

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН ПОДРОСТКОВОГО И ОПТИМАЛЬНОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

© Т.М. Ларюшева, Н.Г. Истомина, А.Н. Баранов

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Архангельск, Россия

■ **Актуальность.** В настоящее время сохраняется достаточно высокая частота родов у подростков, при этом остается спорным вопрос о степени благоприятности течения беременности и частоте осложнений у них. **Материалы и методы.** На основании данных анкетирования и анализа медицинской документации 500 юных (от 13 до 18 лет) и 1500 женщин оптимального репродуктивного возраста (от 20 до 25 лет) за 2011–2014 годы проведена оценка социального статуса, основных клинических показателей течения беременности и родов. **Результаты.** Средний возраст юных беременных составил  $17,24 \pm 0,89$  года. Среди беременных подростков преобладали учащиеся школ и средних специальных заведений (57,8%), среди 20–25-летних — работающие (66,9%). У подростков начало половой жизни происходит в среднем на два года раньше, чем у женщин группы сравнения. У 94,4% подростков настоящая беременность была первой, в группе сравнения — у 74,4% женщин. Наиболее частыми осложнениями беременности были анемия, угроза прерывания, гипоксия плода, гестационная гипертензия и преэклампсия. Отмечена несколько большая частота их встречаемости у юных женщин. В 92,2% случаев у подростков беременность завершилась срочными родами, этот же показатель у 20–25-летних составил 94,4%. Средняя продолжительность родов была аналогичной в обеих группах. Процент кесарева сечения у юных составил 13%, у женщин 20–25 лет — 17,6%. **Выводы.** Беременность у подростков, как правило, является незапланированной и возникает при раннем начале сексуальных отношений, при меньшем «стаже» половой жизни, социально зависимом положении и низком профессиональном статусе. У несовершеннолетних по сравнению с 20–25-летними роженицами чаще встречаются преждевременные роды и рождение маловесных детей.

■ **Ключевые слова:** беременность и роды у подростков; несовершеннолетние беременные; юные матери.

## COMPARATIVE STUDY OF THE CLINICAL PARAMETERS OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN TEENAGERS AND WOMEN OF THE OPTIMAL REPRODUCTIVE AGE

© T.M. Larysheva, N.G. Istomina, A.N. Baranov

Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia

For citation: Journal of Obstetrics and Women's Diseases, 2016, vol. 65, No. 1, pp. 34-42 Accepted: 28.03.2016

■ **Objective.** Pregnancy in teenagers is still frequent, while notions about the level of it's safety and risk of specific obstetrical complications is controversial. **Materials and methods.** On the basis of interview and medical charts analysis in 500 minors (13 to 18 years) and 1500 women of the optimal reproductive age (20 to 25 years) for the years 2011–2014, social status, main clinical parameters of pregnancy and labor were examined. **Results.** The average age of young pregnant women was  $17,2 \pm 0,89$  years. Among pregnant teens the students of schools and specialized secondary schools (57.8%) were dominated, while majority of 20–25-year-olds (66.9%) were employed. In adolescents, sexual debut was on average two years earlier than in the control group of women. Primigravida were 94.4% of adolescents and 74.4% of women aged 20–25. Among most common complications of pregnancy were anemia, threatened abortion, fetal hypoxia, gestational hypertension and preeclampsia. The risk of complications was slightly greater in young women. In 92.2% of adolescents and 94.4% of controls, pregnancy was finished with term delivery. The average duration of labor was similar in both groups. The rate of caesarean section was 13% in minors and 17.6% in 20–25 years-old women. **Conclusions.** Pregnancy in adolescents is usually unplanned and occurs in early onset of sexual relations, “socio-adjective position” and low professional status. Among minors precipitate delivery and preterm birth were more common as well as greater percentage of low birth weight newborns in comparison with 20–25 year old women.

■ **Keywords:** pregnancy and parturition in minors; pregnant adolescent; young mothers.

Медицинские и социальные аспекты репродуктивного здоровья молодежи стали особенно актуальны в последние годы в связи с обострившейся проблемой качественного и количественного воспроизводства населения, а также значимым ухудшением характеристики здоровья матерей и их детей. В соответствии с ВОЗ оптимальным возрастом для рождения ребенка является промежуток от 20 до 30 лет. Ранние (до 19 лет) и поздние (старше 35 лет) роды значительно чаще оказывают неблагоприятное влияние как на здоровье женщины, так и ребенка [1–6]. Вынашивание беременности в подростковом возрасте является серьезным испытанием, потому как беременность и роды протекают в условиях функциональной незрелости организма, при неадекватности механизмов адаптации, что является основой высокого риска осложнений для матери и плода [7–10]. Несмотря на целый ряд работ по проблеме ювенильной беременности, до сих пор отсутствует единая точка зрения на течение процесса гестации и родов у подростков в современных условиях [3–5, 7–10]. Можно предположить, что течение беременности и родов у подростков в сравнении с женщинами оптимального репродуктивного возраста будет осложнено и может иметь свои особенности.

### Цель исследования

Оценить основные показатели течения беременности и родов, а также состояние новорожденных у несовершеннолетних женщин Архангельской области в сравнении с группой 20–25-летних женщин за период с 2011 по 2014 год.

### Материалы и методы исследования

С целью решения поставленных задач было проведено проспективное исследование популяции юных беременных женщин в возрасте от 13 до 18 лет, постоянно проживающих на территории Архангельской области ( $n=500$ ), и их новорожденных. Контроль первичного материала осуществлялся путем проверки ряда параметров по данным официальной медицинской документации. Проведенная работа позволила комплексно оценить особенности социального статуса, репродуктивного и контрацептивного поведения беременных подростков.

Контрольную группу составили 1500 первородящих женщин в возрасте от 20 до 25 лет

(средний возраст —  $22,82 \pm 1,71$  года), постоянно проживающих в указанном регионе. Этот выбор обусловлен рекомендацией ВОЗ считать данный возраст оптимальным для первого деторождения.

Исследование проводилось с 2011 по 2014 год на базе акушерских отделений г. Архангельска и г. Северодвинска и включало в себя: анкетирование беременных; оценку основных клинических показателей течения беременности и родов на основании анализа медицинской документации; математический анализ полученных данных (с помощью использования статистической программы SPSS 21.0). Так как распределение большинства показателей носило непараметрический характер, для сравнения групп использовали хи-квадрат Пирсона ( $\chi^2$ ). Статистическая значимость результатов выражалась в виде  $p=0,000$ , считалась значимой при  $p < 0,05$ .

В исследование были включены пациентки, у которых срок гестации достиг 22 недель и более. Подбор осуществляли методом случайной выборки. Критерии включения: спонтанно наступившая одноплодная беременность и предстоящие первые роды, возраст от 13 до 18 лет. Критерии исключения: отказ пациентки от участия в исследовании.

### Результаты и обсуждения

При оценке полученных данных средний возраст юных беременных составил  $17,24 \pm 0,89$  года. Минимальный возраст юной мамы на момент родов составил 13 лет. Женщины в возрасте моложе 15 лет составили всего 1 % от общего количества несовершеннолетних беременных. Наиболее многочисленной оказалась группа женщин в возрасте 18 лет — 47,8 %. Семнадцатилетние беременные составили 34,6 %, 16-летние — 13 %, а 15-летние — 3,6 %. Средний возраст обследованных женщин в контрольной группе составил  $22,82 \pm 1,71$  года. Беременные в возрасте 25 лет составили 20,5 %, 24 лет — 19,8 %, 23 лет — 17,3 %, 22 лет — 16,2 %, 21 года — 14,2 %, 20 лет — 12 %.

При оценке возраста отца ребенка в группе несовершеннолетних женщин выяснилось, что его минимальный возраст равнялся 16 годам, а максимальный — 46 годам. Мы разделили отцов на следующие возрастные группы: 1-я группа — до 20 лет, 2-я группа — 20–25 лет, 3-я группа — 26–30 лет, 4-я группа — старше 30 лет. Средняя возрастная группа (20–25 лет) оказалась преобладающей и составила 64,5 %.

Группа отцов в возрасте до 20 лет составила 22,4%, группа отцов 26–30 лет — 10,9%, группа отцов старше 30 лет — 2,2%. В группе 20–25-летних беременных минимальный возраст отца ребенка составил 18 лет, а максимальный — 54 года. Среди них мы выделили те же возрастные группы: 1-я группа — до 20 лет, 2-я группа — 20–25 лет, 3-я группа — 26–30 лет, 4-я группа — старше 30 лет. Группа отцов-ровесников (20–25 лет) оказалась преобладающей и составила 48%. Второе место по частоте заняла возрастная группа отцов 26–30 лет (38%). Отцы в возрасте старше 30 лет составили 13%, а отцы младше 20 лет — 1% ( $\chi^2 = 3,9$ ;  $p > 0,05$ ). Таким образом, имеется тенденция наступления беременности у юных женщин от мужчин старшего возраста, а в группе 20–25-летних женщин — от мужчин-ровесников.

Вполне ожидаемым был социальный портрет несовершеннолетних беременных. 71% беременных подростков были зарегистрированы в сельской местности, на самом деле большинство проживали в условиях города. Только треть (34,5%) беременных девушек-подростков на момент родов были замужем. Причем большинство таких браков были зарегистрированы во время настоящей беременности. В группе 20–25-летних женщин замужних было в 2 раза больше (64,5%), чем среди юных пациенток ( $\chi^2 = 6,7$ ;  $p < 0,01$ ).

Некоторые зарубежные авторы отмечают, что отсутствие учебной и трудовой занятости способствует наступлению беременности в подростковом возрасте [4–6]. По нашим данным, в группе юных беременных более половины составили учащиеся средних специальных заведений (30,3%) и школ (27,5%). Всего 3,9% несовершеннолетних беременных были студентками вузов. Почти треть (31,8%) будущих юных мам не были заняты в сфере учебы и/или производства. Только 6,6% подростков имели место работы. Несколько другие данные, отражающие социально статус, получены нами в группе 20–25-летних беременных. Большая часть (66,9%) среди них работала; почти четверть (24,8%) не работали и не учились; 5,1% были студентками вузов ( $\chi^2 = 4,2$ ;  $p < 0,05$ ).

Анализ менструальной функции показал, что у абсолютного большинства пациенток параметры менструального цикла были нормальными. Средний возраст наступления менархе в исследуемой группе составил  $13 \pm 1,23$  года,

в то время как в контрольной группе в среднем первая менструация наступила несколько позже ( $13,55 \pm 1,27$  года) ( $p < 0,01$ ). При этом в группе несовершеннолетних у 91% пациенток возраст менархе составил 11–14 лет, у 7,4% отмечено позднее менархе (15–18 лет), раннее менархе (10 лет) наблюдалось у 1,6% пациенток. В группе 20–25-летних эти показатели были несколько иными: у 80,5% менархе наступило в возрасте 11–14 лет, у 18,9% — в 15–18 лет, у 0,6% — в 10 лет. У большинства девушек к моменту наступления беременности установился регулярный менструальный цикл (97,2%), в контрольной группе регулярный менструальный цикл был отмечен в 94% случаев ( $\chi^2 = 3,85$ ;  $p < 0,05$ ).

Нами был рассчитан так называемый «менструальный возраст» (количество лет от наступления менархе до настоящей беременности) в обеих исследуемых группах. У подростков менструальный возраст (МВ) колебался от 0 до 8 лет. У 20,3% несовершеннолетних беременных менструальный возраст составил 3 года, у 33,2% — 4 года, у 22,3% — 5 лет, у 11,4% — 6 лет. В группе сравнения менструальный возраст варьировал от 4 до 14 лет, составив 7 лет у 14% опрошенных, 8 лет — у 14,1%, 9 лет — у 16,5%, 10 лет — у 14,8%, 11 лет — у 13,2%, 12 лет — у 11% ( $\chi^2 = 5,6$ ;  $p < 0,05$ ).

При исследовании особенностей половой функции у несовершеннолетних беременных выявлено, что средний возраст начала половой жизни составил  $15,35 \pm 1,23$  года, что совпадает с данными современной литературы [1, 3, 8–10]. Половина девушек при анкетировании в нашем исследовании указали, что начали половую жизнь в возрасте 15 и менее лет. По данным опроса пациенток группы сравнения, отмечено, что начало половой жизни у них приходится на  $17,37 \pm 1,74$  года ( $\chi^2 = 7,32$ ;  $p < 0,01$ ). Распределение по возрасту начала половой жизни было следующим: 15 и менее лет — 11,9%, 16–18 лет — 68,1%, старше 18 лет — 20%. Самый ранний сексуальный дебют отмечен в возрасте 11 лет в обеих группах обследуемых.

Расчет «стажа» половой жизни к моменту наступления данной беременности позволил определить следующие показатели: средняя продолжительность от момента дефлорации до наступления данной беременности составила 1,82 года в группе подростков и 5,22 года в группе сравнения ( $p < 0,01$ ).

Анализ контрацептивного поведения выявил, что 50 % пациенток в группе подростков и 36,4 % в группе сравнения не применяли методы контрацепции на момент наступления настоящей беременности ( $\chi^2 = 4,88$ ;  $p < 0,05$ ). Только 16,7 % подростков и 9,1 % 20–25-летних женщин указали на применение того или иного метода контрацепции. Нерегулярную контрацепцию отметили 33,3 % несовершеннолетних и 54,5 % женщин оптимального репродуктивного возраста ( $\chi^2 = 6,75$ ;  $p < 0,01$ ). Полученные данные указывают на высокую частоту незапланированной беременности в обеих возрастных группах, что совпадает с данными современной литературы [1, 7–10]. Таким образом, очевидно, что короткий стаж половой жизни в сочетании с отсутствием контрацепции, как правило, приводит к наступлению unplanned (случайной) беременности у подростков.

При оценке паритета беременности получены вполне ожидаемые результаты. В группе подростков у преобладающего большинства (в 94,4 %) она была первой, второй — в 5 % случаев, третьей — в 0,6 % (в двух случаях из пяти сот). В группе сравнения первобеременных оказалось меньше (74,4 %), данная беременность была второй по счету у каждой пятой пациентки (20,8 %), третьей — в 3,7 %, четвертой — в 0,6 %, пятой — в 0,3 % и шестой — в 0,2 % случаев ( $p < 0,01$ ).

В таблице 1 представлены исходы предыдущих беременностей у несовершеннолетних и 20–25-летних беременных.

Исходя из данных, приведенных в таблице, можно сделать вывод, что высокий процент медицинских аборт при предыдущей гестации указывает на отсутствие планирования беременности, что не совпадает с ответами пациенток при анкетировании.

Высокой оказалась частота встречаемости вредной привычки в виде курения (40 %) в группе несовершеннолетних, от которой будущие мамы не отказались даже во время беременности. В группе 20–25-летних частота распространения табачной зависимости встречалась более чем в 2 раза реже и составила 18,3 % ( $\chi^2 = 4,5$ ;  $p < 0,05$ ).

Таким образом, наше исследование показало, что беременность у подростков возникает при раннем начале сексуальных отношений, при меньшем «стаже» половой жизни, наличии вредных привычек, социально зависимом положении, низком профессиональном статусе, а также неправильном и нерегулярном применении методов контрацепции. Эта информация согласуется с данными литературы [1, 3, 4, 7–10].

Таким образом, при планировании мероприятий по профилактике ювенильной беременности, при беседе с подростками необходимо стимулировать их повышать уровень образования и стремиться к профессиональному росту, убеждать в том, что для счастья и благополучного исхода беременности и родов важно создавать семью и планировать деторождение в оптимальный возрастной период (21–29 лет). К тому же при выполнении этой

Таблица 1

Исходы предыдущих беременностей у юных и 20–25-летних беременных

Исходы предыдущих беременностей	Юные женщины		20–25-летние женщины	
	число случаев	%	число случаев	%
Медицинских абортов				
1	25	89,2	237	61,7
2	0	0	33	8,6
3	0	0	7	1,8
4 и более	0	0	4	1,1
Самопроизвольных абортов				
1	1	3,6	55	14,3
2	1	3,6	3	0,8
3	0	0	1	0,25
Неразвивающихся беременностей				
1	1	3,6	39	10,1
2	0	0	4	1,1
Эктопических беременностей				
	0	0	1	0,25

работы нужно обращать внимание на социальную адаптацию подростка.

Особое внимание необходимо обратить на исходный соматический статус матери до родов. С этой целью проведен анализ имеющейся экстрагенитальной патологии у беременных подростков. По данным диспансерных карт только у трети (34,1%) несовершеннолетних женщин нет указаний на наличие хронических соматических заболеваний. У четверти (25,4%) беременных подростков встречались заболевания желудочно-кишечного тракта и печени; каждая пятая (22,6%) страдала заболеваниями мочевыделительной системы. В 9,4% случаев отмечены болезни кожи, в 8,2% — болезни органов дыхания, в 5,6% — заболевания органов зрения (в основном миопия), в 5,2% — эндокринопатии, в 4,2% — патология костной системы, в 1,6% — заболевания нервной системы и в 1,4% — сердечно-сосудистые заболевания.

По данным проведенного нами анализа среди женщин 20–25-летнего возраста такой же процент беременных (34,6%), как и среди подростков, не указали на сопутствующие экстрагенитальные заболевания ( $\chi^2 = 3,5$ ;  $p > 0,05$ ). Немного по-другому выглядела частота встречаемости соматических заболеваний в этой группе: в 22,5% — заболевания желудочно-кишечного тракта, 17,3% — заболевания мочевыделительной системы, 14,8% — сердечно-сосудистые заболевания, 13,7% — глазные болезни, 11,1% — эндокринные заболевания, 7% — заболевания дыхательной системы, 3,4 и 3,3% — соответственно заболевания костной системы и кожные болезни, 1,9% — болезни нервной системы.

Среди обеих групп частота встречаемости нозологических форм соматических болезней оказалась примерно одинаковой. На одно хроническое заболевание в анамнезе указали 44,2% подростков и 42,7% женщин контрольной группы, на два — 16,9 и 17%, на три — 3,8 и 4,6%, на четыре соматические патологии — 0,8 и 0,9%, по 5 заболеваний выявлено в 0,2 и 0,1% случаев соответственно, эти минимальные отличия ожидаемо не оказались достоверными ( $\chi^2 = 3,0$ ;  $p > 0,05$ ).

Таким образом, большинство беременных подростков и женщин оптимального репродуктивного возраста имеют сопутствующие экстрагенитальные заболевания, причем более 50% из них указали на наличие двух

и более нозологических форм. К тому же наличие экстрагенитальных заболеваний у беременных оказывает неблагоприятное влияние на развитие и жизнеспособность плода, являясь фоном для развития осложнений беременности.

По материалам диспансерных карт гинекологическая патология в анамнезе встречалась в 59,6% случаев среди несовершеннолетних и в 65% случаев среди женщин 20–25 лет ( $\chi^2 = 4,5$ ;  $p < 0,05$ ). В группе юных беременных ведущее место (29%) занимает эктопия шейки матки, 22% имели в анамнезе неспецифические вульвовагиниты, 4,8% — ВЗОМТ, 3,4% — кисты яичников и 0,2% — нарушения менструального цикла в виде кровотечений. Структура и частота встречаемости гинекологической патологии практически совпадает с таковой в группе сравнения, в которой в 33,5% случаев выявлена эктопия шейки матки, в 23,5% — неспецифические вульвовагиниты, в 3,7% — кисты яичников, в 3,6% — ВЗОМТ и в 0,8% — нарушения менструального цикла в виде кровотечений.

Настораживает, что процент перенесенных воспалительных заболеваний органов малого таза среди подростков выше, чем у женщин более старшего возраста, что может неблагоприятно отразиться на репродуктивном здоровье в будущем.

При оценке параметров диспансерного наблюдения выявлено, что 78,8% подростков впервые обратились в женскую консультацию в первой половине беременности (до 20 недель). В то же время явка до 12 недель состоялась лишь в 57,2%. При сроке беременности от 21 до 30 недель под диспансерное наблюдение взяты 14,2% подростков, в срок более 30 недель — 3,4%. В группе 20–25-летних большинство женщин (86,8%) обратилось в женскую консультацию до 12 недель беременности, 10% — взяты на диспансерный учет в срок 13–20 недель, 2,7% — в срок 21–30 недель и 0,4% — в срок более 30 недель ( $p < 0,01$ ).

Следует отметить, что 3,6% юных беременных вообще не посещали врача, аналогичный показатель в группе сравнения составил всего лишь 0,1% ( $p < 0,01$ ). Как правило, несвоевременное обращение в женскую консультацию подростков связано с боязнью осуждения, стеснением и неуверенностью в своем решении о вынашивании беременности. Особенностью при ведении беременности у юных женщин является такое явление, как недостаточный охват

в биохимическом и ультразвуковом скрининге на определение хромосомной патологии в срок 11–14 недель, что связано с поздней явкой.

Определенный интерес представляет характер течения беременности у несовершеннолетних женщин. Наиболее частыми осложнениями гестации у этой группы, по нашим данным, оказались следующие: анемия (64,2%), угроза прерывания (38,2%), плацентарная недостаточность (31%), рвота (28,2%). Отеки беременной выявлены в 19,8% случаев, инфекция мочевыделительной системы — в 12,7%, ЗВУР плода — в 12,6%, гестационная артериальная гипертензия — в 6,4%, кровотечение во время беременности — в 5,8%, преэклампсия — в 5% случаях.

Структура этих осложнений в группе 20–25-летних была аналогичной, но частота встречаемости несколько меньшей. Так, анемия выявлена в 52%, угроза прерывания беременности в 35,3%, развитие плацентарной недостаточности — в 27,1%, отеки — в 19,8%, рвота — в 18,8%, формирование ЗВУР плода — в 9,8%, гестационный пиелонефрит — в 7,7%, гипертензия беременных — в 5,6%, кровотечение во время беременности — в 4,1%, преэклампсия — в 4% случаев ( $p < 0,05$ ).

Полученные результаты свидетельствуют о более высокой частоте встречаемости осложнений беременности в группе несовершеннолетних, что совпадает с данными многих исследователей [1–6] и, вероятнее всего, обусловлено различными факторами, в том числе социальными, физиологическими и медицинскими.

В нашем исследовании в 92,2% беременность у подростков завершилась срочными родами. Этот показатель у 20–25-летних женщин составил 94,4% ( $\chi^2 = 5,7$ ;  $p < 0,05$ ). Средний срок родов в обеих группах составил почти 39 недель (38,77 недели — у юных и 38,93 недели — в контрольной группе) ( $p < 0,01$ ). Процент преждевременных родов был выше в группе несовершеннолетних (7,8%) в сравнении с пациентками более старшего возраста (5,6%) ( $\chi^2 = 7,7$ ;  $p < 0,01$ ). Эти же данные подтверждают многие исследователи [2–4, 6, 9].

Естественные роды произошли у 87% матерей-подростков, 13% из них родоразрешены путем кесарева сечения. Процент кесарева сечения в группе 20–25-летних женщин оказался выше и составил 17,6%; у 82,4% роды были естественными ( $p < 0,05$ ). Среди пациентов, которым проведено кесарево сечение, две

трети в каждой группе (70,3% юных и 72,3% 20–25-летних) были прооперированы по срочным показаниям. Наиболее частыми показаниями к кесареву сечению у подростков явились: упорная слабость родовой деятельности (20,3%) и тазовое предлежание плода (18,8%). Острая гипоксия плода, так же как и сочетание относительных показаний, поделили третье и четвертое места (14,1%), а клинически узкий таз оказался в этом списке на пятом месте (12,5%).

Немного иная структура показаний для кесарева сечения оказалась у женщин 20–25 лет: в 20,5% — острая гипоксия плода, в 17,4% — слабость родовой сил, в 16,2% — сочетание относительных показаний, в 14,7% — тазовое предлежание плода, в 13,5% — клинически узкий таз.

Интересным оказался тот факт, что у каждой четвертой несовершеннолетней пациентки, родоразрешенной абдоминальным путем, роды были преждевременными.

У женщин-подростков в большинстве случаев начало родов было спонтанным (90,3%). У каждой десятой (9,7%) роды были индуцированы. Основными показаниями для родовозбуждения послужили: тенденция к перенашиванию, признаки плацентарной недостаточности, артериальная гипертензия беременных и преэклампсия.

Общий процент тазовых предлежаний плода составил 2,4%, что ниже, чем в общей популяции. Большинство женщин с тазовым предлежанием плода были родоразрешены путем кесарева сечения.

Преждевременный разрыв плодных оболочек встречался практически у каждой четвертой (23,4%) несовершеннолетней беременной. Схожие результаты получены у пациенток оптимального репродуктивного возраста, когда частота встречаемости преждевременного излития околоплодных вод составила 28,3% ( $p < 0,05$ ). Длительный безводный период (более 12 часов) встречался у каждой десятой (10%) среди юных рожениц, а среди 20–25-летних рожениц — в 16,3% случаев.

У каждой пятой женщины-подростка (21%) роды осложнились слабостью родовой сил. В группе сравнения данный показатель составил 25,8% (у каждой четвертой роженицы 20–25-летнего возраста) ( $\chi^2 = 4,6$ ;  $p < 0,05$ ).

Родовой травматизм среди юных матерей встречался в виде разрывов промежности у 5%, влагалища — у 8,1% и шейки матки — у 9,2%.

В группе сравнения разрыв промежности встречался в 8,3% случаев, разрыв влагалища — в 4,5%, разрыв шейки матки — в 8% случаях ( $p < 0,05$ ). Эпизиотомия была проведена у каждой третьей юной женщины (31,5%) и у каждой четвертой (25,6%) женщины в группе сравнения ( $p < 0,05$ ).

Средняя продолжительность родов у матерей-подростков составила 9 ч 30 мин ( $\pm 4$  ч 50 мин), что сопоставимо с данными, полученными в группе 20–25-летних женщин, — 9 ч 35 мин ( $\pm 3$  ч 40 мин) ( $\chi^2 = 38$ ;  $p < 0,05$ ). Быстрые и стремительные роды у подростков встречались в 14,7% случаев, что в 3 раза превышает аналогичный показатель в контрольной группе (4,9%) ( $p < 0,01$ ). На этот факт обращают внимание другие зарубежные и отечественные авторы. Затяжные роды (продолжительностью более 18 ч) у юных рожениц диагностированы в 1,6%, у женщин 20–25 лет — в 1,5% случаев ( $p < 0,05$ ). Минимальная продолжительность родов составила 1 ч 35 мин у подростков и 1 ч 16 мин — у рожениц 20–25 лет; максимальная продолжительность родов у несовершеннолетних женщин равнялась 22 ч 30 мин, у возрастной группы 20–25 лет — 23 ч 20 мин.

Средняя кровопотеря в родах у юных женщин составила 185,6 ( $\pm 68,6$ ) мл, у 20–25-летних женщин — 265,9 ( $\pm 195,6$ ) мл ( $\chi^2 = 6,63$ ;  $p = 0,01$ ). Патологическая кровопотеря (500 мл и более) в обеих группах встречалась в 1% случаев при родоразрешении через естественные родовые пути.

Таким образом, при анализе течения родов обеих возрастных групп показано, что среди подростков отмечается несколько больший процент преждевременных родов и большая частота аномалий сократительной деятельности матки в виде чрезмерно быстрой родовой деятельности.

Средний вес доношенных детей, рожденных от матерей-подростков, составил 3305 ( $\pm 435,8$ ) г, этот же показатель среди 20–25-летних женщин составил 3293 ( $\pm 557,75$ ) г ( $\chi^2 = 3,83$ ;  $p = 0,05$ ). Средний рост доношенных детей от юных матерей составил 51,17 ( $\pm 2,07$ ) см и 51,14 ( $\pm 3,0$ ) см у женщин 20–25 лет ( $p < 0,05$ ). Частота рождения крупных плодов у юных женщин составила 4,2% и 7,0% — в группе сравнения ( $p < 0,01$ ). В то же время рождение детей массой менее 2500 г у несовершеннолетних составило 9,8% и 6,3% — в 20–25-летнем возрасте ( $\chi^2 = 4,25$ ;  $p < 0,05$ ).

Оценка по шкале Апгар на 1-й мин составила: 7 баллов и более у 92,9% новорожденных, рожденных подростками, и у 90,8% детей от матерей группы сравнения ( $p < 0,05$ ). Дети с оценкой 4–6 баллов по шкале Апгар составили 5,8% у юных и 7,5% среди рожениц 20–25 лет ( $\chi^2 = 3,7$ ;  $p > 0,05$ ). В состоянии тяжелой асфиксии родилось 1,2% детей у женщин-подростков и 1,8% — у женщин оптимального репродуктивного возраста ( $p < 0,05$ ).

Осложнения неонатального периода в обеих группах в основном были представлены внутриутробной инфекцией в виде поражения глаз и кожи, желтухой новорожденных и спинальной ишемией.

По данным проведенного исследования, выявлено, что частота встречаемости пороков развития у детей от несовершеннолетних матерей составил 1,8% (9 случаев из 500), а у детей контрольной группы — 1,5% (23 случая из 1500) ( $p < 0,01$ ). У новорожденных от матерей-подростков выявлены следующие аномалии развития: пороки сердца — у 4, пороки нервной системы — у 2, расщепление верхней губы и твердого неба — у 1, гидронефроз — у 1, образование брюшной полости — у 1. У детей от матерей 20–25 лет выявлены следующие аномалии развития: пороки центральной нервной системы — у 7, расщелина верхней губы и твердого неба — у 4, пороки развития опорно-двигательного аппарата — у 4, аномалии мочеполовой системы — у 3, пороки сердца — у 2, кисты легкого — у 1, образование надпочечников — у 1.

Следует отметить, что многие исследователи отмечают у юных матерей редкое рождение детей с врожденными пороками развития [2–4, 6, 9].

Большинство детей (82,6% — от юных матерей и 87,8% — от 20–25-летних женщин) ( $\chi^2 = 5,7$ ;  $p < 0,05$ ) были выписаны домой в среднем на 6,34-е ( $\pm 1,72$ ) сутки. 15,2% детей от матерей-подростков и 11,6% детей матерей оптимального возраста были переведены для обследования и лечения в детские клиники в среднем на 7-е сутки.

## Заключение

Беременность у подростков возникает при раннем начале сексуальных отношений, при коротком «стаже» половой жизни, а также неправильном и нерегулярном применении методов контрацепции. Для несовершеннолетних беременных характерны следующие черты: высокий процент неза мужних, низкий

уровень образования, социально зависимое положение, высокая частота вредной привычки в виде курения.

Результаты исследования свидетельствуют о более высокой частоте встречаемости осложнений беременности в группе юных в сравнении с группой 20–25-летних женщин, что совпадает с данными многих исследователей и, вероятнее всего, обусловлено различными факторами, в том числе социальными, физиологическими и медицинскими.

При анализе течения родов обеих возрастных групп показано, что среди подростков отмечается несколько больший процент преждевременных родов и большая частота аномалий сократительной деятельности матки в виде чрезмерно быстрой родовой деятельности.

У несовершеннолетних женщин отмечен больший процент рождения маловесных детей и меньший процент крупных детей, чем от матерей 20–25 лет.

Тем не менее, несмотря на высокую частоту гестационных осложнений у юных рожениц, течение и исход родов были достаточно благоприятными. Возможно, это обусловлено тем, что родоразрешение у юных беременных проводили в клиниках областного центра, в которых персонал подготовлен к ведению осложненных родов. Этому способствовало и более пристальное наблюдение за беременными подростками врачами женских консультаций, и применение программированных родов.

Полученные данные еще раз подтверждают необходимость тщательного обследования беременных женщин, как взрослых, так и совсем юных, с целью своевременной диагностики и лечения осложнений беременности, профилактики и индивидуальной реабилитации соматических и генитальных заболеваний. На этапе диспансерного наблюдения за беременностью у подростков, кроме врачей, следует привлекать психологов и социальных работников. Имеет смысл организовывать отдельные приемы акушера-гинеколога, чтобы не усугублять стресс и смущение у несовершеннолетних беременных, для которых характерны высокий уровень тревоги, обидчивость, потребность в утешении и опеке.

## Литература

1. Гусева Е.В., Чумакова О.В., Филлипов О.С. Медико-социальные аспекты медицинской смертности у юных женщин в Российской Федерации // Вопросы современной педиатрии. – 2008. – Т. 7. – № 3. – С. 13–16. [Guseva EV, Chumakova OV, Fillipov OS.

- Medico-social aspects of maternal deaths in minors in Russian Federation. *Voprosy sovremennoj pediatrii*. 2008;7(3):13-16. (In Russ).]
2. Красникова М.Б., Юлдашев В.Л., Трубина Т.Б. Особенности течения беременности, родов, послеродового периода и состояние новорожденных у девочек-подростков // Медицинский вестник Башкортостана. – 2011. – Т. 6. – № 3. – С. 15–19. [Krasnikova MB, Juldashev VL, Trubina TB. Specificities of pregnancy, labor, puerperium and neonates condition in teenagers. *Medicinskij Vestnik Bashkortostana*. 2011;6(3):15-19. (In Russ).]
3. Михайлин Е.С. Особенности течения беременности и родов у несовершеннолетних и женщин среднего репродуктивного возраста // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 8. – С. 145–146. [Mihajlin ES. Peculiarities of pregnancy and labor process in minors and women of middle reproductive age. *Mezhdunarodnyj zhurnal jeksperimental'nogo obrazovanija*. 2014;8:145-146. (In Russ).]
4. Михайлин Е.С. Характеристики родового акта у подростков // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 2. – С. 391–392. [Mihajlin ES. Characteristics of parturition in teenage. *Mezhdunarodnyj zhurnal jeksperimental'nogo obrazovanija*. 2015;2:391-392. (In Russ).]
5. Рябинкина Т.С., Симоновская Х.Ю., Маклецова С.А. Репродуктивные планы: сохранить и приумножить потенциал // Status Praesens. – 2013. – С. 24. – (Итоги встречи российских врачей с руководством Европейского общества гинекологов и Европейского общества по контрацепции и репродуктивному здоровью. М., 12–13 марта 2013 г.) [Rjabinkina TS, Simonovskaja HJ, Maklecova SA. Reproductive plans: to save and increase a potentiation. *Status Praesens*. 2013:24. (Itogi vstrechi rossijskih vrachej s rukovodstvom Evropejskogo obshhestva ginekologov i Evropejskogo obshhestva po kontracexpcii i reproduktivnomu zdorov'ju. Moscow, 12–13 marta 2013 goda) (In Russ).]
6. Ушакова Г.А., Николаева Л.Б., Тришкин А.Г. Течение беременности и родов, состояние потомства у первородящих женщин // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 2. – С. 3–5. [Ushakova GA, Nikolaeva LB, Trishkin AG. Pregnancy, parturition and condition of offsprings in primiparous women. *Akusherstvo i ginekologija*. 2009;2:3-5. (In Russ).]
7. Чечулина О.В. Особенности течения беременности и родов у юных женщин // Практическая медицина. – 2010. – № 2. – С. 60–62. [Chechulina OV. Specificities of pregnancy and labor in young women. *Prakticheskaja medicina*. 2010;2:60-62. (In Russ).]
8. Olausson PO, Chattingius S, Haglund B. Does the increased risk of preterm delivery in teenagers

- persist in pregnancies after the teenage period? *BJOG*. 2001;108:721-725. doi: 10.1111/j.1471-0528.2001.00182.x.
9. Wang CS, Chou P. Risk factors for adolescent primigravida in Kaohsiung county, Taiwan. *Am J Prev Med*. 1999;17:43-47. doi: 10.1016/S0749-3797(99)00035-5.
10. Ziadeh S. Obstetric outcome of teenage pregnancies in North Jordan. *Arch Gynec Obstet*. 2001;265:26-29. doi: 10.1007/s004040000121.

---

**■ Адреса авторов для переписки**

*Татьяна Михайловна Ларюшева* — аспирант кафедры акушерства и гинекологии. ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Архангельск, Россия. E-mail: a.n.baranov2011@yandex.ru.

*Наталья Георгиевна Истомина* — канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии. ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Архангельск, Россия. E-mail: a.n.baranov2011@yandex.ru.

*Алексей Николаевич Баранов* — д-р мед. наук, профессор, зав. каф. акушерства и гинекологии. ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Архангельск, Россия. E-mail: a.n.baranov2011@yandex.ru.

*Татьяна М. Ларюшева* — post-graduate student of the Department of obstetrics and gynecology at the Northern State Medical University, Archangelsk, Russia. E-mail: a.n.baranov2011@yandex.ru.

*Natal'ya G. Istomina* — assistant of the Department of obstetrics and gynecology at the Northern State Medical University, Archangelsk, Russia. E-mail: a.n.baranov2011@yandex.ru.

*Aleksey N. Baranov* — PhD, DSc, professor, Head of the Department of obstetrics and gynecology at the Northern State Medical University, Archangelsk, Russia. E-mail: a.n.baranov2011@yandex.ru.