

© И. С. Золотов¹, Г. Ф. Кутушева¹,
Е. А. Рукояткина²

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В ЮВЕНИЛЬНОМ АКУШЕРСТВЕ

¹ Санкт-Петербургский государственный медицинский педиатрический университет;
² ГБУЗ «Родильный дом № 16»,
г. Санкт-Петербург

УДК: 618.5-089.888.61-053.6/7

■ **Выявлены особенности течения беременности, родов и послеродового периода у юных женщин, родоразрешенных путем операции кесарева сечения на базе родильного дома в г. Санкт-Петербург. Проведен анализ полученных данных, позволивший выявить наиболее частые факторы, отягощающие течение беременности и родов у подростков, процент абдоминальных родоразрешений и их осложнений.**

■ **Ключевые слова:** ювенильная беременность; абдоминальное родоразрешение; показание; репродуктивный потенциал; осложнение.

Сегодня в условиях демографического кризиса и его последствий проблема охраны репродуктивного потенциала юных женщин приобретает особую медико-социальную значимость, так как в последние годы имеется отчетливая тенденция к увеличению числа юных женщин среди беременных, удельный вес которых достигает 16–18% к общему числу родов [1, 3, 4]. Сегодня оптимальным возрастом для рождения первого ребёнка принято считать 20–27 лет, однако наступление первой беременности в этом возрастном диапазоне в России составляет всего 30–35% [2, 8].

Юное материнство становится обычным явлением для России: каждый четырнадцатый ребенок рождается у матери моложе 18 лет; ежегодно около 1,5 тысячи детей рождаются у 15-летних матерей, 9 тысяч — у 16-летних и 30 тысяч — у 17-летних [8]. В начале 2000-х гг. роды у несовершеннолетних в России наблюдались в 1,8–4,9% от общего их количества [4, 9]. В наши дни, когда сексуальный дебют подростков приходится в среднем на 15-летний возраст, процент родов среди юных женщин, несомненно, выше.

Беременность и роды в подростковом возрасте часто протекают с осложнениями из-за неадекватности адаптационных возможностей и компенсаторных механизмов, недостаточной физиологической зрелости организма и отсутствия социальной защищенности [5, 10, 14]. Достоверно чаще наблюдаются угроза прерывания беременности, хроническая фетоплацентарная недостаточность, тяжелые формы гестоза, аномалии родовой деятельности, кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах, родовой травматизм, послеродовые гнойно-воспалительные заболевания [6, 7, 13].

Осложнения беременности и родов приводят к увеличению числа оперативных вмешательств у юных женщин. Если частота операции кесарева сечения у подростков в начале двухтысячных годов колебалась от 2,9 до 10,6% (Гуркин Ю. А., 2001) [5], то сегодня она достигает 20%, а в некоторых учреждениях превышает и этот показатель [10].

Важность обсуждаемой проблемы связана и с большим количеством стрессовых факторов, психоэмоциональной лабильности и социальной составляющей, нарушающих формирование гестационной доминанты и процесс адаптации, в связи с чем становится очевидной актуальность проблемы оперативного родоразрешения в ювенильном акушерстве [11, 12].

Цель исследования

Цель исследования: выявить особенности течения беременности, родов и послеродового периода у юных женщин, родоразрешенных путем кесарева сечения.

Материалы и методы

Работа основана на результатах проведенного комплексного ретроспективно-катамнестического исследования. Набор клинического материала проводился на базе ГБУЗ «Родильный дом № 16» г. Санкт-Петербурга. С этой целью были проанализированы 159 историй родов юных женщин, рожавших в 2011, 2012 годах, из которых у 125 беременных роды прошли через естественные родовые пути, а 34 девушки были родоразрешены абдоминально и представили объект исследования. Средний возраст пациенток составил 16,8 года. Из них по национальности 27 женщин были русские, 5 женщин были уроженками Таджикистана и 2 женщины были выходцами из Азербайджана. Все 34 юные женщины были родоразрешены путем интраперитонеального кесарева сечения в нижнем сегменте матки. Во всех случаях анестезиологическое пособие при оперативном родоразрешении — эпидуральная анестезия.

Инфузионно-трансфузионные программы обеспечения операций и ведение раннего послеоперационного периода, включая обезболивание, были унифицированы.

База данных и статистическая обработка материала. Полученные в процессе исследования данные обрабатывались на ЭВМ с помощью программы Microsoft Office 2007 и пакета прикладных программ системы Statistika 7.0.

Результаты исследования и их обсуждение

При проведении исследования получены следующие данные: на момент родов лишь 17 женщин (50%) официально состояли в браке. При анализе возраста начала половой жизни выявлено, что 26% подростков имели сексуальный дебют в возрасте 13 лет, 44,1% — в 14 лет, в 15 и 16 лет начали половую жизнь 3,9 и 26% соответственно. Оценка частоты воспалительных заболеваний органов малого таза показала, что 56% юных родильниц перенесли в анамнезе острый аднексит. Также получены данные по наличию у данной категории женщин хронических урогенитальных инфекций, приведенные в диаграмме (рис. 1).

Показательно, что у 66,7% из всех, родоразрешенных абдоминально, была обнаружена микстинфекция. На этом фоне у 50% родильниц был констатирован кольпит. Несомненно, это подтверждает общие данные отсутствия у юных женщин должной информированности и адекватного понимания последствий, связанных с ранним началом половой жизни, отсутствие ответственности за свое сексуальное поведение и предрасполагает к возникновению тех или иных осложнений при наступлении беременности, в родах и послеродовом периоде как для матери, так и для плода.

На учет в женской консультации встали 74% юных беременных, из них лишь 58,6% встали на учет в первом триместре беременности, 27,7%

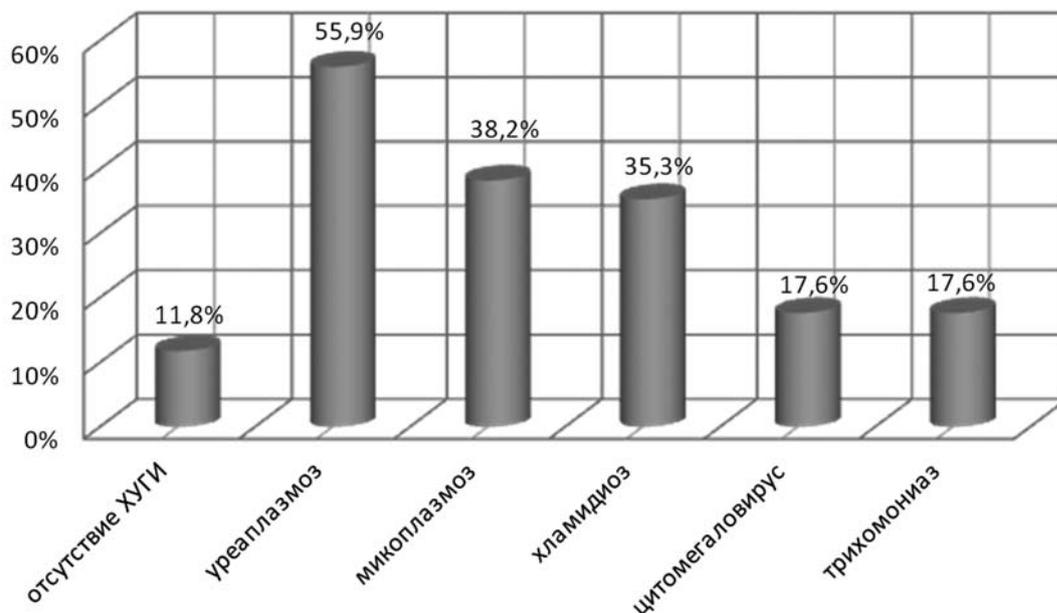


Рис. 1. Структура хронических урогенитальных инфекций у юных беременных женщин, родоразрешенных абдоминально

были поставлены на учет во втором триместре беременности и 13,7% — в третьем триместре. При этом из тех, кто состоял на учете в женской консультации, у 61,8% беременных была угроза прерывания беременности, из них 95,2% подростков получали сохраняющую терапию в условиях стационара. Показательно, что у 4 (12%) юных женщин констатированы повторные беременности, при этом 2 из них уже были родоразрешены путем операции кесарева сечения по поводу прогрессирующей внутриматочной гипоксии плода и имели рубец на матке. У одной из повторнородящих после первых родов через естественные родовые пути выявлено внутриутробное инфицирование плода, а другая отказалась от своего новорожденного. Приведенные данные свидетельствуют о том, что незапланированная беременность у юных женщин, отсутствие мотивации на материнство являются предпосылками поздней постановки на учет и, как следствие, необходимости экстренных мероприятий по коррекции осложнений беременности.

При анализе течение беременности у юных женщин были выявлены нарушения, связанные как с гестацией, так и с экстрагенитальной патологией. В частности, у 91,5% юных беременных обнаружены явления гестоза в виде патологической прибавки массы тела (61,7%), отеков беременных (76,4%), хронической маточно-плацентарной недостаточности (44,1%), протеинурии (63,4%). Со стороны экстрагенитальной патологии заболевания печени составили 44,1%, заболевания почек — 26%, страдали ожирением — 5%. В результате оценки критериев течения беременности у юных видно, что частота гестоза у данного контингента выше в сравнении со среднестатистическими показателями в популяции беременных от 19 до 25 лет (14–16%) [13]. При этом уровень экстрагенитальной патологии не выходит за рамки усредненных показателей женщин репродуктивного возраста [1].

Излитие околоплодных вод у 14,7% юных рожениц произошло преждевременно, раннее излитие околоплодных вод выявлено у 8,8%, у 76,5% воды не изливались и околоплодный пузырь был вскрыт при абдоминальном родоразрешении. Определен качественный анализ околоплодных вод: 68,7% — мекониальные околоплодные воды, 13,7% — околоплодные воды, окрашенные кровью, а светлые околоплодные воды констатированы в 17,6% случаев.

При родоразрешении путем операции кесарева сечения всего 6% пациенток были оперированы в плановом порядке. Показанием для абдоминального родоразрешения в этих случаях было наличие общеравномерносуженного таза II степени при крупном плоде (масса плодов со-

ставляла 4248 и 4286 граммов). Остальные 94% юных пациенток были оперированы по экстренным показаниям, которые включали в себя в различных сочетаниях вторичную слабость родовой деятельности (17,6%); преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты (на 34–35 неделе гестации) (13,7%); хроническую прогрессирующую внутриматочную гипоксию плода при тазовом предлежании (8,8%); хроническая прогрессирующая внутриматочная гипоксия плода на фоне тяжелой преэклампсии (8,8%); рубец на матке (5,1%); крупный плод при смешанном ягодично-ножном предлежании (23%); прогрессирующая внутриматочная гипоксия плода при незрелых родовых путях (23%). Отметим, что операция кесарева сечения выполнялась в 21,4% случаев среди всех (159) родов у юных беременных, при этом общий показатель абдоминальных родоразрешений на 2011–2012 годы по 16 родильному дому составил 12–13%.

Технически под эпидуральной анестезией операции прошли без особенностей. Кесарево сечение производилось интраперитонеально в нижнем сегменте матки. Лапаротомия — разрез по Пфанненштилю. Ушивание разреза на матке проводилось двухрядным непрерывным викриловым швом. Средняя продолжительность операции составила $42,8 \pm 17$ минут. Среднее время от начала операции до извлечения ребенка составило 37 ± 21 минут. Средняя кровопотеря составила 694 ± 20 мл. При этом у 4 подростков (12% случаев) на фоне кровопотери понадобилась интраоперационная трансфузия компонентов крови, показаниями которой у двух девушек стала интраоперационная кровопотеря в объеме 750 и 800 мл при изначальной анемии II ст. У двух других подростков показаниями к гемотрансфузии явилась массивная интраоперационная кровопотеря — 1200 и 1300 мл.

При анализе послеоперационного периода выявлено, что 94% юных родильниц получали терапию антибактериальными препаратами широкого спектра действия (цефазолин, цефтриаксон, амоксилав, сульфасин) более трех суток в связи с различными воспалительными осложнениями: лейкоцитоз выше $13 \times 10^9/\text{л}$ (58,9%), лохиометра (20,8%), повышение температуры тела выше $37,5^\circ\text{C}$ (20,3%).

При гистологическом исследовании последов обнаружено, что у 47% родильниц имелась хроническая недостаточность плаценты с острой декомпенсацией, у 8,9% определялся восходящий бактериальный хориоамнионит, у 44,1% определялось ДНК- либо РНК-вирусное и хламидийное поражение плаценты. В 56% наблюдалось сочетание указанных факторов.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что ювенильная беременность и роды часто протекают на фоне инфицирования половых путей и приводят к возникновению различного характера осложнений: угрозы прерывания беременности, маточно-плацентарной недостаточности, воспалительных осложнений, аномалий родовой деятельности и, как следствие, большому проценту оперативных родоразрешений.

Выводы

Родоразрешение путем абдоминального кесарева сечения составляет пятую часть от всех родов у юных женщин (21,4%), при этом общий показатель абдоминальных родоразрешений на 2011–2012 годы по родильному дому составил 12–13%.

Для юных женщин, родоразрешенных путем операции кесарева сечения, характерен очень ранний сексуальный дебют — до 15 лет в 70,1% случаев и высокая частота воспалительных заболеваний органов малого таза — в 56%.

Меньше половины юных женщин, подвергшихся абдоминальному родоразрешению (44%), изначально решили сохранить беременность и встали на учет в женскую консультацию в первом триместре. При этом 26% таких пациенток на учете по беременности вовсе не состояли.

Характерно отягощение течения беременности гестозом (91,5%) и угрозой прерывания на разных сроках больше чем у половины беременных подростков (61,8%), которым впоследствии потребовалось кесарево сечение.

У 88,2% юных женщин, родоразрешенных абдоминально, отмечено инфицирование полового тракта, в основном смешанной флорой с преобладанием уреаплазменно-микоплазменной и хламидийной инфекции.

Одним из частых факторов, осложняющих роды у юных женщин и являющимся одним из поводов к экстренному абдоминальному родоразрешению, является преждевременное и раннее излитие околоплодных вод (14,7 и 8,8%), а также наличие гипоксии внутриутробного плода, о чем свидетельствуют мекониальные околоплодные воды (68,7%)

Высокая частота послеоперационных осложнений воспалительного характера, напрямую связанная с частотой инфицирования половых путей при беременности, требует проведения антибактериальной терапии в подавляющем большинстве случаев (94%). Однако использование антибиотиков широкого спектра без соответствия протоколу назначения антибактериальной терапии ведет к хронизации инфекционного процесса и антибиотикорезистентности.

Литература

1. Баранов А. Н., Санников А. Л., Банникова Р. В. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья женщин. — Архангельск: АГМА, 1997. — 177 с.
2. Гаврилова Л. В. Репродуктивное поведение населения Российской Федерации в современных условиях. — М.: МЕДпресс, 2000. — 160 с.
3. Гинекология от пубертата до постменопаузы: практическое руководство для врачей / Айламазян Э. К., Потин В. В., Тарасова М. А. [и др.]; ред. Э. К. Айламазян. — М.: МЕДпресс-информ, 2007. — 512 с.
4. Гуркин Ю. А. Гинекология подростков: практическое руководство. — СПб.: Фолиант, 2000. — 574 с.
5. Гуркин Ю. А., Сулопаров Л. А., Островская Е. А. Основы ювенильного акушерства. — СПб.: Фолиант, 2001. — 350 с.
6. Гуртовой Б. Л., Емельянова А. И., Анкирская А. С. Основные принципы антибактериальной профилактики и терапии инфекционных осложнений кесарева сечения // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». — М., 2004. — С. 60–61.
7. Долгов Г. В. Гнойно-воспалительные осложнения в оперативной гинекологии. — СПб.: Элби-СПб, 2001. — 173 с.
8. Коколина В. Ф. Гинекологическая эндокринология детского и подросткового возраста: руководство для врачей. — М.: Медпрактика-М, 2005. — 339 с.
9. Можейко Л. Ф. Становление репродуктивной системы у девочек в современных условиях // Охрана материнства и детства. — 2000. — № 1. — С. 101–107.
10. Погорелова А. Б., Николаева Е. И., Волгина В. Ф. Критерии качества медицинской помощи при родоразрешении путем операции кесарева сечения // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». — М., 2004. — С. 630–632.
11. Поленов Н. И., Кузьминых Т. В. Структура показаний для операции кесарева сечения у женщин с рубцом на матке // Материалы VII Российского форума «Мать и дитя». — М., 2005. — С. 206–207.
12. Профилактика и превентивная терапия инфекционно-воспалительных осложнений внутриматочной хирургии / Стрижаков А. Н. [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2003. — Т. 2, № 4. — С. 5–7.
13. Репродуктивное здоровье и сексуальное поведение современной молодежи / Пестрикова Т. Ю. [и др.] // Научно-информационный журнал. — 2002. — № 3. — С. 16–18.
14. Шаранова О. В. Современные проблемы охраны репродуктивного здоровья женщин: пути решения // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2003. — Т. 2, № 1. — С. 7–16.

Статья представлена Э. К. Айламазяном,
ФГБУ «НИИАГ им. Д. О. Отта» СЗО РАМН,
Санкт-Петербург

CESAREAN SECTION AT JUVENILE OBSTETRICS

Zolotov I. S., Kutusheva G. F., Rukoyatkina Ye. A.

■ **Summary:** The features of pregnancy, childbirth and the postpartum period of young women, delivery by Caesarean section were discovered on the basis of a maternity hospital in St. Petersburg. The analysis of the data has identified the criteria for the negative impact on the reproductive potential of young people, the percentage of abdominal deliveries and their complications.

■ **Key words:** juvenile pregnancy; abdominal delivery; indication; reproductive potential complication.

■ Адреса авторов для переписки

Золотов Иван Сергеевич — заочный аспирант кафедры детской гинекологии и женской репродуктологии, Санкт-Петербургский государственный медицинский педиатрический университет; врач акушер-гинеколог, ГБУЗ «Городская больница №9». 197110, Россия, Санкт-Петербург, Крестовский пр-т, д. 18. **E-mail:** ikvan@yandex.ru.

Zolotov Ivan Sergeevich — graduate student, Saint-Petersburg State Pediatric Medical University; obstetrician-gynecologist, hospital №9. 197110, St. Petersburg, Krestovskiy pr., 18, Russia. **E-mail:** ikvan@yandex.ru.

Кутушева Галия Феттяховна — д. м. н., профессор, заведующая кафедрой детской гинекологии и женской репродуктологии, Санкт-Петербургский государственный медицинский педиатрический университет. 194100, Россия, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2. **E-mail:** galiya@chadogyn.ru.

Kutusheva Galiya Fettyakhovna — MD, professor, Head of the Department of Pediatric Gynecology and Women's Reproductology, Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. 194100, St. Petersburg, Litovskaya St., 2, Russia. **E-mail:** galiya@chadogyn.ru.

Рукояткина Елена Алексеевна — к. м. н., заместитель главного врача по медчасти, ГБУЗ «Родильный дом №16». 192283, Россия, Санкт-Петербург, Малая Балканская ул., д. 54. **E-mail:** e.a.ryk@mail.ru.

Rukoyatkina Yelena Alekseyevna — PhD, Deputy chief medical officer, maternity hospital № 16 Saint-Petersburg. 192283, St. Petersburg, Malaya Balkanskaya St., 54, Russia. **E-mail:** e.a.ryk@mail.ru.