

к.м.н. И. В. Походенько

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Кировская государственная медицинская академия

За последнее десятилетие значительно увеличилась доля родов у несовершеннолетних. Учитывая влияние нагрузки, связанной с беременностью на юный организм многие авторы уделяют особое внимание проблеме «подросткового материнства» [1,3,4].

В то же время нами не было встречено полно масштабных работ, посвященных течению беременности и родов у подростков в условиях отдаленной сельской местности Волго-Вятского региона России, поэтому задачу нашего исследования считаем актуальной.

В условиях сельской местности Нижегородской области мы наблюдали значительный ($p<0,01$) рост доли юных беременных: с 1,8% в 1981-1985 гг. до 12,7% в 1991-1995 гг. [2]. Аналогичные данные были получены нами в сельской местности Нижегородской и Кировской областей, а также Республике Марий Эл за 1996-2000 гг.: доля родов у подростков составила 12,8%.

Для получения сравнительных данных течения беременности и родов было проанализировано в двух группах женщин: первая (основная) группа - 124 юных беременных в возрасте до 18 лет; вторая (контрольная) группа - 115 женщин в возрасте 21-24 лет.

В основной группе самыми юными оказались 15-летние девочки, доля которых составила 1,6%. Доля 16-летних составила 11,3%, остальные подростки, которые составили 87,1%, были старше 17 лет.

При этом, по данным опроса, половую жизнь начали жить с 13 лет 2,4% девочек, с 14 лет - 8,9%, с 15 лет - 13,7%, с 16 лет - 50,0% и с 17 лет - 25,0%.

Менструальный цикл установился у девочек основной группы: с 11 лет - у 4,0%, с 12 лет - у 23,4%, с 13 лет - у 33,9%, с 14 лет - у 25,8%, с 15 лет - у 8,9%, с 16 лет - у 4,0%.

В основной группе первобеременные составили 84,7%, со второй беременностью - 13,7%, с третьей беременностью - 1,6%. В контрольной группе было соответствующее число первородящих и повторнородящих женщин, но доля беременных с третьей беременностью составила при этом 9,5%, т. е. к возрасту 21-24 лет каждая десятая женщина на селе искусственно прерывает беременность или беременности до наступления первых родов.

К моменту взятия на учет по беременности в женской консультации состояли в браке (зарегистрированном или гражданском) 86,3% девочек, при этом у 14,8% из всех юных к моменту родов брак так и не был зарегистрирован (т. е. официально они были одиночками); 7,3% всех юных жили с родителями, 6,4% проживали в одиночестве.

По социальному положению в основной группе доля неработающих составляла 79,0%, т. е. каждая третья неработающая беременная была юного возраста. Из юных неработающих лишь каждая пятая девочка (19,4%) состояла на учете в бюро занятости, остальные жили на иждивении мужа или родных. 12,2% юных неработающих были учащимися школ или других учебных заведений.

Средний доход на члена семьи в семьях неработающих подростков составлял всего 318+89 руб., что не достигало и третьей части прожиточного минимума. При этом лишь у 14,5% семей юных беременных имелось свое подворье, обеспечивающее семью мясными продуктами, а, значит, достаточным поступлением в пищу полноценных белков.

В контрольной группе отношение женщин к работе оказалось несколько иным: лишь 17,4% женщин были неработающими, т. е. к возрасту 21-24 лет 82,6% женщин были трудоустроены.

Юные беременные позднее встают на учет в женской консультации: так, встали на учет по беременности до 12 недель 66,1% юных беременных, при сроке более 12 недель, но менее 30 недель, - 29,8%, свыше 30 недель - 4,0%.

При более позднем взятии на учет юные, соответственно, меньшее число раз успевают посетить женскую консультацию - 9,7 раза за беременность. При этом каждая юная женщина в среднем была госпитализирована для лечения осложнений беременности 2,4 раза за беременность.

Частота самопроизвольных выкидышей в основной группе составила 2,4 на 100 беременных, в контрольной группе - 4,3 ($p>0,05$), что, возможно, связано с тем, что среди юных - меньшая доля работающих и, соответственно, меньше физическая нагрузка на организм. Преждевременные роды в основной группе наблюдались с частотой 5,9 на 100 женщин, в контрольной группе - 9,1 ($p>0,05$).

Частота рождения детей с врожденной гипотрофией в обеих группах не имела существенного различия и составляла соответственно 19,8 и 22,7 на 100 родов. Но в то же время в группе юных значительно реже рождались крупные дети (с весом более 4 кг) - соответственно 7,4 и 14,5 на 100 родов. При этом дети с ростом более 55 см также значительно чаще рождались в контрольной группе (соответственно - 4,1 и 12,7 на 100 детей).

А частота наличия анатомически узкого таза при взятии на учет по беременности была значительно выше в основной группе и составляла 12,9 на 100 беременных (в контрольной группе - 4,3).

При изучении частоты осложнений беременности, встречающихся в основной и контрольной группах, было выявлено, что у юных осложнения беременности встречаются значительно ($p < 0,05$) чаще - соответственно 269,4 и 106,1 на 100 беременных (таблица 1).

Значительно чаще у юных беременных наблюдались анемии, заболевания мочевыделительной системы, гестозы, угроза прерывания беременности, выявленная до родов гипотрофия плода, анатомически узкий таз, кольпиты, а так же респираторные вирусные инфекции.

В то же время в контрольной группе значительно чаще наблюдалось алиментарное ожирение, которое менее свойственно юному возрасту. В контрольной группе не было выявлено заболеваний сердца. Интересно заметить, что в основной группе не встретилось многоплодных беременностей, тогда как в контрольной, т. е. в возрасте беременных старше 20 лет, многоплодная беременность (двойни) наблюдалась с частотой 3,6 на 100 родов.

Значительная частота многих осложнений беременности у юных может быть объяснена незрелостью в этом возрасте органов и систем жизнедеятельности организма (мочевыделительная система, сердечно-сосудистая, нервная, иммунная и др.).

Значительная частота анемий беременных юных во многом связана с низким доходом не работающих женщин и, соответственно, с неполноценным питанием, поэтому в плане лечения анемий у юных необходимо предусматривать 2-3 госпитализации за период беременности (можно в условиях дневного стационара) с целью лечения анемии беременных и врожденной гипотрофии плода, а также восполнения дефицита белков в организме.

Кольпиты в юном возрасте во многом связаны с ранним началом половой жизни и с не вполне осознанным выбором полового партнера, т. к. этиология кольпитов в основном соответствовала заболеваниям, передающимся половым путем (трихомонады, гарднереллы и др.).

По частоте осложнений беременности на первом месте в обеих группах находились анемии беременных, хотя их частота в основной группе была выше в 2,1 раза. На втором месте у юных находились заболевания мочевыделительной системы (в основном это - пиелонефриты беременных), которые встречались чаще, чем в контрольной группе, в 3,5 раза. На третьем месте в основной группе находились отеки беременных, которые встречались чаще, чем в контрольной группе, в 2,2 раза.

При изучении осложнений родов и послеродового периода существенных различий в их частоте выявлено не было, и они составляли соответственно 189,6 и 170,9 на 100 родов (таблица 2).

По частоте осложнений родов в обеих группах на первом месте находилось несвоевременное излитие околоплодных вод (что, как правило, чаще связано с наличием тяжелого домашнего труда в условиях сельской местности).

Таблица 1

Частота осложнений беременности в основной и контрольной группах (в расчете на 100 беременных)

Осложнения беременности	основная группа	ранг	контрольная группа	ранг	Р
	на 100 бер.		на 100 бер-х		
Анемии беременных	68,5	1	32,2	1	<0,05
Заболевания почек	39,5	2	11,3	3	<0,05
Отеки	29,0	3	13,0	2	<0,05
Гипертония беременных	22,6	4	2,6		<0,05
Угроза прерывания	20,2	5	6,1	6	<0,05
Гипотрофия плода	19,4	6	3,5		<0,05
Иммунологич. несовмест-ть	17,7	7	9,6	4	>0,05
Узкий таз	12,9	8	4,3		<0,05
Кольпиты	10,5	9	1,7		<0,05
Респираторн. вирусн. инфек.	6,5	10	0,9		<0,05
Рвота беременных	5,6		1,7		>0,05
Альбум. урия	3,2		0,9		>0,05
Ожирение	3,2		7,1	5	<0,05

Миопия	3,2		4,3		>0,05
Выкидыши	2,4		4,3		>0,05
Варикоз. б-нь	1,6		1,7		>0,05
Заболевания сердца	1,6				
Прочие	1,8		0,9		>0,05
ИТОГО	269,4		106,1		<0,05

При этом в основной группе в родах значительно чаще наблюдалась гипертония (в 2,0 раза, второе место по рангу) и травмы мягких тканей (разрывы промежности и шейки матки - они встречались чаще в 3 раза, третье место по рангу). В то же время родоразрешение путем операции кесарева сечения наблюдалось чаще в контрольной группе - в 2,9 раза, что можно связать с более высокой частотой слабости родовой деятельности (второе место по рангу в контрольной группе) и частотой рождения крупных детей.

В послеродовом периоде наиболее частым осложнением являлись послеродовые анемии (первое место по рангу), и встречались они в изучаемых группах с незначительным различием в частоте, что, возможно, связано с более целенаправленным лечением анемий у юных беременных и нормализацией гемоглобина в этой группе перед родами.

На втором месте по частоте послеродовых осложнений в обеих группах находились заболевания мочевыводящих путей (в основном это - лейкоциты после родов), но частота их у юных была в 1,9 раза выше, чем в контрольной группе ($p < 0,05$). На третьем месте среди послеродовых осложнений в обеих группах находились трещины сосков молочных желез, без существенного различия в частоте этой патологии в изучаемых группах.

Таким образом, как и в городской местности, на селе за последнее десятилетие остро встала проблема «подросткового материнства». Юные беременные составляют восьмую часть всех беременных являются неработающими и имеют существенно При этом 8 из 10 юных беременных более низкий доход в семье.

Осложнения беременности наблюдаются у юных в 2,5 раза чаще - в основном за счет анемий, пиелонефритов, гестозов, угрозы прерывания беременности, гипотрофии плода, анатомически узкого таза и кольпитов.

В родах и послеродовом периоде частота осложнений у юных лишь незначительно превышает эти показатели среди женщин контрольной группы.

Учитывая данные нашего наблюдения в условиях сельской местности, юные беременные заслуживают особого внимания со стороны врачей акушеров-гинекологов: для них должны быть рекомендованы 2-3 госпитализации за период беременности (можно в условиях дневного стационара) с целью лечения анемий беременных и врожденной гипотрофии плода, а также восполнения дефицита белков в организме, предусмотрены дополнительные меры социальной поддержки (бесплатное лечение в амбулаторных условиях - в частности, анемий; дополнительное питание ввиду плохого материального положения и др.). В современных условиях при крайне низкой рождаемости в России юные требуют особого внимания к себе, т.к. каждые восьмые роды в стране наблюдаются в возрасте до 18 лет.

Таблица 2

Частота осложнений родов и послеродового периода в основной и контрольной группах (в расчете на 100 беременных)

Осложнения	основная группа		контрольная группа		Р
	на 100 ж-н	ранг	на 100 жен-н	ранг	
Несвоевременн. излитие вод	27,3	1	27,3	1	>0,05
Гипертония в родах	24,0	2	11,8	5	<0,05
Травмы мягких тканей	16,5	3	5,5	7	<0,05
Слабость родовой деятельности	15,7	4	19,1	2	>0,05
Кровотечения в родах	14,9	5	12,7	4	>0,05
Преждевременн. роды	5,9	6	9,1	6	>0,05
Кесарево сечение	5,0	7	14,5	3	<0,05
Тазовое предлежание	2,5	8	1,8	8	>0,05
ВСЕГО в родах	111,8		101,8		>0,05
Анемия п. родов	33,9	1	39,1	1	>0,05

Заболеваний, почеч	33,1	2	17,3	2	<0,05
Трещины сосков	5,0	3	7,3	3	>0,05
Кольпиты	3,3	4	-		
Гипертония	2,5	5	0,9	5	>0,05
Резорбционная лихорадка	-		4,5	4	
ВСЕГО п\родов	77,8		69,1		>0,05
ИТОГО	189,6		170,9		>0,05

Литература

1. Баранов А. Н. Особенности течения беременности и родов у подростков // Акуш. и гинек. - 1997. - № 4. - С. 44-46.
2. Введенская И. И., Походенько И. В. Здоровье беременной женщины как одна из проблем сельской местности // Проблемы здоровья семьи - 2000. Материалы 2-й Международной научной конференции. - Пермь - Халкидики, 1998. - С. 83-85.
3. Коновалов О. Е. Семья, брак, здоровье // Здоровье населения РФ. - 1994. - № 6. - С. 27-30.
4. Крупко-Большова Ю. А. Беременность и роды у несовершеннолетних на Украине // Акуш. и гинек. - 1991, - №9. - С. 29-31.