

Самигуллина А.Э., Рыбалкина Л.Д.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ ГОРОДА БИШКЕК

A.E. Samigullina, L.D. Rybalkina

PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN ADOLESCENT GIRLS BISHKEK

УДК:614.2618.179(574)

При наблюдении 118 беременных в возрасте 17,0±0,6 лет нами установлено, что из 118 юных беременных -16 выбыли из под наблюдения в сроках 9-31 неделя, что подтверждает высокую миграцию их, и не исключает бесконтрольное течение и исход беременности, у 96 женщин (81,3±3,6%) беременность была осложненной. Роды у юных женщин в отличие от ЖФВ отличались высокой частотой преждевременного излития околоплодных вод, слабости родовой деятельности, травм мягких тканей родовых путей. Ключевые слова: юные беременные, подростковая беременность, гестационный период, особенности течения беременности и родов.

In the observation of 118 pregnant women aged 17,0 ± 0,6 years, we found that of the 118 young pregnant - 16 dropped out from under observation in terms of 9-31 weeks, which confirms the high migration of them, and does not exclude the uncontrolled course and outcome of pregnancy, in 96 women (81,3 ± 3,6%) the pregnancy was uncomplicated. Births to young women, in contrast to ZHFV were of high frequency of premature rupture of membranes, the weakness of labor, injuries, soft tissue of the birth canal.

Key words: young pregnant, teen pregnancy, gestational period, the course of pregnancy and childbirth.

Введение.

Из 15 миллионов молодых женщин в возрасте 15-19 лет, которые рожают каждый год 13 миллионов новорожденных, живут в менее развитых странах. 33% женщин в менее развитых странах, рожают в возрасте до 20 лет, в пределах от 8% в Восточной Азии до 55% в Западной Африке. В более развитых странах приблизительно 10% женщин рожают к 20-летнему возрасту; однако, в Соединенных Штатах уровень подросткового деторождения наиболее высокий - 19%. В России доля женщин, имеющих детей к возрасту 20 лет, составляет сейчас 26-30%, также у российских подростков растет и доля детей, родившихся вне зарегистрированного брака; согласно данным Госкомстата, 30-40% рождений в возрасте 15-19 лет происходит вне брака [1].

Раннее начало половой жизни вызвало целый шлейф проблем, среди которых одной из важнейших является феномен «подросткового материнства». В последние годы в стране более 30 тысяч детей рождаются у матерей в возрасте до 18 лет, большинство из них остаются в родильном доме, пополняя поколение «ни разу не приложенных к материнской груди» [2].

Последние годы характеризуются устойчивым ростом числа беременности у девушек-подростков. Зачатие, наступившее у юной девушки, приводит к развитию так называемой неожиданной беременности. Термин неожиданная беременность подчерки-

вает ее существенные особенности: незапланированность, случайность возникновения, отсутствие предварительной настроенности на материнство, внезапное изменение социального статуса, жизненных возможностей и планов [3].

Незрелость адаптационных возможностей большинства современных подростков, психоэмоциональная лабильность, низкий индекс их здоровья определяют риск развития осложнений со стороны плода и новорожденного, общая частота которых составляет 60-90% [4].

Несмотря на исследования по данной проблеме, в литературе мало работ по комплексной оценке течения и исходов беременности у юных женщин. Особенности течения беременности и родов у юных матерей описаны недостаточно полно, отдельные положения противоречивы [5].

Целью данной работы явилось изучение особенностей течения беременности и родов у девочек-подростков г. Бишкек.

В данной статье предоставлены материалы обследования и динамического наблюдения 118 девочек-подростков, ставших на учет по беременности в 2011 году в пяти ЦСМ города Бишкек. В качестве контрольных использованы данные, полученные И.Б. Медведевой (2009) при наблюдении 620 беременных женщин 20-24 летнего возраста. При их наблюдении проводился необходимый комплекс клинико-лабораторных, инструментальных исследований, предусмотренных в работе ЦСМ при антенатальном наблюдении и в работе родильных стационаров.

Помимо того полученными нами данные при наблюдении 118 юных беременных - бишкекчанок были сопоставлены с данными И.Б. Медведевой (2009) полученными при проведении ретроспективного анализа архивного материала по наблюдению и родоразрешению 740 юных женщин в клиническом роддоме НЦОМид, ГПЦ г. Бишкек и родильных домах Чуйской и Иссык-Кульской областей, составивших группу сравнения.

Статистическую обработку материала осуществляли на персональном компьютере с использованием пакета программ Excel, что позволило получить специальные выходные таблицы и диаграммы.

Результаты и обсуждение.

Проведена сравнительная оценка полученных нами данных по особенностям течения гестационного процесса у юных женщин с результатами анализа первичной медицинской документации 740 юных родильниц (Медведева И.Б, 2009). Результаты анализа отражены в таблице 1.

Из данных, представленных в таблице очевидна идентичность показателя высокой частоты осложненного гестационного периода у юных женщин обеих групп. Одинаково часто наблюдались такие осложнения, как частичная преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, плацентит, амнионит, внутриутробная гипоксия, антенатальная гибель плода. Однако у женщин группы сравнения достоверно чаще диагностировались гестационная анемия, гипертензивные нарушения, тяжелая преэклампсия, ФПН, угроза невынашивания беременности. При этом не было ни одного случая эклампсии, что свидетельствует о своевременности предупреждения перехода тяжелой преэклампсии в эклампсию.

Исход беременностей:

Таблица 1

Сравнительная оценка особенностей течения гестационного процесса у юных беременных женщин сданными И.Б. Медведевой

Показатели	Основная группа		Группа сравнения П		(P)
	N118=	%, M±T	n=740	%,M±T	
1.Число женщин с осложненной беременностью	96	81,3±3,6	592	80,0±3,9	P>0,05
2.Виды осложнений:					
-гестационная анемия	60	50,8±4,6	634	85,7±1,3	P<0,001
-гипертензивные нарушения, в том числе:	15	12,7±3,0	351	47,4±1,8	P<0,001
-легкая преэклампсия	13	11,0±2,9	234	51,6±1,7	P<0,001
-тяжелая преэклампсия	СГЯ1	9 *	117	15,8±1,3	
-эклампсия	2	1,7±1,2	-	-	
-ФПН, в том числе:	25	21,8±3,8	257	34,8±1,8	P<0,001
ЗВУР	16	13,6±3,1			
-угроза невынашивания	26	21,8±3,6	229	31,0±1,7	P<0,001
Частичная преждевременная отслойка плаценты	3	2,5±1,4	36	4,8±0,8	P>0,05
Антенатальная гибель плода	2	1,7±1,2	2	0,3±0,2	P>0,05
Амнионит	10	8,4±1,8	45	6,1 ±0,4	P>0,05
Плацентит	2	1,7±1,2	2	0,3±0,2	P>0,05
Внутриутробная гипоксия	9	7;8±2,5	49	6,6±0,9	P>0,05

Информация об особенностях течения родов представлена в таблице 2 в сравнении с группой контроля и юными беременными по данным И.Б. Медведевой.

Из данных, представленных в таблице 2 очевидно, что частота срочных и преждевременных родов у женщин всех трех групп достоверно не отличалась. Самой короткой была средняя продолжительность родов у юных рожениц, группы сравнения, что можно объяснить тем, что по данным автора (Медведева И.Б., 2009) у 10 (1,4%) имело место стремительное течение родов и у 56 (7,6%) женщин - быстрые.

Таблица 2

Особенности течения родов у юных рожениц в сравнении с женщинами 20-24-х лет

Показатели	n=101	%	Данные Медведевой И.Б.	
			Группа сравнения (юные) n=740(%)	Контрольная группа n=620(%)
Срочные роды	84	83,2±3,7	81,1±1,4	88,4±1,3
Преждевременные роды	17	16,8±3,7	18,9±1,4	11,6±1,3
Средняя продолжительность родов		9,1 ±0,8 ч.	7,6±0,4 ч.	12,8±1,5 ч. **
Роды через естественные родовые пути	95	94,0±2,4	87,7±1,2**	86,4±1,4**
Оперативное родоразрешение (КС)	6	5,9±2,3	12,3±1,2**	13,6±1,4***
Число женщин с осложненными родами	61	60,3±4,8	68,0±1,7	63,2±1,9
Вид осложнений:				
-тазовое предлежание	4	4,0±1,9	5,2±0,8	3,1 ±0,7
-дородовое излитие околоплодных вод	9	28,7±4,5	21,8±1,4**	13,5±1,4***
-слабость родовой деятельности	4	14,0±1,9	13,8±1,3***	7,6± 1,1**
-патологическая кровопотеря	5	5,0±2,1	5,7±0,9	11,9±1,3*
-пограничная кровопотеря	4	4,0±1,9	4,9±0,8	9,5±1,2
Травмы мягких тканей родовых путей	8	7,9±2,6	24,3±1,6	14,4±1,4
В том числе: -разрывы шейки матки	Нет информации		17,0±1,4	Нет информации
Дефект последа	3	3,0±1,1	4,2±0,6	-
Оперативные пособия, в том числе:	11	11,0±3,1	19,7±1,5**	-
Эпизио- и перинеорафия	8	7,9±2,6	15,5±1,3**	
Ручное обследование полости матки	3	3,0±1,1	4,2±0,6	
Послеродовые осложнения	2	2,0±1,3	2,8±0,2	14,7±1,3***

P<0,05*, P<0,01**, P<0,001*** достоверность между 1, П, 111 группами

Показаниями для оперативного родоразрешения путем кесарева сечения в нашем исследовании были: тазовое предлежание (2%) при предполагаемой массе плода более 3600,0, у 2% рожениц при нарастающем безводном периоде и отсутствии эффекта от родостимуляции, эклампсия с эклампсической комой (1%), атрофия зрительных нервов обоих глаз (1%).

Показаниями для КС у юных женщин группы сравнения являлись клинически узкий таз у 30 рожениц (33,3%), слабость родовой деятельности при преждевременном излитии околоплодных вод у 30 женщин (33,3%), ягодичное предлежание в сочетании с гипертензивными нарушениями и патологическим прелиминарным периодом в 17 случаях (19,1%), тяжелая преэклампсия (9,5%), отслойка мнормально расположенной плаценты (4,8%) - Медведева И.Б. (2009).

Почти у каждой третьей юной женщины роды осложнились преждевременным излитием околоплодных вод, у каждой четвертой - в группе сравнения. Достоверно реже родовое излитие околоплодных вод наблюдалось у женщин группы контроля в возрастной группе 20-24 лет.

У юных женщин обеих групп достоверно чаще роды осложнялись и слабостью родовой деятельности в сравнении с женщинами 20-24 лет; в то время, как патологические и пограничные кровотечения у последних наблюдались почти в два раза чаще ($P < 0,005$) в сравнении с юными роженицами обеих групп.

Что касается патологической и пограничной кровопотери в родах, то они с самой высокой частотой ($P < 0,005$) наблюдались у женщин группы контроля в 20-24 летнем возрасте.

У наблюдаемой нами основной группы женщин был самым низким показатель травм мягких тканей родовых путей в сравнении с другими группами, так как в основном фиксировались травмы промежности (в течение 2-3-х последних лет на основании указания ВОЗ - шейки матки после родов осматриваются только в случаях наличия показаний - таковыми являются кровотечения из половых путей).

На наш взгляд этот момент заслуживает самого серьезного внимания, так как исследования Медведевой И.Б. относятся по времени, когда у всех первородящих шейки матки обязательно осматривались, и по ее данным разрывы шейки матки у 126 (17,0%) юных женщин.

Неушитые во время разрывы шейки матки становятся причиной серьезных патологических ее состояний, развивающихся с самого начала реализации репродуктивной функции.

Таким образом, у юных первородящих частота преждевременных родов держится на уровне 16,8-18,9%, что на 7-8% выше показателя ЖФВ. Частота осложненных родов практически одинакова у женщин всех трех групп.

Роды у юных первородящих в 28,7-21,8% наступают после преждевременного отхождения околоплодных вод (в сравнении этот показатель у ЖФВ в 2,1 и в 1,6 раза ниже).

Достоверно чаще у юных родильниц в родах наблюдается слабость родовой деятельности.

Заслуживает особого внимания высокая частота травм шейки матки у юных первородящих, наблюдаемых в 2008 году и отсутствие этой информации у юных рожениц г. Бишкек в 2011 г. (по рекомендациям ВОЗ без показаний не проводится осмотр шейки матки). У юных рожениц основной группы, наблюдаемых в г. Бишкек реже ($P < 0,01$) используются оперативные пособия в родах, реже производится их оперативное родоразрешение.

Полученная нами информация по особенностям течения гестационного процесса у юных женщин совпадает с мнениями других исследователей.

Так Кошкимбаева Т.Д. (2008) отмечает, что у юных девушек беременность и роды чаще приобретают осложненное течение по причине незаконченности их роста и развития. Автор указывает на высокую частоту травматизма в родах, как у матери, так и плода и новорожденного.

Ввиду того, что у подростков, как правило, беременность бывает незапланированной и вопросы ведения ее переходят решать уже в ходе ее вынашивания, необходимо предусматривать индивидуальную просветительную работу об особенностях гестации, о необходимости исключения вредных привычек, соблюдения труда и отдыха.

Приведенные нами примеры двух случаев эклампсии у наблюдаемых нами юных беременных подтверждают необходимость проведения индивидуальной просветительной работы не только со стороны медицинских работников, но и со стороны членов семьи.

Однако среди юных родильниц, как по нашим данным, так и по результатам других исследователей (Молчанова С.Ю., 2003) есть и такие, у которых рождаются клинически здоровые дети с благоприятным течением неонатального периода, что ставит исследователей перед проблемой разработки новых дополнительно к существующим способов прогнозирования патологических состояний у матери, плода и новорожденного при ювенильной беременности.

Литература:

1. Тен, В.Б. Медико-социальные аспекты подростковой беременности (обзор лит.) [Текст]/В.Б. Тен. – Центрально-Азиатский науч.-практ. журн., 2010.-№3.-С. 81.
2. Кошкимбаева Г.Д. Исходы беременности и родов у студенток [Текст] / Г.Д. Кошкимбаева. - Алматы: Актуальные аспекты акуш., гинекол., перинатологии. 2008. - С. 109.
3. Можейко, Л.Ф. Особенности течения беременности и родов у юных первородящих [Текст] / Л.Ф. Можейко, Г.Л. Литвак. - Здоровоохранение Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 2005. - № 3. - С 33-34.
4. Медведева, И.Б. Беременность и роды у девочек-подростков [Текст] /И.Б. Медведева. – Б.: Центрально Азиатский Медицинский жур., 2009. - С. 157- 159.
5. Коваленко, М.С. Особенности гестационного процесса у первородящих женщин в подростковом и старшем репродуктивном возрасте [Текст]: автореф. дис. на соискание учёной степени канд. мед. наук: 14.01.01 / М.С. Коваленко. - М., 2011. - 24с.

Рецензент: д.м.н., профессор Абилов Б.