

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ

*И.А.Любимова*

Уральская государственная медицинская академия,  
родильный дом городской клинической больницы №14, г. Екатеринбург

Вынашивание беременности в юном возрасте является серьезным испытанием, так как беременности и роды протекают в условиях функциональной незрелости организма и неадекватности его адаптационных механизмов, что создаёт высокий риск осложнений как для матери, так и для плода. В настоящее время частота беременности в юном возрасте имеет тенденцию к росту и колеблется от 5 до 10% [1, 2]. Причины неблагоприятного течения беременности и родов у юных беременных связаны с дисбалансом механизмов гомеостаза, дестабилизирующим влиянием беременности на имеющуюся экстрагенитальную патологию, социально-гигиеническими факторами. В связи с низким индексом здоровья юных беременных, демографической ситуацией в стране проблема беременности и родов у юных женщин приобретает не только медицинскую, но и социальную значимость и актуальность.

*Цель работы:* изучение особенностей течения беременности и родов, состояния плода и новорожденного, послеродового периода юных женщин.

*Материал и методы исследования.* Проведен анализ течения беременности у 236 женщин в возрасте 15–18 лет (основная группа), а также у 100 женщин в возрасте 19–24 лет (контрольная группа). При анализе использовались данные индивидуальных карт, историй родов, результаты традиционных клинико-лабораторных методов исследования, а также оценивалось состояние фетоплацентарного комплекса методом ультразвукового сканирования аппаратом «Алоса 630». Наружная кардиотокография проводилась на аппарате «НМІ 20 Fetal Monitor». По возрасту женщины основной группы разделились следующим образом: 15–16 лет – 5,7%, 17 лет – 21,8%, 18 лет – 72 %. По семейному положению – 87% женщин состояло в браке, 13% не состояло в браке (в контрольной группе 2% были незамужем).

*Результаты исследования и их обсуждение.* При изучении социального статуса родивших установлено, что 50% юных беременных нигде не работали и не учились, 30% – учащиеся профессиональных училищ, средних и вечерних школ, 20% составляли рабочие. 95% юных были первобеременными, у 5% акушерский анамнез был отягощен искусственными абортами. Соотношение родов к абортam у юных достигло 1:6, в то время как в популяции у взрослых – 1:1,8. При анализе менструальной функции выявлено, что данные о начале и длительности менструации в контрольной группе существенно не отличались от основной группы. Средний возраст менархе составил  $12,3 \pm 0,9$  года – в основной группе и  $12,6 \pm 0,8$  – в контрольной группе. Нерегулярный менструальный цикл до беременности наблюдался у 2%, альгодисменорея – у 5% (основная группа). На сексуальный дебют в возрасте 15–16 лет указывали 34,5% юных. При анализе общесоматического статуса юных беременных отмечен высокий уровень экстрагенитальной патологии: хронический тонзиллит – 17,8%; хронический пиелонефрит выявлен у 15% юных первородящих; хронические заболевания желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы – у 13%; нейроэндокринный синдром – у 5%; заболевания щитовидной железы – у 7%, миопия – у 2%, нейродермит – у 1%. У 16% юных беременных в анамнезе отмечались аллергические реакции на различные лекарственные препараты. В контрольной группе у женщин фертильного возраста чаще встречались заболевания сердечно-сосудистой системы и заболевания печени. При развивающейся беременности у юных преобладали следующие виды патологии: в 50% – анемия; гестационный и хронический пиелонефрит – в 27,5%; артериальная гипотония – в 12%; артериальная гипертензия – в 4%. Почти каждая вторая юная пациентка перенесла острые респираторно-вирусные инфекции (45,8%). Из перенесенных гинекологических заболеваний до беременности чаще всего встречались: бактериальный вагиноз (5%), эрозия шейки матки (20%), ИППП (5%), во время беременности частота ИППП возросла в 3 раза и регистрировалась у 15% юных беременных. Оперативные вмешательства в прошлом проводились у трех женщин по поводу внематочной беременности и апоплексии яичника. При изучении течения беременности установлено, что осложнения беременности в I триместре токсикозом в основной группе наблюдались в 13,4% случаев, в то время как в контрольной группе – в 10% случаев. Угроза прерывания беременности в I триместре составила 7,2% – в основной и 9,2% – в контрольной группе. Риск невынашивания сохранялся в течение всего срока беременности у 6,2% юных беременных. Гипотония с ранних сроков беременности отмечалась у 3,4%. Анемия наблюдалась у 4% юных беременных и удерживалась до конца родов, несмотря на проводимую терапию, в контрольной группе анемия наблюдалась в 1,2% случаев. Гестоз имел место в основной группе в 6,2%, а в контрольной – в 3,4%. В возникновении гестоза и его прогрессировании играла большую роль экстрагенитальная патология: гестационный пиелонефрит и обострение хронического пиелонефрита, нейроэндокринный синдром, артериальная гипотония и гипертензия. При оценке состояния фетоплацентарного комплекса при гестозе выявлено, что хроническая гипоксия плода и фе-

топлацентарная недостаточность имела место в 25% случаев при гестозе легкой степени тяжести и в 45% случаев при гестозе средней степени тяжести. Увеличение систоло-диастолического отношения кровотока в маточных артериях и артериях пуповины указывало на наличие плацентарной недостаточности и декомпенсации адаптационных возможностей плода. Среди юных беременных у 3,4% отмечена артериальная гипотония. В контрольной группе её не было. Срочные роды у юных первородящих наблюдались в 91% случаев, преждевременные - в 7,6%, запоздалые - в 1,4%. В контрольной группе - соответственно в 86%, 3% и 11%. Продолжительность беременности у юных первородящих составила  $37,2 \pm 0,3$  ( $p < 0,05$ ), а в контрольной группе -  $39,1 \pm 0,7$  недели ( $p < 0,05$ ). Кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах наблюдались в группе юных первородящих в 7%, в контрольной группе - в 3%. Слабость родовой деятельности составила 9% у юных первородящих и 5,6% - у женщин контрольной группы. Преобладала первичная слабость родовой деятельности. Преждевременное излитие околоплодных вод имело место у 28% юных, в контрольной группе - у 16%. Показанием к операции кесарева сечения у юных первородящих в 4,8% (11 случаев) явились: слабость родовой деятельности и острая гипоксия плода - у 4 женщин, кровотечение - у 4, наличие узкого таза - у 3. Следует обратить внимание на повышенный травматизм тканей мягких родовых путей в основной группе. Разрыв промежности произошел в 8% случаев у юных первородящих и в 3% в контрольной группе. Разрыв шейки матки - у 5% основной и 1% контрольной группы. Разрыв влагалища составил 3% у юных и 0,5% у взрослых первородящих. Ручное отделение последа и обследование полости матки проводилось у 1,7% юных первородящих (в контрольной группе - у 0,5%). В послеродовом периоде осложнения у юных первородящих составили 8%, в контрольной группе - 2,5%. Среди послеродовых осложнений преобладали эндометрит и расхождение швов на промежности. У большинства рожениц юного возраста дети родились в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар не ниже 7 баллов. Средняя оценка состояния по шкале Апгар у новорожденных контрольной группы была выше, чем у детей юных женщин (соответственно  $8,0 \pm 0,05$  и  $7,4 \pm 0,12$  балла;  $p < 0,05$ ). В 40,6% случаев состояние детей, родившихся у девочек-подростков, потребовало проведения дополнительных лечебных мероприятий (в контрольной группе - в 32,4%;  $p < 0,05$ ). Основными причинами их осложненного неонатального периода были гипоксия при рождении (58,8%), малая масса тела (16,1%), внутриутробная инфекция (8,9%). В контрольной группе реже встречалась родовая травма и гипотрофия плода.

Таким образом, течение беременности у юных первородящих чаще осложняется угрозой её прерывания, токсикозом первой и второй половины беременности, анемией. Наиболее частым осложнением родов у юных первородящих были аномалия родовой деятельности, несвоевременное излитие околоплодных вод, повышенная кровопотеря в послеродовом периоде. Юных беременных следует отнести в группу повышенного риска. Необходимо оптимизировать методы диспансерного наблюдения у юных беременных в женской консультации, совершенствовать тактику родоразрешения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Брюхина Е.В. //Вестник акуш.-гин.-1994.-№1.-С.10-14.
2. Гуркин Ю.А., Суслопаров Л.А., Островская Е.А. Основы ювенильного акушерства.-СПб.: «Фолиант», 2001.-С.135-143.

УДК 618.3+615.83+615.851

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭЛЕКТРОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОМ СТРЕССЕ

*Г.Б.Мальгина, Т.А.Пронина*

ГУ «Уральский НИИ охраны материнства и младенчества МЗ РФ», г. Екатеринбург

В современных условиях большой интерес вызывают проблемы профилактики и лечения психосоматических расстройств, ведущей причиной которых является хронический психоэмоциональный стресс. Наибольшую актуальность проблема психоэмоционального стресса представляет в акушерской практике, так как установлено его отрицательное влияние не только на организм матери, но и состояние плода, течение родов, развитие ребёнка [1].

Лёгкая ранимость репродуктивной системы дала основание рассматривать специфические функции организма женщины как один из наиболее чувствительных критериев оценки влияния на человеческий организм социальных, производственно-бытовых и других факторов, в том числе и психоэмоциональных