

Таким образом, применение системы прогноза сосудистых нарушений у беременных женщин дает возможность положительно влиять на исход беременности и родов для матери и плода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шехтман М. М. Экстрагенитальная патология и беременность. — М. — 1987.
2. Ариас Ф. Беременность и роды высокого риска. — М. — 1989.
3. Савельева Г. М. Плацентарная недостаточность. — М. — 1991.

УДК 618.3—039.11+618.4:616—053.31

БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ, ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ В ЮВЕНИЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Г. Н. Чистякова, О. Ю. Севостьянова

Уральский НИИ охраны материнства и младенчества,
Екатеринбург

Вынашивание и родоразрешение беременных ювенильного возраста является актуальной проблемой акушерства и перинатологии. На современном этапе врачи, психологи, социологи отмечают, что число юных беременных остается на достаточно высоком уровне и не имеет тенденции к снижению. По данным ВОЗ (1995) ежегодно во многих индустриальных и развивающихся странах от 5% до 10% девушек в возрасте 15—19 лет становятся беременными, в Российской Федерации — 4,9%. Удельный вес юных первородящих за последние 30 лет в России увеличился в 2 раза и стабилизировался в пределах 45,6—50,0%. Это отражает одну из особенностей современной демографической ситуации, которая характеризуется увеличением беременностей и родов среди женщин юного возраста на фоне катастрофического снижения рождаемости в целом, нарастания заболеваемости среди супружеских пар активного репродуктивного периода и новорожденных детей [2].

По данным Уральского НИИ охраны материнства и младенчества РФ (УНИИОММ) в течение последних 5 лет (1992—1997 гг.), отмечено нарастание родов у юных с 1,4% до 4,6%. Увеличение родов у юношеском возрасте по результатам работы института подтверждает не только общероссийскую тенденцию, но и является следствием концентрации пациенток групп высокого риска в областном перинатальном центре.

Вынашивание беременности в юном возрасте является серьезным испытанием, так как беременность и роды протекают в условиях функциональной незрелости организма, неадекватности адаптационных механизмов, что создает высокий риск осложнений для здоровья матери, плода и новорожденного ребенка [1, 4]. Исследования экспертов ВОЗ (1995) и отечественных ученых наглядно показали, что материнская смертность значительно выше среди подростков моложе 18 лет, чем среди женщин репродуктивного возраста [3]. Аналогичная тенденция характерна и для показателей младенческой смертности.

Научные исследования, проведенные в различных странах, в том числе и в России, выявили и другие, характерные для ювенильного возраста медицинские и психо-социальные проблемы. Было установлено, что беременность в подростковом возрасте увеличивает риск невынашивания, перинатальных потерь, рождения детей с низкой массой тела, осложненного течения родов, повышает частоту оперативного родоразрешения.

В регионе Среднего Урала за последние десятилетия подобных исследований не проводилось.

По данным ВОЗ, среди факторов, определяющих здоровье человека, на долю экологических приходится до 20%, и вероятность повышения этого вклада достаточно велика. Математические расчеты показали, что 70—75% некоторых заболеваний у детей обусловлено влиянием экологических факторов. С 1998 года г. Екатеринбург и Свердловская область официально обозначены как регион экологического бедствия вследствие высокой концентрации промышленного производства (металлургический, топливно-энергетический, атомный, машиностроительный, химический комплексы). Население подвергнуто урбанизации и проживает в непосредственной близости к источникам загрязнения окружающей среды.

По результатам социально-гигиенического мониторинга, проведенного в Свердловской области (1993—1995 гг.), было установлено, что наряду с индивидуальными факторами риска (характер питания, вредные привычки, медико-генетические и психо-физиологические факторы), которые присущи популяции жителей области, приоритетными, влияющими на здоровье населения, являются социально-экономическое развитие территории, уровень организации медицинского обслуживания, экологические и социально-гигиенические факторы риска, связанные с загрязнением окружающей среды, условиями труда и обучения.

Особенности популяционного здоровья в крупном промышленном центре Среднего Урала в виде высокой распространенности хронической патологии у женщин, неблагоприятного течения бе-

ременности, родов и послеродового периода создают замкнутый цикл: больная мать — больной плод — больной ребенок — больной подросток — больные родители. Продолжительность цикла в среднем составляет 20—25 лет, а при участии в репродуктивном процессе юных женщин он значительно сокращается.

Следует отметить, что юные беременные 80—90 годов уже родились и выросли в условиях высокой концентрации повреждающих экологических факторов антропогенного воздействия.

Материал и методы исследования

В связи с этим, целью настоящей работы явилось изучение особенностей развития беременности, родов и перинатальных исходов у женщин юного возраста. Проведено про- и ретроспективное исследование 100 беременных юного возраста (12—17 лет) и их новорожденных детей. Группу сравнения составили 193 первородящие женщины фертильного возраста (19—25 лет). Все пациентки проживали в условиях крупного промышленного региона Среднего Урала — в г. Екатеринбурге Свердловской области.

Результаты исследования

Среди юных беременных доминировали русскоязычные (93,3%). Более половины пациенток имели оформленные семейные отношения и состояли в браке (55%). Структура социального положения юных матерей была следующей: рабочие — 35,6%, школьницы — 24,1%. 52,2% женщин юного возраста указывали на склонность к вредным привычкам. Средний возраст начала менструации составил $12,6 \pm 0,11$ лет, половой жизни — $15,3 \pm 0,1$ лет, и варьировал от 10 до 16 лет.

Только половина юных женщин была соматически здорова до наступления настоящей беременности. В структуре экстрагенитальной патологии преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта (17%), органов дыхания (14%), почек (10%), сердечно-сосудистой системы (8%).

При сравнении с экстрагенитальной заболеваемостью женщин фертильного возраста следует отметить, что у последних в 2 раза чаще регистрировались патология сердечно-сосудистой системы, в 1,7 раза — заболевания почек, в 8 раз — эндокринопатии.

При развивающейся беременности у юных доминировали следующие виды патологии: анемия (50%), гестационный и хронический пиелонефрит (27,5%), артериальная гипотония (12%). Ювенильная гипертензия наблюдалась у 4% юных пациенток. В 2 раза чаще у юных женщин регистрировались во время беременности пиелонефрит и в 1,4 раза — анемия по сравнению с женщинами фертильного возраста.

Почти каждая вторая юная пациентка в течение беременности перенесла острые респираторно-вирусные инфекции (45,8%).

В структуре гинекологической заболеваемости у юных преобладали воспалительные процессы в области влагалища и шейки матки как до, так и во время беременности. В 5 раз чаще у девочек-подростков наблюдалась эрозия шейки матки, чем у беременных фертильного возраста, в 8 раз — гонорея и другие заболевания, передающиеся половым путем.

Из осложнений гестационного процесса следует отметить высокий удельный вес гестоза (73%), из них легкие формы составляли 83,7%, средне-тяжелые — 16% (по классификации Г. М. Савельевой, 1990). Тяжелые формы, а также пре- и эклампсия у юных беременных не регистрировались, что, вероятно, следует объяснить гибкостью адаптационных систем молодых женщин и рациональной акушерской тактикой при родоразрешении этих пациенток.

Угроза прерывания беременности и хроническая фетоплацентарная недостаточность (ХФПН) отмечены у каждой третьей и каждой пятой юной беременной соответственно.

В структуре родов у юных преобладало родоразрешение в биологически оптимальные сроки (срочные роды — 85,4%). Частота преждевременных родов у юных в 2 раза ниже, чем у женщин фертильного возраста, и составляла 2%, запоздалые роды — 5,5%. Оперативные вмешательства предприняты у 7,1% юных беременных. Оперативные пособия в родах в основном оказывались по поводу патологии отделения и выделения последа. Операция кесарева сечения производилась по абсолютным показаниям со стороны матери и плода.

Величина кровопотери в родах, частота кровотечений в послеродовом периоде, гнойно-септических послеродовых осложнений, продолжительность пребывания в послеродовом отделении существенно не отличались от аналогичных показателей у женщин репродуктивного возраста.

В структуре перинатальных потерь у юных пациенток преобладала антенатальная гибель плодов на догоспитальном этапе в сроке недоношенной беременности (29—32 недели гестации) вследствие тяжелой ХФПН инфекционного генеза.

Несмотря на большой уровень патологии беременности у юных, оценка детей по шкале Апгар в сравниваемых группах не имела отличий.

В структуре заболеваемости у детей от юных матерей преобладали внутриутробные инфекции (ВУИ) вирусно-бактериальной этиологии (26,9%). Частота гипоксических поражений ЦНС, диаг-

ностируемых в раннем неонатальном периоде, составила 48,8%. У 17,7% детей от юных матерей при рождении выявились признаки задержки внутриутробного развития. В 5 случаях у детей от юных матерей был отмечен отечный синдром, в двух — геморрагический и кардиореспираторный дистресс синдромы.

Сравнивая показатели массы тела детей исследуемой группы с детьми группы сравнения, мы установили, что первородящие женщины фертильного возраста рожают детей со средней массой $3292 \pm 36,8$ г в 67,8%, тогда как у детей от юных матерей эта весовая категория представлена в 41,2% случаев. Необходимо отметить, что детей, превышающих массу тела 3500 г, было больше в группе от юных матерей (23,8%), чем в группе сравнения (18%).

Таким образом, беременность в ювенильном возрасте развивается на неблагоприятном преморбидном фоне, обусловленном функциональной незрелостью организма и значительным уровнем соматической и генитальной патологии инфекционного генеза.

Характерной особенностью гестационного процесса у юных является зачатие, вынашивание и родоразрешение при высокой инфицированности девочек-подростков, в том числе урогенитальными инфекциями, что определяет формирование таких осложнений, как угроза прерывания, ХФПН, гестоз на фоне заболеваний почек, а также перинатальные поражения плода и новорожденно-го ребенка гипоксического и инфекционного характера.

Вышеизложенное указывает на целесообразность выделения беременных ювенильного возраста в группу высокого перинатального риска и создания медико-организационной программы по их ведению и оптимальному родоразрешению, адаптированной к условиям Свердловской области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А. Н., Рогозин И. А., Актуальные вопросы перинатологии // Перинатальная заболеваемость и ее снижение у несовершеннолетних: Тез. докл. респ. конф. (Екатеринбург, 15—17 апреля 1996). — Екатеринбург, 1996. — С. 38—39.
2. Бруй Б. П., Дмитриев В. И. О влиянии социальных и медико-демографических факторов на уровень рождаемости в России // Здравоохранение Российской Федерации. — 1992. — № 2. — С. 20—23.
3. Брюхина Е. В. Беременность и роды у девочек-подростков. Предупреждение осложнений, реабилитация: Автореф. дис. д-ра, мед. наук. — Челябинск, 1996.
4. Зулкарнеева Э. М. Перинатальная патология у детей юных первородящих // Актуальные вопросы перинатологии: Тез. докл. респ. конф. (Екатеринбург, 15—17 апреля 1996). — Екатеринбург, 1996. — С. 76—77.