёзные изменения в физическом, а особенно психическом развитии [6], но в большинстве случаев их удается предупредить и выявить на раннем этапе.

Выводы: Таким образом, данное социологическое исследование подтвердило наличие и актуальность такой проблемы, как подверженность стрессу беременных женщин и выявило, что хоть и не все, но большинство будущих мам представляет себе последствия влияния их психологического состояния на не рожденного ребенка и на ход беременности, а также, несмотря на повышенную эмоциональность данного жизненного периода, стараются оградить себя от возможных стрессовых ситуаций.

Список литературы:

1. Абрамченко В.В. Антиоксиданты и антигипоксанты в акушерстве / В.В. Абрамченко. – СПб.: ДЕАН, 2001. – 400 с.
2. Гипертонус матки [Электрон. ресурс] // Медпортал. – Режим доступа: <http://medportal.ru/enc/procreation/miscarriage/7/> [15.11.2016].
3. Как влияют негативные мысли и стресс на развитие плода при беременности? // MedicalPlanet [Электрон. ресурс]. – Режим доступа: http://medicalplanet.su/akusherstvo/vlianie_mislei_na_beremennost.html [15.11.2016].
4. Психология стресса [Электрон. ресурс]. – Режим доступа: http://www.e-reading.club/bookreader.php/1043537/Mandel_-_Psihologiya_stressa.html [15.11.2016].
5. Циркин В.И., Ходырев Г.Н., Хлыбова С.В., Дмитриева С.Л. Беременность как стрессотолерантное состояние [Электрон. ресурс] / В.И. Циркин, Г.Н. Ходырев, С.В. Хлыбова, С.Л. Дмитриева. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/beremennost-kak-stressotolerantnoe-sostoyanie> [15.11.2016].
6. Чехонин В.П. ВЛИЯНИЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ДАЛЬНЕЙШЕЕ РАЗВИТИЕ ПОТОМСТВА НА ПРИМЕРЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ [Электрон. ресурс] / В.П. Чехонин. – Режим доступа: <http://elibrary.ru/item.asp?id=22824550> [15.11.2016].

РОЛЬ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ФОРМИРОВАНИИ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Жарова Ю. С., Кушнарера О.Э., Федорова К.Ю., Черная М., Бурлачко Я.О.

*ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г.
Ростова-на-Дону, Россия
Кафедра здорового образа жизни и диетологии ФПК и ППС*

Актуальность. Современный мир характеризуется, прежде всего, высокой скоростью развития. Чтобы не отстать от него, человек должен совершенствоваться наравне с ним, непрерывно развиваться и меняться. Именно поэтому стресс является нашим постоянным и безжалостным спутником; стрессовые факторы наслаиваются друг на друга, их хроническое действие индуцирует различные патологические состояния, в том числе нарушения репродуктивной функции, важнейшей для сохранения человеческого рода [1].

Согласно статистическим подсчетам, стрессовые расстройства чаще возникают у женщин, чем у мужчин, что связано со стимулирующим влиянием эстрогенов на гипоталамо-гипофизарную нервную систему, активирующую синтез кортизола и норадреналина, медиатора симпатической нервной системы [2]. Особенности реакции женского организма на стресс обуславливают повышенный риск возникновения патологических состояний. Нейроэндокринная система первой откликается на стрессовые стимулы, она же регулирует репродуктивную систему, поэтому при сильных и продолжительных воздействиях половая функция снижается или вовсе приостанавливается. Нейроны гипоталамуса, вырабатывающие кортиколиберин, прямо или опосредованно подавляют центр половой системы. Кортиколиберин стимулирует адренокортикотропный гормон, активирующий синтез глюкокортикоидов, а те устраняют влияние эстрадиола на увеличение матки. При хронической стрессовой реакции увеличивается концентрация глюкокортикоидов, что приводит к снижению синтеза в фолликулах половых гормонов, недостаточности лютеиновой фазы менструального цикла. Эти стрессовые изменения функции гипоталамо-гипофизарной системы длительно сохраняются и после прекращения действия стресс-фактора. «Длинные волны» стресса в конечном итоге приводят к ановуляции, усугублению синдрома предменструального напряжения, тяжелому течению климактерического периода, остеопорозу на фоне высокой концентрации глюкокортикоидов, невынашиванию беременности и бесплодию [3]. Помимо перечисленного, длительный стресс у матери приводят к нарушению онтогенеза плода, рождению детей с низкой массой тела, патологиями органов и систем.

Исходя из вышеизложенного, становится очевидной необходимость в формировании стрессоустойчивости у женщин репродуктивного возраста.

Цель: оценка уровня стресса и разработка рекомендаций его снижения для сохранения здоровья плода при дальнейшей беременности. информирование о последствиях длительного стресса молодых девушек.

Материалы и методы. Был проведен опрос группы девушек-студенток 2 курса РостГМУ 18±1,3 лет. В анкету были включены вопросы об образе жизни, сбалансированности питания, овариально-менструальном цикле.

Результаты. Выяснилось, что половина опрошенных спит около 5-6 часов в день, то есть меньше нормы. В связи с этим отмечена сонливость, быстрая усталость, анкетированным тяжело подняться с постели. О сбалансированном умеренном питании 3-4 раза в день сообщили 62,5% опрошенных; 12,5% питается бессистемно и не по часам; 12,5% ест очень мало; 12,5% - очень много. 37% опрошенных отметили усугубление вредных привычек при стрессе (больше едят, курят, пьют). Большая часть опрошенных не занимается спортом или иными видами физических нагрузок, четверть респондентов иногда посещает бассейн, оставшаяся часть совершает длительные пешие прогулки. Половина анкетированных сообщила о нарушениях менструального цикла, болях при длительном стрессе. У небольшого процента опрошенных боли возникают всегда. Отсутствие боли или нарушений цикла отмечали занимающиеся спортом и правильно питающиеся девушки. Витамины не принимает никто из опрошенных. Наконец, респонденты описали свою борьбу со стрессом: 25% старается сконцентрироваться на учебе и текущих делах, 65% отвлекаются на более приятные дела (проводят время с семьей, гуляют), 15% (отмечено сильное воздействие стресса) не могут с ним справиться.

Выводы. Таким образом, можно заметить, что большая часть девушек не придерживается здорового образа жизни, в связи с чем при «больших волнах» стрессовых воздействий их общее состояние ухудшается, возникают нарушения овариально-менструального цикла. Общий уровень стресса – средний при приближении сессии. Проанализировав результаты опроса, мы предлагаем следующие рекомендации по его снижению: физические нагрузки (опрошенные, занятые в плавание, менее других подвержены негативным воздействиям стресс-факторов), аутогенные тренировки, прием пищи в определенные часы, увеличение длительности сна. Данные рекомендации послужат профилактикой хронического стресса, помогут стабилизировать периодичность менструального цикла, улучшить общее самочувствие.

Список литературы

1. Кириллов И.О. Стресс-серфинг: стресс на пользу и в удовольствие / И.О. Кириллов.– М.: ООО Альпина Паблишер. – 2016. – 210 с.
2. Татарчук Т.Ф. Стресс и репродуктивная функция женщины / Т.Ф. Татарчук // Международный эндокринологический журнал. – 2006. – №3(5). – С. 2-9.
3. Филиппова Г.Г. От перинатальной психотерапии – к репродуктивной психологии: современные тенденции развития модальности / Г.Г. Филиппова, Е.Ю. Печникова // Психотерапия. – 2014. – №9 (141). – С. 36-41.

РАННЯЯ СКРИНИНГОВАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА КАК ЗАЛОГ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

*Кушнарева О.Э., Федорова К.Ю., Черная М.Г., Бурлачко Я.О.,
Дударева В.А., Дударева Л.А.*

*ФГБОУ ВО РостГМУ «Ростовский государственный медицинский университет»
Минздрава РФ, г. Ростов-на-Дону, Россия
Кафедра здорового образа жизни и диетологии ФПК и ППС, кафедра пропедевтики
внутренних болезней*

Врожденная дисфункция коры надпочечников (ВДКН) – группа заболеваний с аутосомно-рецессивным типом наследования, в основе которых лежит дефект одного из ферментов или транспортных белков, принимающих участие в синтезе кортизола в коре надпочечников. [2]. Более чем в 90% случаев имеется связь с дефицитом 21-гидроксилазы [1]. Дефицит кортизола по принципу отрицательной обратной связи стимулирует секрецию АКТГ, что служит причиной гиперплазии коры надпочечников. Избыток АКТГ приводит к усилению стероидогенеза. Возрастает уровень не только тех стероидов, которые образуются на этапах, предшествующих заблокированному, но и тех, путь синтеза которых минует заблокированный этап. При многих формах ВДКН усиливается секреция надпочечниковых андрогенов, что приводит к вирилизации больных женского пола. Поэтому ранее ВДКН называли врожденным адреногенитальным синдромом [1]. Клинические симптомы данной патологии разнообразны, потому они могут рассматриваться в структуре таких эндокринологических синдромов, как адреногенитальный синдром, синдром поликистозных яичников, псевдогиперальдостеронизм.

По данным скрининга, каждый сотый в России страдает от данной эндокринопатии, причем среди жителей Ростовской области отмечается более высокая вероятность развития, что связано с этническими особенностями. Симптомы ВДКН чаще приводят пациенток к врачам-терапевтам с клиникой артериальной гипотонии с последующим диагнозом вегетососудистой дистонии или гинекологам, которые недостаточно информированы в данной патологии, чтобы направить женщин к эндокринологу. Однако будущая акушерская патология может быть обусловлена причиной пропущенной ВДКН, что будет влиять на состояние здоровья женщины в целом. К сожалению, основной метод диагностики в виде определения мультистероидного спектра методом тандемной масс-спектрометрии является очень трудоемким и затратным, что лишает нас возможности проводить его с целью массового скрининга в регионах с высокой вероятностью данной эндокринопатии. Это побудило к попытке создания среди женщин репродуктивного возраста клинического скрининга с возможностью формирования критериев для дальнейшего лабораторного обследования в группе с высокой вероятностью ВДКН.

Цель: формирование групп риска среди женщин репродуктивного возраста по наличию неклассической формы ВДКН с целью выявления фактора риска возможной терапевтической и акушерско-гинекологической патологии.

Материалы и методы: Исследование проводилось с помощью специально разработанного опросника, который включил изучение клинических маркеров

гиперандрогении надпочечникового и яичникового генеза проведен. К ним относятся андрогенная дерматопатия, артериальная гипотензия, диспептические симптомы перенапряжения (рвота, тошнота). Произведен опрос 77 респонденток в возрасте от 17 до 23 лет. В качестве дополнительного метода диагностики акне как проявления нарушений микронутриентной недостаточности была проведена оценка фактического питания с использованием «Программы анализа состояния питания человека» версия 1.2.4., зарегистрированная Российским агентством по патентам и товарным знакам 09.02.04 №2004610397 ГУНИИ Питания РАМН в двух группах (с условно здоровой кожей и с проявлениями акне). Обработка полученных данных проведена в программе STATISTICA 6.0.

Результаты: Признаки андрогенной дерматопатии (акне, сальность кожи) выявлены 19,4% случаев. Сочетание дерматологических проявлений с гирсутизмом в андроген-зависимых зонах при этом отмечено у 13,3% респонденток. Среди данной группы в 26,6% молодых женщин предъявляют жалобы на стойкую артериальную гипотензию, в связи с чем, наблюдались с диагнозом вегето-сосудистая дистония. При стрессе и нервно-психическом перенапряжении диспептические симптомы (рвота, тошнота) отметили 60% респонденток. Отягченный акушерско-гинекологический анамнез (выкидыш в раннем сроке) имеет 33,3%.

Результаты оценки питания соотносились в соответствии с Методическим указанием «Рациональное питание. Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации» (2008г) для лиц 18-29 лет с коэффициентом физической активности 1. Все респондентки были разделены на 2 группы. В первую группу вошло 15 девушек с проявлениями акне (19,4% от общего числа опрошенных), вторая группа из 62 девушек стала контрольной (без проявления акне).

В первой группе средняя суточная энергетическая ценность составила 2658 ± 89 ккал, а во второй группе – 1943 ± 34 ккал (норма 2000-2450 ккал). Общий белок в первой группе – 138 ± 14 г/сутки, во второй группе – $62,3 \pm 14,3$ г/сутки (норма 61-72 г/сутки). Общий жир в первой группе – $182,5 \pm 13,2$ г/сутки, во второй – $89,3 \pm 6,8$ г/сутки (норма 67-81 г/сутки). Уровень насыщенных жирных кислот в первой группе – $84,3 \pm 4,2$ г/сутки, во второй группе – $36,1 \pm 4$, г/сутки. Уровень полиненасыщенных жирных кислот в первой группе – $23 \pm 0,8$ г/сутки, во второй группе – $12,6 \pm 1,5$ г/сутки. Холестерин в первой группе – $423 \pm 6,2$ г/сутки, во второй группе – $210,6 \pm 4,7$ г/сутки. Моно- и дисахара в первой группе – $164,8 \pm 10,1$ г/сутки, во второй группе – $97,5 \pm 12,1$ г/сутки. Уровень общих углеводов в первой группе – $357 \pm 16,3$ г/сутки, во второй группе – $161,2 \pm 18$ г/сутки (норма 289-358 г/сутки). С целью выявления дефицита витаминов и микроэлементов, была проведена оценка структуры питания. У второй группы были выявлены небольшие отклонения, которые легко корректируются с помощью профилактической витаминотерапии. Питание первой группы имеет следующие особенности: наблюдается недостаточность витамина А – $573,2 \pm 12,3$ мг (при норме 900 мг), никотиновой кислоты $10,77 \pm 3,4$ мг/сутки (норма 20 мг/сутки), витамина Е – $7 \pm 1,2$ мг ток. экв./сутки (норма 15 мг ток. экв./сутки), цинка – $6,1 \pm 1,3$ мг/сутки (норма 12 мг/сутки), фолиевой кислоты – $289 \pm 23,8$ мкг/сутки (норма 400 мкг/сутки).

Выводы: На основе анализа полученных данных очевидно, что среди лиц с синдромом артериальной гипотензии (которая входит в состав клинических проявлений ВДКН) наибольший риск акушерской патологии превалирует при сочетании его с андрогенной дерматопатией и диспептическими проявлениями в ответ на стрессовые факторы. Данные клинические проявления в большей степени характеризуют сольтертящую

форму ВДКН, которая предполагает сочетание дефицита 11 α -гидроксилазы, 3 β -гидроксистероиддегидрогеназы, 21-гидроксилазы, с развитием прежде всего дефицита альдостерона, что предполагает электролитные расстройства в виде гиперкалиемии и гипонатриемии. Это указывает на необходимость уделения особого внимания обозначенным симптомам при обращении молодых девушек с синдромом артериальной гипотензии с последующим формированием групп для скрининга эндокринопатии надпочечникового генеза.

Проведенное нами скрининговое исследование подтверждает необходимость обращения внимания в практике врача-терапевта на сочетание симптома артериальной гипотензии с андрогенной дерматопатией и диспепсией в ответ на стрессовую ситуацию с целью раннего выявления ВДКН и направления к эндокринологу для уточнения диагноза и решения вопроса о гормонально-заместительной терапии, что может стать одним из важных факторов снижения риска акушерской патологии среди женщин молодого возраста.

При анализе оценки фактического питания отмечены следующие недостатки в питании группы с проявлениями акне: повышенная калорийность, избыточное потребление жиров и углеводов, недостаток витамина Е, А и никотиновой кислоты (которые обуславливают противовоспалительную и регенераторную способности кожи), а также цинка и фолиевой кислоты (дефицит которых ведет к повышенному салоотделению). Предполагается коррекция диеты данной группы женщин репродуктивного возраста путем введения продуктов с высоким содержанием выше перечисленных нутриентов: печени, орехов, рыбы, растительных масел, отрубей, капусты, томатов, творога, сыра. Нормализация питания и дополнительное введение адаптированных поливитаминных комплексов будет способствовать более легкому течению угревых изменений кожи при ВДКН.

Список литературы

1. Диагностика и лечение эндокринных заболеваний у детей и подростков: учебн. пособие / под ред. Н. П. Шабалова. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 528 с.
2. Эндокринология: национальное руководство, краткое издание / под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 752 с.

СПОСОБЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ДЕФИЦИТА КАЛЬЦИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

*Кушнарeva О.Э., Черная М.Г., Федорова К.Ю., Дударева В.А.,
Дударева Л.А.*

*ФГБОУ ВО РостГМУ «Ростовский государственный медицинский университет»
Минздрава РФ, г. Ростов-на-Дону, Россия
Кафедра здорового образа жизни и диетологии ФПК и ППС, Кафедра пропедевтики
внутренних болезней*

В настоящий момент мы сталкиваемся с эпидемией полигиповитаминозов и дисэлементозов [6]. Так в результате регулярных массовых обследований у большинства

жителей России выявлены дефицит большинства витаминов (С, В1, В2, В6, фолиевая кислота, бета-каротин) и ряда минералов (кальций, магний, натрий, калий), в т.ч. кальция [5]. Данные клинико-эпидемиологических исследований указывают на низкое потребление кальция с пищей, не превышающее рекомендуемую суточную потребность [1].

Кальций является важным элементом в питании женщины репродуктивного возраста, поскольку при его дефиците возникает риск развития остеопении (доклинической стадии развития остеопороза) и остеопороза. Сама же беременность, которая является неотъемлемой частью репродуктивного периода, отождествляется с кальциевым стрессом, и при дефиците данного макроэлемента может осложняться развитием преэклампсии [2,3,7, 8].

С учетом выше сказанного, необходимо раннее выявление симптомов дефицита кальция и коррекция рациона питания женщин репродуктивного возраста.

Цель: выявить симптомы и пищевые факторы риска дефицита кальция у женщин репродуктивного возраста для разработки мероприятий по надлежущей коррекции рациона питания.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 25 девушек с низким уровнем физической активности, средний возраст которых составил $18 \pm 1,2$ лет.

Симптомы дефицита кальция определяли по специально разработанной анкете закрытого типа, разработанной кафедрой здорового образа жизни и диетологии на основе анкеты ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» «Неспецифические клинические проявления недостаточности микронутриентов» [4].

Оценка фактического питания проводилась с помощью «Программы анализа состояния питания человека» версия 1.2.4., зарегистрированная Российским агентством по патентам и товарным знакам 09.02.04 №2004610397 ГУНИИ Питания РАМН. Обработка полученных данных проведена в программе STATISTICA 6.0.

Результаты: согласно проведенному скринингу на выявление симптомов недостаточности кальция было выявлено, что у 86 респонденток наблюдается раздражительность и повышенная возбудимость, у 49% - бессонница, у 48% - диффузное выпадение волос, у 40% - ломкость ногтей, у 32% - частые ОРВИ, у 12% - онемение конечностей и частые судороги.

Анализ фактического питания показал: средняя суточная энергетическая ценность составила 1943 ± 34 ккал (норма 2000-2450 ккал), общий белок – $55,2 \pm 14,3$ г/сутки (норма 61-72 г/сутки), общий жир - $89,3 \pm 6,8$ г/сутки (норма 67-81 г/сутки), уровень общих углеводов - $357 \pm 16,3$ г/сутки (норма 289-358 г/сутки), недостаточность витамина А – $573,2 \pm 12,3$ мг (при норме 900 мг), никотиновой кислоты $10,77 \pm 3,4$ мг/сутки (норма 20 мг/сутки), витамина Е – $7 \pm 1,2$ мг ток. экв./сутки (норма 15 мг ток. экв./сутки), цинка – $6,1 \pm 1,3$ мг/сутки (норма 12 мг/сутки), фолиевой кислоты – $289 \pm 23,8$ мкг/сутки (норма 400 мкг/сутки), железа – $12,2 \pm 2,2$ мг/сутки (норма 18 мг/сутки), кальция – $627 \pm 23,1$ мг/сутки (норма 1000 мг/сутки) и магния $298 \pm 18,9$ мг/сутки (норма 400 мг/сутки).

Выводы: У большинства респонденток выявлены симптомы недостаточности кальция. Также при анализе фактического питания установлены пищевые факторы риска дефицита кальция: дефицит в рационе белка, большинства витаминов и ряда минералов, в т.ч. и кальция. Также обнаружены: избыток общего жира, холестерина и простых углеводов. Данные отклонения при отсутствии должной коррекции могут манифестировать развитием остеопении.

Таким образом, необходимо скорейшее вмешательство в формирование адекватного рациона женщин репродуктивного возраста. А именно: увеличение квоты белка за счет продуктов животного происхождения (мяса, рыбы, птицы) и кисломолочных изделий низкой жирности. При этом следует исключить колбасные изделия и копчености, являющиеся донорами насыщенных жиров и холестерина. Также необходимо введение продуктов-источников витаминов: овощей (400-500 г), зелени (30-40 г), фруктов (300-400 г).

Однако не стоит забывать, что коррекция пищевых привычек у данной категории обследованных имеет известные трудности. Это связано как с низкой приверженностью к здоровому образу жизни в целом, так и отсутствием понимания в необходимости изменения рациона питания без явных симптомов болезни. Именно поэтому, данная группа респондентов получила рекомендации по коррекции рациона питания, а также инструкции по ведению дневников питания. Планируется последующее наблюдение за девушками с внесением необходимых коррективов.

Список литературы

1. Громова О.А. Дифференцированный подход к выбору растворимых кальциевых препаратов второго поколения / О.А. Громова // Лечащий врач. – 2011. – № 14. – С. 60.
2. Диетотерапия при остеопорозе: учеб.-метод. пособие для врачей / И.Г. Дядикова, В.А. Дударева, Е.А. Рябкина, И.Н. Бычков; ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России, ФПК и ППС, каф. Здорового образа жизни и диетологии. – Ростов-н/Д: Изд-во РостГМУ. – С. 64.
3. Клинические рекомендации по профилактике и ведению больных с остеопорозом, изд. 2-ое, доп. / под редакцией проф. О.М. Лесняк / Л.И. Алексеева [и др.]. – Российская ассоциация по остеопорозу. – Ярославль : ИПК «Литера». – 2014. – 24 с.
4. Коденцова В.М. Витамины: функции, витаминный дефицит, пути его ликвидации / В.М. Коденцова, О.А. Вржесинская // Врач. – 2007. – № 9. – С.14-20.
5. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 14 июня 2013 г. N 31 г. Москва «О мерах по профилактике заболеваний, обусловленных дефицитом микронутриентов, развитию производства пищевых продуктов функционального и специализированного назначения» [Электрон. ресурс]. – Режим доступа: <http://24.rospotrebnadzor.ru/links/NormMetodObesp/99947/> [20.11.2016].
6. Турчанинов Д.В. Экспериментальное исследование эффективности витаминно-минерального комплекса «nutrilite double x» для улучшения обеспеченности организма минеральными веществами [Электрон. ресурс] / Д.В. Турчанинов, Е.А. Вильмс, О.Н. Глаголева // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 1. – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=8448> [25.11.2016].
7. Фролова О.А. Анализ потребления кальция с пищей женщинами в периоде беременности / О.А. Фролова // Казанский медицинский журнал. – 2009. – № 4. – С.535-537.
8. Hofmeyr G.J. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems / G.J. Hofmeyr, T.A. Lawrie, Á.N. Atallah, L. Duley, M.R. Torloni // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2014. – Режим доступа: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001059.pub3/full> [23.11.2016].

БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ ДИАГНОСТИКИ И МОНИТОРИНГА ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ У ДЕВУШЕК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Федорова К.Ю., Бедило Д.А., Кушнарёва О.Э., Пономарева О.Ю.

*ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Ростов-на-Дону, Россия
Кафедра здорового образа жизни ФПК и ППС
Медицинский центр «Юнона», г. Ростов-на-Дону, Россия*

Ожирение – это мультифакторный патологический процесс, развивающееся в результате неправильного питания в сочетании с низкой физической активностью у лиц, имеющих наследственную предрасположенность [3].

По сведениям ВОЗ, опубликованным в 2013 году, около 1,7 млрд человек на планете (а это каждый четвертый житель) страдает ожирением, либо имеет избыточную массу тела. По прогнозам экспертов ВОЗ к 2025 г. в мире будет насчитываться более 300 млн. человек с диагнозом «ожирение» [3].

Ожирение само по себе очень часто приводит к нарушению менструальной и детородной функции женщины. Кроме того, значительно снижается эффективность различных видов терапии, направленной на восстановление фертильности [3].

Частота бесплодия у женщин с ожирением составляет 33,6% по сравнению с 18,6% женщин с нормальной массой тела [3]. Именно поэтому контроль веса у женщин, страдающих бесплодием, играет очень важную роль в процессе терапии бесплодия у женщин всех возрастных категорий [4].

И здесь специалистам помогает такой простой, доступный, и в тоже время эффективный метод, как биоимпедансный анализ [1].

Измерение биоимпеданса проводится с помощью различных приборов. Самым распространенным из них является прибор АВС-01 «Медасс» Анализатор оценки баланса водных секторов организма с программным обеспечением. Данный прибор используется различными клиниками для исследования состава тела, исследования гидратации тела, биоимпедансного векторного анализа, биоимпедансной оценке соматотипа, а также аппарат дает возможность сопоставить результаты с нормами для различных видов спорта.

Анализ биоимпедансометрии проводится с помощью программы «Биоимпедансный анализ состава тела». Именно он является более достоверным, по сравнению с другими методами контроля массы тела, малоинвазивным и безопасным для пациента [1]. Биоимпедансный анализ способен выявить избыток жировой ткани в организме женщин, не смотря на внешнее отсутствие отложения жира [4]. Кроме того, данный метод способен дать точную информацию о количестве висцерального жира, активной клеточной массы, узнать уровень основного обмена и кол-во вне- и внутриклеточной жидкости, находящейся в организме женщины в связанном состоянии (отеки) [2].

Целью данного исследования стал анализ результатов биоимпедансометрии девушек, обратившихся по поводу бесплодия в Медицинский центр «Юнона».

Материалы и методы. Нами был произведен ретроспективный анализ 305 историй болезни с результатами биоимпедансометрии девушек репродуктивного возраста (20-37 лет). Анализ данных производился с помощью программы Statistica 6.0 .

Результаты. Средний возраст всех обследованных респонденток составил $29,9 \pm 3,8$ лет. 24,5% девушек репродуктивного возраста, обратившихся по поводу бесплодия в клинику, имели нормальный ИМТ. Из них у 77% наблюдалось повышенное количество жировой массы, в среднем $22,6 \pm 3,4$, что свидетельствует о наличии висцерального ожирения в данной группе пациенток.

Вывод. Полученные данные доказывают, что висцеральное ожирение довольно часто встречается у пациентов с нормальным индексом массы тела. Именно висцеральное ожирение явилось у девушек одной из главных причин бесплодия, а, при нормальном ИМТ, его можно диагностировать только с помощью биоимпедансометрии. Планируется дальнейшее детальное изучение историй болезней

Список литературы:

1. Биоимпедансный анализ состава тела человека: учеб. пособие / Д.В. Николаев, А.В. Смирнов, И.Г. Бобринская [и др.]. – Москва: Изд-во Наука ,2009. – 392с.
2. Биоимпедансометрия, или ещё раз немного о том, как худеть правильно [Электрон. Журнал]. – Режим доступа: <http://www.emcmos.ru/articles/bioimpedansometriya-ili-eshche-raz-nemnogo-o-tom-kak-hudet-pravilno> [25.11.16].
3. Играшев Д.С. Ожирение и бесплодие [Электрон. Ресурс] / Играшев Д.С. – Режим доступа: http://www.doctord.uz/sites/default/files/ozhirenie_i_besplodie.pdf [25.11.16].
4. Национальная ассоциация клинического питания [Электрон. Журнал] – Режим доступа: <http://window.edu.ru/resource/030/73030/files/book2009.pdf> [25.11.16].

АСПЕКТЫ ВЕРТИКАЛЬНОГО ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Федорова К.Ю., Кушнарёва О.Э., Черная М.Г., Складная Е.А., Бекетова Е.В., Бойков Н.А., Дядикова И.Г.

*ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия
Кафедра здорового образа жизни ФПК и ППС
Государственное бюджетное учреждение Ростовской области
«Центр профилактики и борьбы со СПИД», г. Ростов-на-Дону, Россия*

ВИЧ-инфекция – это медленно прогрессирующее заболевание, характеризующееся поражением иммунной системы, которое без лечения переходит в синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД). Угрожающими жизни человека клиническими проявлениями СПИДа являются оппортунистические (вторичные) инфекции и злокачественные новообразования. ВИЧ остается одной из основных проблем глобального общественного здравоохранения: на сегодняшний день он унес более 34 миллионов человеческих жизней. По данным ВОЗ, в 2014 году 1,2 миллиона людей в мире умерли от причин, связанных с

ВИЧ. Заболеваемость в 2015 году ВИЧ-инфекцией в РФ составила 65,2 на 100 тыс. населения. В Российской Федерации в 2015 г. среди ВИЧ-инфицированных по-прежнему преобладали лица мужского пола (63,0%). Средний возраст представителей сильного пола колебался в пределах 30-39 лет, большая часть из них заразились при употреблении наркотиков. К концу 2015 г. в России было зарегистрировано более 372 тысяч инфицированных ВИЧ женщин. Преимущественный путь инфицирования у них – незащищенные половые контакты с мужчинами.

Передача вируса от ВИЧ-позитивной матери ее ребенку может произойти во время беременности, схваток, родов или грудного вскармливания и называется вертикальной передачей инфекции. При отсутствии каких-либо мер профилактики показатели передачи ВИЧ от матери ребенку варьируются в пределах 15-45%. На данный момент времени эту передачу можно почти полностью предотвратить при условии, что и мать и ребенок получают АРВ на всех стадиях, когда может произойти инфицирование.

Вопрос профилактики вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции затронул самые высокие уровни. Так в 2012 году был издан Указ Президента РФ от 1 июня 2012г. №761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы». В связи с этим стали активно разрабатываться различные программы профилактики ВИЧ-инфекции среди беременных женщин.

ВОЗ рекомендует ряд вариантов предотвращения передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, которые включают предоставление АРВ матерям и детям во время беременности, родов и в послеродовой период или предложение пожизненного лечения для ВИЧ-позитивных беременных женщин независимо от их числа CD4. Так в 2014 году 73% беременных ВИЧ-положительных женщин бесплатно получали эффективные антиретровирусные препараты для предотвращения передачи инфекции их детям.

За весь период наблюдения до конца 2015 года в России от ВИЧ-инфицированных матерей родилось 146 518 детей, из них у 5,9% детей была подтверждена ВИЧ-инфекция. Риск вертикальной передачи (от матери к ребенку) к 2015 году снизился до 2,8%. [1].

Помимо медицинских аспектов профилактики ВИЧ-инфекции обязательно нужно повышать уровень знаний населения о вирусе, путях его передачи и способах профилактики.

Предотвращение передачи вируса от матери к ребенку может стать гарантом здорового и трудоспособного поколения в будущем.

Список литературы

1. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ: материалы междунар. науч.-практич. конф.; г. Санкт-Петербург, 30-31 мая 2016г. – СПб.: Изд-во Человек и его здоровье, 2016. – 336 с.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ КАК ЗАЛОГ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ПОКОЛЕНИЯ В БУДУЩЕМ

Федорова К.Ю., Кушнарера О.Э., Скляная Е.А., Бекетова Е.В., Бойков Н.А., Дядикова И.Г.

*ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия
Кафедра здорового образа жизни ФПК и ППС
Государственное бюджетное учреждение Ростовской области
«Центр профилактики и борьбы со СПИД», г. Ростов-на-Дону, Россия*

ВИЧ-инфекция является важной медицинской, социальной, а также экономической проблемой. Лекарства, способного излечить ВИЧ на сегодняшний момент еще не существует, однако есть препараты для профилактики ВИЧ-инфекции у ВИЧ-положительных беременных, которые практически нивелируют риск развития передачи инфекции ребенку. На содержание и лечение ВИЧ-положительного ребенка-инвалида из государственного бюджета ежегодно тратиться 540 тыс. руб., что заставляет государственные структуры принимать меры по организации повсеместной профилактики вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции (далее –ПВПП ВИЧ).

В России ПВПП ВИЧ началась с приказа Минздрава РФ от 19 декабря 2003 г. N 606 "Об утверждении Инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ"

В 2012 году вышел дополненный Указа Президента РФ от 1 июня 2012г. №761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы», который инициировал разработку различных профилактических мероприятий в медицинских учреждениях.

В Ростовской области был разработан и утвержден приказ МЗ РО от 16.04.2015 №507 «О совершенствовании мероприятий по профилактике вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку в Ростовской области». Одним из них стало разработка и внедрение дорожной карты «Противодействие распространению ВИЧ-инфекции и оптимизация качества оказания медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией в Ростовской области в 2015 году», куда вошли показатели, характеризующие качество проведения профилактики вертикального пути передачи ВИЧ в ЛПУ области.

Во все акушерские женские консультации стационары и области направлены новые (2015г.) клинические протоколы «Применение антиретровирусных препаратов в комплексе мер, направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку». Также производится постоянный мониторинг за проведением профилактики вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку (далее – ПВПП ВИЧ) и обследованием детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами. Все родильные дома обеспечиваются экспресс тест-системами на ВИЧ и антиретровирусными препаратами для проведения ПВПП ВИЧ. При проверках ЛПУ и акушерских стационаров (20-25 проверок ежегодно) уделяется особое внимание знанию медицинских работников техники проведения экспресс-тестов на ВИЧ.

Для предотвращения передачи вируса посредством грудного вскармливания все дети до 12 месяцев, родившиеся от ВИЧ-инфицированных женщин, обеспечиваются молочными смесями из средств областного бюджета.

По данным Государственного бюджетного учреждения Ростовской области «Центр профилактики и борьбы со СПИД», в Ростовской области зарегистрировано 11212 ВИЧ-инфицированного жителя, из них в 2016 – 1488.

За весь период эпидемии у ВИЧ-инфицированных женщин зарегистрировано 1883 беременности, из них в 2016 году 173. При этом родами завершились 1436 случая (в 2016г. 145).

Количество ВИЧ-инфицированных детей, рожденных от ВИЧ+ матерей за весь период эпидемии – 94, из них рожденных в этом году - 6. Количество детей с неопределенным результатом – 289, из них рожденных в этом году – 145. Все остальные дети сняты с учета как здоровые.

К 2016 году охват ПВПП ВИЧ в Ростовской области составил: во время беременности- 90,5 %, во время родов - 97,1 %, новорожденным -99,3 %

Таким образом, ресурсы системы здравоохранения в сфере профилактики вертикального пути передачи ВИЧ исчерпаны практически на 100%.

Дальнейшие усилия по ликвидации вертикальной трансмиссии ВИЧ должны быть ориентированы на разработку, финансирование и внедрение медико-социальных программ для сопровождения социально-дезадаптированных и находящихся в трудной жизненной ситуации беременных женщин.

МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ КАК ЗАЛОГ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ПОКОЛЕНИЯ В БУДУЩЕМ

Федорова К.Ю., Кушнарёва О.Э., Горбачевский В.А., Складная Е.А., Бекетова Е.В., Бойков Н.А., Дядикова И.Г.

*ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Ростов-на-Дону, Россия*

Кафедра здорового образа жизни ФПК и ППС

*Государственное бюджетное учреждение Ростовской области
«Центр профилактики и борьбы со СПИД», г. Ростов-на-Дону, Россия*

Основным путем заражения ВИЧ-инфекцией детей является вертикальная передача вируса. Этот процесс может произойти во время беременности, особенно на поздних сроках (15 - 25% от числа случаев заражения ребенка), во время родов (60 - 85%) и вскармливания молоком матери (12 - 25%). Риск инфицирования ребенка повышается, если мать была заражена в течение шести месяцев перед наступлением беременности или в период беременности, а также если беременность наступила на поздних стадиях ВИЧ-инфекции (стадия 4Б - 4В по Российской классификации ВИЧ-инфекции).

Частота вертикальной передачи от матери ребенку неодинакова в разных странах. Согласно данным мировой статистики, частота передачи инфекции ВИЧ-положительными

женщинами составляет в среднем по миру 12-30%, а в странах третьего мира 25-52%. В Российской Федерации данный показатель в 2016 году составил 2,8% [1].

В России профилактика вертикального пути передачи вируса началась с приказа Минздрава РФ от 19 декабря 2003 г. N 606 "Об утверждении Инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ". А В 2012 году вышел дополненный Указа Президента РФ от 1 июня 2012г. №761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы», который инициировал разработку различных профилактических мероприятий в медицинских учреждениях.

Профилактика вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку (далее – ПВПП ВИЧ) ВИЧ проводится посредством химиопрофилактики в 3 периода: в течение беременности, в ходе родов и во время кормления грудью. Наиболее успешные результаты профилактики наблюдаются при проведении всех трех компонентов химиопрофилактики. Однако, если какой-либо из ее компонентов провести не удастся, это не является основанием для отказа от следующего этапа.

Перед назначением химиопрофилактики врачом проводится беседа консультирование, в ходе которого беременную информируют о целях химиопрофилактики, разъясняется вероятность рождения ВИЧ-инфицированного ребенка при проведении профилактики или отказе от нее, дается информация о возможных побочных эффектах от применяемых препаратов. Пациентке предлагается подписать информированное согласие на проведение ПВПП ВИЧ. После этого врач-инфекционист назначает схему приема АРВ-препаратов химиопрофилактики.

При наступлении беременности у ВИЧ-инфицированной женщины, постоянно получающей АРТ (при планировании беременности), рекомендовано продолжить приём прежней схемы лечения, при условии её эффективности. Исключение составляет Эфавиренз, который противопоказан в первом триместре беременности, и препараты с высокой митохондриальной токсичностью (Диданозин, Ставудин). Коррекцию схемы лечения в первом триместре беременности осуществляет врач-инфекционист территориального центра профилактики и борьбы со СПИДом [2].

Во время родов ответственность за химиопрофилактику несет акушер-гинеколог. При ведении родов у ВИЧ-инфицированных женщин с целью уменьшения риска инфицирования плода во время родов безводный период должен составлять не более 4 часов, продолжительность родов не более 15 часов. В родах *per vias naturalis* влагалище обрабатывается 0,25 % водным раствором Хлоргексидина при первом влагалищном исследовании, при наличии кольпита – при каждом последующем влагалищном исследовании. ВИЧ-положительной женщине рекомендуется производить родоразрешение путем кесарева сечения.

Во время родов или за 4 часа до начала оперативного вмешательства при выполнении кесарева сечения применяется препарат Зидовудин в форме раствора для внутривенного введения с начала родовой деятельности из расчёта 0,002 г (0,2 мл) на 1 кг веса пациентки в течение первого часа родов, далее 0,001 г (0,1 мл) на 1 кг веса в час до момента отделения ребёнка от матери (пересечения пуповины).

После родов АРТ у ВИЧ-инфицированных женщин не отменяется, а сохраняется пожизненно.

Новорожденному ребёнку от ВИЧ-инфицированной матери проводится гигиеническая ванна с водным раствором Хлоргексидина (50 мл 0,25 % раствора Хлоргексидина на 10 литров воды). 5.3. Грудное вскармливание детей, рожденных ВИЧ-инфицированной матерью, не категорически не рекомендуется.

Если по результатам последнего анализа уровень вирусной нагрузки неопределяемый и профилактика в период родов выполнена в полном объеме, а также при отсутствии других показаний, ребёнку назначается монотерапия по основной схеме: не позднее первых 6 часов жизни ребёнку назначается препарат Зидовудин (сироп) внутрь по 0,004 г (0,4 мл) / кг 2 раза в сутки каждые 12 часов. Курс химиопрофилактики должен составлять 4 недели, при этом разовая доза Зидовудина пересчитывается еженедельно с учётом веса ребёнка. Недоношенным детям Зидовудин назначают в дозе 0,002 г (0,2 мл) / кг каждые 12 часов так же 4 недели [2].

Также на всех этапах ведения ВИЧ-положительной беременной ей необходимо оказывать социальную и психологическую поддержку.

По данным ВОЗ, в настоящее время ПВПП ВИЧ в Российской Федерации охватывает 85% ВИЧ-положительных женщин во время беременности, 92% во время родов, и 99,3% новорожденных. Такие показатели позволили значительно снизить риск заражения ребенка - с 28 - 50% до 3 - 8%.

Данные статистики доказывают важность и эффективность профилактики вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции. Ведь здоровые дети сегодня – это здоровая страна завтра!

Список литературы

1. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ: материалы междунар. науч.-практич. конф.; г. Санкт-Петербург, 30-31 мая 2016г. – СПб.: Изд-во Человек и его здоровье, 2016. – 336 с.
2. ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОТ МАТЕРИ РЕБЁНКУ: клинические рекомендации / сост.: Н.Н. Володин, Л.В. Адамян, М.А. Курцер. и [и др.]; под ред. Н.Н. Володиной; Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины. – Москва, 2015. – 34 с.

ПРИНЦИПЫ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

*Черная М.Г., Кушнарёва О.Э., Федорова К.Ю., Дударёва В.А.,
Дядикова И.Г.*

*ФГБОУ ВО РостГМУ «Ростовский государственный медицинский университет»
Минздрава РФ, г. Ростов-на-Дону, Россия
Кафедра здорового образа жизни и диетологии ФПК и ППС*

Питание беременной – чрезвычайно важный и актуальный вопрос, поскольку именно питание призвано обеспечить правильное течение беременности, родов, правильное развитие плода, а впоследствии и новорожденного, поддержание здоровья матери [5].

Неправильное питание, наоборот, способствует формированию дефицитных состояний матери, соответственно, и плода, что приводит к формированию как ранних нарушений развития в виде внутриутробных дефектов (поскольку нарушается механизм «сборки» формирующегося организма), преждевременным родам, так и является фактором риска развития целого ряда заболеваний в зрелом возрасте (анемия, гипотиреоз, остеопороз, иммунодефицитные состояния, нарушение когнитивных способностей и т.д.) [2].

Очень важно, чтобы пищевой рацион женщины был сбалансирован как по энергетической ценности, так и по потреблению минералов, витаминов [1, 3]. При недостатке поступления в организм матери цинка у плода могут нарушаться процессы клеточной пролиферации, увеличение клеточного апоптоза, отмечается прогрессирующее протекание процессов, протекающих по свободно-радикальному пути с образованием окислов липидов, отмечается снижение синтеза белка. Все это может приводить к формированию расщелины верхней челюсти, аномалии развития сердца, развитию иммунодефицитных состояний плода и т.д. [2]. При недостатке железа в организме матери отмечается повышение риска преждевременных родов, увеличение риска развития инфекции. При недостатке поступления кальция извне, происходит повышение мобилизации эндогенного кальция из костей, зубов и других тканей женского организма.

Питание женщины во время беременности должно учитывать срок гестации, наличие или отсутствие осложнений в течении беременности, оно должно быть полноценным, разнообразным, соответствовать физиологическим потребностям [5]. Поэтому задачи организации рационального питания беременной включают в себя ликвидацию исходных дефицитных состояний питания женщины, удовлетворение физиологических потребностей в основных пищевых веществах и энергии плода и беременной, обеспечение комфортного самочувствия, хорошего настроения, высокой активности женщины во время беременности [4].

Ликвидация исходных дефицитов питания подразумевает под собой, что женщина должна достигнуть массы тела в пределах 90-120% от идеальной до зачатия. Женщина с недостаточным ИМТ имеет выше риск рождения детей с низким весом, так же повышается риск разрыва оболочек, инфекций и анемий. Избыточная же масса способствует формированию гестозов, осложнений родов. Для обеспечения оптимальной массы тела у беременной необходимо рассчитать энергетические потребности организма, это можно сделать, используя формулу Харриса-Бенедикта либо ориентируясь на ИМТ беременной.

В первой половине гестации дополнительные потребности в энергии и пищевых веществах для обеспечения роста и развития плода не велики. Наиболее оптимальным питание женщины должно быть в периоде с 17 до 56 дня после зачатия, потому что именно в это время плод наиболее чувствителен к факторам внешней среды, в частности, к питанию [1]. Но, так как женщина в этот период, как правило, еще не знает, что беременна, то диету следует начать соблюдать еще до наступления беременности. Вторая половина гестации характеризуется значительным повышением потребности в энергии и пищевых веществах, как самой беременной, так и плода. Возникает гормональная перестройка в организме женщины, происходит снижение тонуса матки, что системно приводит к понижению тонуса гладкой мускулатуры организма (снижение активности кишечника, давление матки на прямую кишку, нижнюю часть толстой приводит к формированию запоров). Высокое стояние дна матки изменяет положение желудка, замедляется скорость эвакуации пищи из желудка, расслабляется нижний пищеводный сфинктер, что приводит к

гастроэзофагеальному рефлюксу. Происходит увеличение объема циркулирующей крови, при этом уменьшается содержания эритроцитов за счет разбавления крови, снижается содержания гемоглобина, альбумина. При этом критерием анемии считается снижение концентрации гемоглобина ниже 100 г/л. Так же организм беременной участвует в экскреции продуктов обмена веществ плода, что сопровождается повышенной нагрузкой на метаболическую активность печени и почек. Все эти физиологические изменения в организме женщины необходимо учитывать при составлении рациона беременной, для уменьшения возникновения риска и профилактики осложнений в течении беременности.

Для выполнения вышеперечисленных задач разработано Информационное письмо МЗ РФ «Рациональное питание беременных и кормящих женщин», которое включает принципы правильного питания беременных женщин. Основными положениями рекомендаций для всего периода гестации являются: максимальное разнообразие рациона питания, полное удовлетворение физиологических потребностей женщины в энергии и пищевых веществах, обеспечение дополнительного приема витаминно-минеральных комплексов, максимальный учет индивидуальных потребностей женщины, использование специализированных продуктов питания для беременных. Ключевыми позициями для второго периода гестации являются: дополнительное поступление с пищей энергии, белка, кальция и железа, растительных волокон, ограничение потребления соли и воды, потенциальных аллергенов, щадящая кулинарная обработка.

Таким образом, для того, чтобы профилактировать осложнения гестационного периода, родов, возникновение пороков развития плода и последующих болезней ребенка, необходимо следовать концепции рационального питания беременной и кормящей женщины [6]. Именно так можно обеспечить удовлетворение потребности организма плода и беременной в основных пищевых веществах и энергии.

Список литературы

1. Громова О.А. Положительные и отрицательные взаимодействия микронутриентов и роль витаминно-минеральных комплексов для развития беременности / О.А. Громова, Н.В. Керимекулов, Т.Р. Гришина [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2012. – №2. – С. 63-70.
2. Громова О.А. Систематический анализ взаимосвязи дефицита витаминов и врожденных пороков развития / О.А. Громова, И.Ю. Трошин, Н.К. Тетрашвили, Е.Ю. Лисицына // CONSILIUM MEDICUM. – 2012. – №6. – С.34-40.
3. Конь И.Я., Гмошинская М.В. Питание женщин в период беременности / И.Я. Конь, М.В. Гмошинская // CONSILIUM MEDICUM, Педиатрия. – 2006. – №1. – С.57-62.
4. Конь И.Я. Современные подходы к организации рационального питания беременных женщин и кормящих матерей: методические рекомендации / И.Я. Конь, Е.М. Фатеева, М.В. Гмошинская [и др.] // Комитет здравоохранения Правительства Москвы. – М., 2002. – 20 с.
5. Новодержкина Ю.Г. Основы диетологии: учебный курс / Ю.Г. Новодержкина, В.П. Дружинина, И.Г. Дядикова, И.Н. Бычков, Е.А. Рябкина, В.А. Дударева. – М.: Эсмо, 2011. – 416с.
6. Хорошилов И.Е. Правильное питание беременных и кормящих женщин / И.Е. Хорошилов // Гинекология. – 2006. – Т 8, № 5.- С.15-20.

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ

*Черная М.Г., Гали М.А., Кушнарёва О.Э., Федорова К.Ю., Дударева В.А.,
Дядикова И.Г.*

*ФГБОУ ВО РостГМУ «Ростовский государственный медицинский университет»
Минздрава РФ, г. Ростов-на-Дону, Россия
Кафедра здорового образа жизни и диетологии ФПК и ППС*

Актуальность исследования: питание является неотъемлемой частью жизни людей, предопределяет работоспособность и адаптационные возможности организма к действию различных стрессовых агентов [3]. Однако наиболее важную и предопределяющую роль питание играет у беременных и детей [2]. По итогам второй международной конференции по вопросам питания было установлено, что «политика в области питания должна содействовать разнообразному, сбалансированному и здоровому питанию на всех этапах жизни, в частности особое внимание стоит уделять первой 1000 дней жизни, беременным, кормящим женщинам, женщинам репродуктивного возраста и девочкам-подросткам». И это действительно важно, поскольку именно эти группы женского населения составляют основной репродуктивный потенциал России. Характер питания беременной предопределяет формирование обмена веществ на всю последующую жизнь ребенка [4], становление определенных заболеваний и метаболических нарушений, то есть формируется так называемое метаболическое программирование, посредством которого можно просчитать ближайшие и отдаленные последствия неадекватного питания беременной женщины. Поэтому очень важно разработать концепцию правильного рациона беременной в соответствии с потребностями организма, сроками гестации, наличием осложнений течения беременности, периодом лактации [1].

Целью исследования является выявление нарушений питания беременных женщин при изучении фактического рациона их питания.

Материалы и методы: в исследовании приняло участие 49 женщин в возрасте от 18 до 39 лет со сроком гестации до 20 недель беременности, состоящих на учете в женской консультации Областного центра планирования семьи и репродукции человека. Структуру фактического питания определяли с помощью Программы анализа состояния питания человека версия 1.2.4., зарегистрированной Российским агентством по патентам и товарным знакам 09.02.04 №2004610397 ГУНИИ Питания РАМН. Обработка полученных данных проведена в программе STATISTICA 6.0.

Результаты: при оценке результатов питания была выявлена несбалансированность рациона, отмечается превалирование энергетической ценности над рекомендуемой (2645 Ккал/2125 Ккал), однако это возникает из-за повышенного потребления общих жиров (131,71 г/сут., при норме 85 г/сут.), холестерина (321,41 мг/сут. при норме 300 мг /сут.), добавленного сахара (66,36г/сут. при норме 64 г/сут.), Отмечается снижение поступление белков (91 г/сут. при норме 120 г/сут.), потребление общих углеводов значительно снижено (272,6 г/сут. при норме 400 г/сут.). Так же отмечено избыточное потребление натрия (3,93 г/сут. при норме 1,3 г/сут.), калия (4046,51 мг/сут. при норме 2500 мг/сут.), фосфора (1526 мг/сут. при норме 1000 мг/сут.), витамина А (1957,7 мкг.ток.экв./сут при норме 1000

мкг.ток.экв./сут.), витамина С (303,29 мг/сут. при норме 100 мг/сут), недостаточное потребление кальция (1066,3 мг/сут., при норме 1000 мг/сут.), магния (390,07 мг/сут. при норме 450 мг/сут.), железа (20,06 мг/сут. при норме 33 мг/сут), витамина В1 (1,3 мг/сут. при норме 1,7 мг/сут.), В2 (1,7 мг/сут. при норме 2 мг/сут.), РР (16,5 мг/сут. при норме 2,2 мг/сут.).

Выводы: анализирую полученные данные, можно сделать вывод, что рацион беременных женщин является несбалансированным, поскольку выявляется превалирование энергетической ценности над рекомендуемой, в результате повышенного потребления жиров, простых углеводов. Отмечается повышенное употребление калия, фосфора, витаминов А и С. Однако потребление белков, железа, магния, витаминов В1, В2 и РР, пищевых волокон снижено. Необходимо проводить коррекцию питания беременных женщин, поскольку возможно формирования патологии развития плода, формировании внутриутробных патологий, что приведет к снижению здоровья будущих поколений.

Список литературы:

1. Громова О.А. Актуальные вопросы витаминно-минеральной коррекции беременных и кормящих / О.А. Громова. – М.: РЦС Института микроэлементов при ЮНЕСКО, 2010. – 114 с.
2. Жерносек В.Ф. Дефицит витаминов и минералов у детей и способ их коррекции / В.Ф. Жерносек // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. – 2015. – № 6 (18). – С. 9-21.
3. Конь И. Я. Питание беременных, кормящих матерей и детей раннего возраста / И. Я. Конь, М. В. Гмошинская, Т. В. Абрамова. – М.: МИА, 2015. – 216 с.
4. Методические указания «Рациональное питание. Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации» // МУ 2.3.1-2432 – 08. М., 2008.

Содержание

Название статьи, авторы	Стр.
СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЙОГИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ Адамова А.С., Ладыгина К.А., Шабаева В.И., Петров Ю.А., Арндт И.Г., Лалоян Р.С.	6
ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА РОЖДЕНИЕ ЗДОРОВОГО РЕБЁНКА: АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ НА ОСНОВЕ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ Величко К.А., Шабаева В.И., Петров Ю.А., Арндт И.Г., Лалоян Р.С.	9
СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН И ФОРМИРОВАНИЕ ВНУТРИУТРОБНЫХ ПАТОЛОГИЙ Джамалудинова А.Ф., Шабаева В.И., Петров Ю.А., Арндт И.Г., Лалоян Р.С.	14
СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ КОФЕ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РАЗВИТИЕ ПЛОДА Колесниченко А.А., Шабаева В.И., Петров Ю.А., Арндт И.Г., Лалоян Р.С.	16
СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОДВЕРЖЕННОСТИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН СТРЕССУ Крюкова С.С., Шабаева В.И., Петров Ю.А., Арндт И.Г., Лалоян Р.С.	19
РОЛЬ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ФОРМИРОВАНИИ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА Жарова Ю. С., Кушнарера О.Э., Федорова К.Ю., Черная М., Бурлачко Я.О.	22
РАННЯЯ СКРИНИНГОВАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА КАК ЗАЛОГ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ Кушнарера О.Э., Федорова К.Ю., Черная М.Г., Бурлачко Я.О., Дударева В.А., Дударева Л.А.	24
СПОСОБЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ДЕФИЦИТА КАЛЬЦИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА Кушнарера О.Э., Черная М.Г., Федорова К.Ю., Дударева В.А., Дударева Л.А.	26
БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ ДИАГНОСТИКИ И МОНИТОРИНГА ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ У ДЕВУШЕК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА Федорова К.Ю., Бедило Д.А., Кушнарера О.Э., Пономарева О.Ю.	29
АСПЕКТЫ ВЕРТИКАЛЬНОГО ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ Федорова К.Ю., Кушнарера О.Э., Черная М.Г., Складная Е.А., Бекетова Е.В., Бойков Н.А., Дядикова И.Г.	30
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ КАК ЗАЛОГ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ПОКОЛЕНИЯ В БУДУЩЕМ Федорова К.Ю., Кушнарера О.Э., Складная Е.А., Бекетова Е.В., Бойков Н.А., Дядикова И.Г.	32
МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ КАК ЗАЛОГ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ПОКОЛЕНИЯ В БУДУЩЕМ Федорова К.Ю., Кушнарера О.Э., Горбачевский В.А., Складная Е.А., Бекетова Е.В., Бойков Н.А., Дядикова И.Г.	33
ПРИНЦИПЫ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН Черная М.Г., Гали М.А., Кушнарера О.Э., Федорова К.Ю., Дударева В.А., Дядикова И.Г.	35
ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ Черная М.Г., Кушнарера О.Э., Федорова К.Ю., Дударева В.А., Дядикова И.Г.	38

ЗОЖ НА СТРАЖЕ
РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ

Сборник материалов региональной научно-практической конференции

Отпечатано из электронных файлов заказчика
Подписано в печать от 26.12.2016 г. Формат 60x84¹/₁₆.
Бумага офсетная. Тираж 50 экз. Зак. 516.
Орфография и пунктуация авторов сохранена.

Отпечатано в типографии
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава РФ
344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29