

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© Петрова Я.А., 2012
УДК 616-002.5:612.711.7:618.3

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ – ОПТИМИЗАЦИЯ АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ

Я.А. Петрова

ГУЗ РО № 10 г. Рязани, родильный дом № 4

В данной публикации представлена проблема беременности и родов у несовершеннолетних. В результате проведенного исследования установлено, что осложнения беременности, родов и патологические состояния новорожденных у несовершеннолетних матерей как правило, являются более высокими, чем у женщин оптимального детородного возраста. Представлены рекомендации по оптимизации акушерской помощи юным женщинам.

Ключевые слова: *девочки-подростки, несовершеннолетние, беременность, роды, контрацепция.*

Ювенильная беременность является актуальной медико-социальной проблемой, как в нашей стране, так и за рубежом [9]. Частота наступления беременности у подростков в последние 20 лет возросла во многих странах, и не имеет тенденции к снижению. Согласно официальной статистике, ежегодно в мире беременность наступает у 5 – 10% девушек в возрасте от 13 до 17 лет [8]. Распространенность беременности у юных женщин (от 12 до 19 лет) варьирует от 12:1000 женщин в развитых странах до 102:1000 в России. Среди стран Запада наибольший уровень подростковой фертильности (число беременностей на 1000 подростков) наблюдается в США и составляет 114 беременностей на 1000 девушек-подростков, а наименьший в Нидерландах – 10 на 1000. В странах Восточной Европы средний уровень подростковой фертильности составляет 37 на 1000 населения [3].

В связи с ростом числа случаев ювенильной беременности наблюдается и увеличение рождаемости у юных женщин. Ежегодно в мире проходят роды у 15 млн подростков, что составляет 2,0 – 4,5% от общего количества родов [9].

До настоящего времени отсутствует единое мнение в вопросе о частоте осложнений, возникающих у несовершеннолетних беременных и рожениц на фоне биологической, психологической, социальной незрелости. Наряду с данными об отсутствии каких-либо особенностей в течение беременности и родов у девочек-подростков при условии тщательного ведения, большинство исследователей указывают на более высокий риск возникновения акушерских осложнений в юном возрасте [1,5,6,9,10,12].

В этой группе женщин в родах чаще, чем в популяции, имеют место аномалии родовой деятельности, кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах, травмы родового канала [1].

До настоящего времени недостаточно изучены особенности течения и исходы ювенильной беременности в различных регионах России, а каждый из них имеет свои социально-экономические, природные и демографические отличия.

Целью данного исследования явился анализ течения беременности и родов в современных условиях у девочек-подростков г. Рязани и Рязанской области и разработка методов оптимизации акушерской помощи этому контингенту пациенток.

Материалы и методы

В данном исследовании проведено изучение особенностей течения беременности и родов у 368 женщин, родоразрешенных в родильном отделении МУЗ ГКБ № 10 (родильный дом № 4) г. Рязани.

Сведения собирали путем анкетирования. Были разработаны анкета медико-социального обследования и анкета течения беременности, родов, послеродового периода и состояния новорожденного.

В основную группу вошли 170 девочек-подростков в возрасте от 13 до 17 лет. Удельный вес детей, рожденных данной категорией женщин, к общему числу родившихся составил 2,2 %. Контрольную группу образовали 198 женщин оптимального детородного возраста (20-25 лет).

У всех пациенток проводился необходимый комплекс клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования беременных, предусмотренных в условиях женской консультации и акушерского стационара.

Статистическая обработка полученных данных выполнена с помощью пакета прикладных программ «SPSS 17.0», «Statistica 6.0», «Microsoft Excel 2007».

Результаты и их обсуждение

В основной группе преобладали первобеременные – 149 (87,6%). Повторной была беременность у – 21 (12,4%). Из них у – 9 (5,3%) пациенток первая беременность завершилась медицинским абортom, что согласуется с данными литературы о частоте абортов у юных женщин. По оценкам ООН, аборты среди подростков составляют 15-25% от общего числа зарегистрированных легальных абортов в ряде развитых и развивающихся стран. По данным статистики в Российской Федерации каждый десятый аборт производится у лиц моложе 19 лет; более 2000 абортов ежегодно – у подростков до 14 лет [10]. У 5(2,9%) из обследованных юных рожениц акушерский анамнез был отягощен самопроизвольными выкидышами в сроке до 8 недель беременности, прерыванием беременности по социальным показаниям при сроке 20-22 недели гестации – у 2 (1,2%)

подростков. Независимая беременность имела ранее – у 1(0,6%) несовершеннолетней. Кроме того, в этой группе находились 4 (2,4%) повторнородящих женщины, у которых ранее роды закончились рождением живых детей.

Среди женщин контрольной группы 123 (62,1%) были первобеременные, 42 (21,2%) – повторнородящие и 33 – (16,7%) повторнородящие.

Распределение несовершеннолетних рожениц по социальному положению: учащиеся средних и вечерних школ – 32 (18,8%), студентки средних технических заведений (ПТУ, колледжи) – 43 (25,3%), ВУЗов – 9 (5,3%), служащие и рабочие – 7 (4,1%). Значительное количество будущих юных мам не работали и не учились – 79 (46,5%). В контрольной группе 16 (8,1%) женщин учились в высших учебных заведениях, 32 (16,2%) были рабочими, 85 (42,9%) – служащими, 65 (32,8%) – домохозяйками.

Средний возраст менархе был близок в обеих группах и составил 12,72 ±1,79 лет в основной и 13,02 ±1,13 в контрольной группе.

В группе юных беременных средний возраст сексуального дебюта составил 15,07±1,12 лет, а в контрольной группе – 17,60 ±1,80 года, что на 2,53 года позже.

В зарегистрированном браке состояли только 75 (44,1%) беременных девочек-подростков, в незарегистрированном – 66 (38,8%), а у 29 (17,1%) рождение ребенка произошло в результате внебрачной половой связи. Причем большинство будущих юных матерей регистрировали брак после установления факта беременности и сроке более 20 недель беременности. Следует отметить, что среди юных родительских пар возраст молодых отцов превышал аналогичный показатель у матерей и в среднем составлял 21,73±4,02 года.

Преобладающее большинство рожениц оптимального детородного возраста состояли в регистрируемом браке – 159 (80,3%), в незарегистрированном – 27 (13,6%), остальные 12 (6,1%) были одиночками.

Основные экстрагенитальные заболевания, которые перенесли будущие юные мамы до беременности были следующие:

заболевания органов дыхания у – 32 (13,1%), органов пищеварения и гепатобилиарного комплекса у – 25 (10,2%), мочеполовой системы у – 16 (6,5%). В контрольной группе основными заболеваниями, перенесенными до беременности были следующие: болезни мочеполовой системы у – 33 (16,7%), заболевания сердечно-сосудистой системы – у 18 (9,1%), органов дыхания также у – 18 (9,1%) пациенток.

Перенесенные воспалительные гинекологические заболевания в группе старших по возрасту женщин встречались почти в 3 раза чаще, чем у будущих юных мам: 7,6% и 2,8% по группам соответственно. Эктопия шейки матки была выявлена до беременности у – 69 (34,8%) женщин контрольной группы и всего у – 15 (10,6%) девочек-подростков.

Осложненное течение беременности отмечалось у – 137 (80,6%) рожениц основной и у – 130 (65,7%) контрольной группы.

Беременность развивалась без осложнений только у – 33 (19,4%) пациенток основной группы, причем – 19 (11,2%) из них не наблюдались в женской консультации и беременность у них протекала без медицинского контроля. У остальных число и частота осложнений значительно превышали их уровень в популяции. Лечение в условиях стационара по поводу угрозы прерывания беременности получала – 61 (35,9%) женщина основной группы, что превышало в 1,4 раза количество пациенток контрольной группы 52 (26,3%), наблюдавшихся в стационаре с той же патологией ($p < 0,05$). Ранний токсикоз имел место – у 34 (20,0%), гестационный пиелонефрит у – 23 (15,3%), обострение хронического пиелонефрита у – 3 (2,0%), анемия у – 45 (26,5%). Поздний гестоз был выявлен у – 36 (21,2%), что было в 3 раза чаще, чем у женщин контрольной группы ($p < 0,01$). Легкая степень гестоза имела у – 28 (16,5%), средняя у – 5 (2,9%) и гестоз тяжелой степени наблюдался у – 3 (1,8%) будущих юных мам.

Все эти осложнения в основном реже отмечались в контрольной группе. Проявления раннего токсикоза наблюдались у – 24 (12,1%) пациенток. Течение беременно-

сти осложнилось поздним гестозом у – 14 (7,1%), из них: легкой степени тяжести у – 13 (6,6%), средней степени у – 1 (0,5%), а гестоз тяжелой степени вообще не был отмечен. Анемия во время беременности выявлена у – 21 (10,6%) женщины, что было в 2,5 раза реже чем у пациенток основной группы ($p < 0,01$). Гестационный пиелонефрит был выявлен у – 14 (7,1%), обострение хронического пиелонефрита у – 5 (2,5%) пациенток контрольной группы.

Роды были срочными у – 143 (84,1%) и у – 180 (90,9%) рожениц основной и контрольной группы соответственно. Преждевременные роды наблюдались – у 23 (13,5%) девочек-подростков, что было в 1,9 раз чаще, чем у женщин оптимального репродуктивного возраста – 14 (7,1%). Запоздалые роды отмечены у – 4 (2,4%) юных мам и у – 4 (2,0%) женщин в возрасте 20-25 лет.

Роды в основном проходили в головном предлежании у – 163 (95,96%) девочек-подростков и у 189 (95,5%) взрослых женщин, реже в ягодичном и ножном 7 (4,1%) и 8 (4,04%) наблюдений соответственно.

Патологические роды наблюдались у – 32 (18,8%) пациенток основной группы. В контрольной группе роды были патологическими у – 31 (15,75%) женщин.

Кесарево сечение выполнено у 12 (7,1%) юных женщин, все операции проведены в экстренном порядке. Показаниями к операции явились: тазовое предлежание плода (ножное и смешанное ягодично-ножное предлежание) в 5 случаях, клинически узкий таз в 2 случаях, стойкая слабость родовой деятельности, не поддающаяся консервативной терапии, выпадение петель пуповины, неустойчивое положение плода, двойня (смешанное ягодично-ножное предлежание I плода), преэклампсия по 1 случаю наблюдений.

В контрольной группе кесарево сечение было проведено у – 18 (9,1%) пациенток. У 7 из них операция была выполнена в плановом порядке, показаниями явились: в 4 случаях – тазовое предлежание и в 3 случаях повторная операция по поводу истончения рубца на матке после

предыдущего кесаревого сечения. В экстренном порядке прооперированы 11 женщин, по следующим показаниям: в 5 случаях стойкая слабость родовой деятельности и отсутствие эффекта от проводимой терапии, в 3 случаях клиническое несоответствие между размерами головки плода и размерами таза матери, в 2 случаях преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и в 1 случае выпадение петель пуповины.

Ручное вхождение в полость матки было проведено у 15 (8,8%) юных рожениц, из них: ручное обследование полости матки и последующий массаж матки на кулаке по поводу гипотонического кровотечения выполнено у – 8 (4,7%), ручное обследование полости матки по поводу дефекта последа у – 5 (2,9%). Ручное отделение и выделение последа при его частичном плотном прикреплении проведено у – 2 (1,2%) пациенток.

Ручное вхождение в полость матки по поводу гипотонического кровотечения, частичного плотного прикреплении плаценты, дефекта плаценты выполнено у – 13 (6,7%) женщин контрольной группы.

Разрывы шейки матки отмечались у – 32 (18,8%) юных женщин. Травмы промежности были выявлены у – 63 (37,0%), что было в 1,2 раза чаще, чем у женщин оптимального репродуктивного возраста. Из них: разрывы промежности I-II ст. наблюдались – у 31 (18,2%) и 32 (18,8%) роженицам во II периоде родов по показаниям проведено рассечение промежности.

У пациенток контрольной группы разрывы шейки матки были выявлены у – 25 (12,7%). Травмы промежности наблюдались у – 59 (29,8%), из них: разрывы промежности I-II ст. – у 27 (13,6%) и 32 (16,2%) роженицам во II периоде родов по показаниям проведено рассечение промежности.

В основной группе достаточно часто встречалось преждевременное у – 26 (15,3%) и раннее излитие околоплодных вод у – 7 (4,2%). Первичная слабость родовой деятельности была установлена в 4 (2,4%), вторичная в 12 (7,1%) наблюдениях.

В контрольной группе несвоевременное излитие околоплодных вод на-

блюдалось у 75 (38,1%) рожениц. Первичная и вторичная слабость родовой деятельности была диагностирована у – 3 (1,5%) и 9 (4,6%) рожениц.

В основной группе родилось 168 детей – 88 девочек и 80 мальчиков; в контрольной 196 младенцев – 111 мальчиков и 87 девочек.

Аntenатальная гибель плода имела место у 2 женщин каждой группы, Причиной явилась плацентарная недостаточность, связанная с воспалительными изменениями и гипоплазией плаценты.

У юных мам с массой тела до 2000 г родилось 9 (5,4%) детей, с массой от 2001 до 3000 г – 41 (24,4%) ребенок, от 3001 до 3500 г – 74 (44,0%), от 3501 до 4000 г – 34 (20,2%) и свыше 4001 г – 10 (6,0%) новорожденных. У большинства детей юных женщин – 101 (60,1%) наблюдались различные виды патологии, только – 67 (39,9%) новорожденных были выписаны домой с диагнозом: здоров. Гипотрофия I-III ст. была выявлена у- 38 (22,4%) новорожденных юных матерей. Церебральная ишемия и синдром угнетения ЦНС отмечены у – 37 (21,8%), неонатальная желтуха у – 35 (20,6%). На второй этап лечения переведены – 48 (28,6%) новорожденных, из них с ВУИ и пневмонией – 26 (15,5%).

У матерей контрольной группы с массой тела от 2001 до 3000 г родилось – 40 (20,4%) детей, от 3001 до 3500 г – 88 (44,9%), от 3501 до 4000 г – 56 (28,6%) и свыше 4001 г – 12 (6,1%). Выписаны домой с диагнозом: здоров – 92 (46,9%) новорожденных. Гипотрофия I-III ст. была выявлена у- 26 (13,1%) новорожденных. Церебральная ишемия и синдром угнетения ЦНС отмечены у – 28 (14,1%), неонатальная желтуха у – 32 (16,2%). На второй этап лечения переведены – 32 (16,3%) новорожденных, из них с ВУИ и пневмонией – 18 (9,2%).

Выводы

1. В результате проведенного исследования установлено, что осложнения беременности, родов и патологические состояния новорожденных у несовершеннолетних г. Рязани и Рязанской области,

родоразрешенных в родильном отделении МУЗ ГКБ № 10 (родильный дом № 4) г. Рязани, являются более высокими, чем у женщин оптимального детородного возраста (20-25 лет).

2. Для улучшения исходов беременности и родов у будущих юных мам необходимо проводить индивидуализированную психопрофилактическую подготовку к родам, которая была нами разработана и успешно применяется на базе родильного дома № 4 г. Рязани. Психопрофилактическая подготовка к родам у юных беременных проводится с момента знакомства с женщиной (первое занятие, которое носит индивидуальный характер) обычно осуществляется до 30 недель беременности. Цель занятий – выработать у женщин четкое представление о родах, как о естественном физиологическом процессе, научить правильному поведению и осознанному выполнению врачебных рекомендаций во время беременности и в родах. Психопрофилактическая подготовка к родам значительно уменьшает родовые боли, оказывает многостороннее, в частности организующее, влияние на женщину, способствует благоприятному течению беременности и родов. Метод абсолютно безвреден для матери и плода, а поэтому не имеет противопоказаний к массовому применению. Недостатком его является необходимость кропотливой, длительной, индивидуальной работы с пациентками, а преимуществом – благоприятный исход родов.

3. Дородовая госпитализация юных женщин должна проводиться за 2-3 недели до предполагаемого срока родов с целью оценки резервных возможностей матери и плода и выбора оптимального метода родоразрешения. Наблюдение и ведение беременности и родов у данного контингента следует поручать наиболее квалифицированным специалистам. Особое внимание необходимо уделить обезболиванию родов. Родоразрешение у юных рожениц преимущественно должно проводиться естественным путем, кесарево сечение может быть выполнено только по строго обоснованным показаниям, с

обязательным согласованием с руководством стационара о его проведении.

4. После родов необходимо представить исчерпывающие рекомендации по надежной контрацепции, наиболее целесообразно – в виде специальной памятки для юной матери.

Литература

1. Баранов А.А. Современный подросток / А.А. Баранов, В.Р. Кучма. – М.: Изд-во НИЦЗД РАМН, 2001. – 458 с.
2. Баранов А.А. Репродуктивное здоровье детей Российской Федерации: проблемы и пути их решения / А.А. Баранов, С.М. Шарков, С.П. Яцък // Российский педиатрический журнал. – 2010. – №1. – С. 4-7.
3. Бебнева Т.Н. Экстренная контрацепция у подростков и молодежи. Основы консультирования / Т.Н. Бебнева // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2008. – №2. – С. 13-18.
4. Гуркин Ю.А. Основы ювенильного акушерства. / Ю.А. Гуркин, Л.А. Сулопаров, Е.А. Островская. – СПб., 2001. – 352 с.
5. Зулькарнеева Э.М. Особенности течения беременности и родов у юных первородящих: автореф. дис...канд. мед. наук / Э.М. Зулькарнеева. – Уфа, 1997. – 28 с.
6. Мухина А.В. Значение транскраниальной электростимуляции в комплексной профилактике осложнений беременности и родов у юных женщин: автореф. дис... канд. мед. наук / А.В. Мухина. – Волгоград, 2006. – 26 с.
7. Савельева И.С. Особенности подростковой беременности (обзор литературы) / И.С. Савельева, Е.В. Шадчева // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2006. – № 5. – С. 68-79.
8. Серова О.Ф. Аборт у подростков / О.Ф. Серова, Т.Н. Мельник // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2006. – №4. – С. 69-75.
9. Синчихин С.П. Беременность и роды у несовершеннолетних / С.П. Синчихин, В.Ф. Коколина, О.Б. Мамиев // Педиатрия. – 2004. – №3. – С. 93-96.

10. Чечулина О.В. Основные проблемы беременности и родов для матери и плода у юных женщин / О.В. Чечулина, Е.В. Уварова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2007. – №2. – С. 72-79.
11. Чечулина О.В. Вопросы организации помощи юным беременным матерям в Республике Татарстан / О.В.Чечулина, Е.В. Уварова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2006. – №6. – С. 11-17.
12. Чечулина О.В. Прогноз течения беременности и родов для матери и плода у девочек-подростков: автореф. дис... д-ра мед. наук / О.В.Чечулина. – Казань, 2007. – 35 с.

ADOLESCENT PREGNANCY AND BIRTH – OPTIMIZATION OF OBSTETRIC MANAGEMENT

Y.A. Petrova

This article presents the problem of pregnancy of minors. As a result of the undertaken study it was established that pregnancy and birth complications as well as newborn distress for minor mothers are typically higher than for women of optimal reproductive age. Recommendations concerning optimization of obstetric care for young women are presented.

Keywords: adolescents, minors, pregnancy, birth, contraception.

Петрова Яна Александровна – врач акушер-гинеколог родильного отделения МУЗ ГКБ № 10 г. Рязани.
Тел.: 8-910-641-13-73.
E-mail: yana-200505@mail.ru.