

О.В. ЧЕЧУЛИНА

УДК 618.2

Особенности течения беременности и родов у юных женщин

Чечулина Ольга Васильевна

доктор медицинских наук, доцент,
заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №2
420093, г. Казань, ул. Гагарина, д. 54, тел: (843) 555-73-03

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 как для матери, так и для плода.

Ключевые слова: юные женщины, беременность, роды.

O.V. CHECHULINA

Features of pregnancy and delivery at young women

Carrying of a pregnancy at young age is a serious examination because pregnancy and delivery occur in the context of functional immaturity of the organism, inadequate adaptation mechanisms, which create a high risk of complications for both mother and fetus.

Keywords: young women, pregnancy, delivery.

Частота беременности у подростков за последние 20 лет возросла во многих странах и имеет выраженную тенденцию к дальнейшему увеличению. Ежегодно в мире проходят роды у 15 млн подростков, что составляет 2,0-4,5% от общего количества родов [1].

Удельный вес несовершеннолетних беременных и рожениц по отношению к старшим возрастным группам составляет около 5%. Как правило, ранняя беременность является в 50-60% случаев незапланированной и в 30-40% нежелательной, а потому чаще завершается искусственным прерыванием. Каждый десятый аборт производится у лиц моложе 19 лет. На 100 беременностей у подростков количество артифициальных абортов составляет 69,1%, родов — 16,4%, самопроизвольных выкидышей — 14,5%. В то же время 40,0% подростков имеют повторную беременность, а 17,9% — повторные роды [3].

Повышенный риск беременности в подростковом возрасте напрямую связан с повышением сексуальной активности подростков, с низким самолюбием, самоуважением.

Несмотря на внешнее безразличие общества к судьбам девочек-матерей, они находятся под очень сильным нравственным давлением, следствием которого является желание скрыть беременность, прервать ее, во что бы то ни стало. Стремление скрыть свою беременность отмечаются у 18-33% подростков [2, 3]. Причем чем старше возраст девушки, тем реже попытки скрыть свое положение от окружающих. 14,9% подростков пытаются прервать беременность самостоятельно или с помощью частных лиц. Большинство из них используют для прерывания лекарственные средства, рекомендуемые подругами (74%) или половыми партнерами, и принимают их беспорядочно, в максимальных дозах [2, 3].

Часто наступившие в раннем возрасте беременности протекают в осложненной психозомоциональной обстановке. Не встретив поддержки от родителей, разорвав связь с половым партнером, осуждаемые в школе или в училище девушки переживают тяжелый психологический кризис. Отношения, складывающиеся между несовершеннолетней беременной и ее родителями, а также между ней и отцом ребенка, чрезвычайно важны, так как от них зависит прогноз психологи-



ческого благополучия женщин в течение беременности. Так, по данным В. Barnet, А. К. Duggan, М. D. Wilson et al (1995), конфликтные отношения с отцом ребенка вызывают усиление депрессивного состояния у юных беременных. Демографические исследования убедительно свидетельствуют, что наименее устойчивыми являются браки, заключенные в раннем возрасте. Так, у девушек, вышедших замуж в возрасте до 20 лет, риск развода в течение первых 10 лет семейной жизни на 1/3 выше, чем у вышедших замуж в 20-24 года. Одной из ведущих причин неустойчивости молодых семей является вынужденный брак, «стимулированный» добрачным зачатием.

Благополучное течение беременности, нормальное созревание плода, жизнеспособность и здоровье будущего ребенка зависят от физического состояния матери и ее нервно-психического статуса. Эмоциональное напряжение, связанное с внебрачной беременностью, оказывает существенное влияние на частоту и тяжесть гестоза беременности. Так, ряд исследователей в своих работах показывают, что при ювенильной беременности гестоз встречается в 12,0-76,55% наблюдений [4, 5, 6]. Неблагополучное состояние женщины обуславливает более высокий уровень таких осложнений беременности, как анемия — в 4,0-78,0% [1], преждевременная отслойка плаценты — в 1,0-1,9% [6], угроза прерывания беременности — в 4,7-49,9% [1, 7, 8], хроническая фетоплацентарная недостаточность — в 11,0-76,0% [8]. Стрессы и эмоциональное напряжение приводит к иммунологическим сдвигам в организме беременных, снижая его устойчивость к воздействиям внешней среды. Установлена зависимость между частотой осложнений беременности и «гинекологическим» возрастом: чем меньше «гинекологический» возраст, тем чаще преждевременные роды, гестозы, патология внутриутробного плода.

Ведущие факторы преждевременных родов — незрелость нейроэндокринной системы женского организма, проявляющаяся в сниженной продукции гормонов (ХГ, эстрогенов, пролактина), незавершенном формировании нервно-рецепторного аппарата матки, гипоксемии и другие.

У этой категории женщин из-за несвоевременного и нерегулярного обращения за медицинской помощью в 1,5 раза чаще наблюдаются экстрагенитальные заболевания во время беременности. Наиболее часто — заболевания мочевыделительной системы, эндокринные и обменные нарушения, болезни сердечно-сосудистой системы. Следует отметить, что в 42,5% случаев в течение беременности выявляется наличие хронических очагов инфекции нередко в сочетании с острыми заболеваниями верхних дыхательных путей. В структуре гинекологических заболеваний преобладают воспалительные процессы в области влагалища и шейки матки, как до, так и во время беременности [7].

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 как для матери, так и для плода; некоторые возрастные особенности организма девушки-подростка накладывают отпечаток на течение беременности и родового акта.

Родовой акт сопровождается не только мобилизацией физических сил роженицы, но и большим нервным напряжением, чувством страха и болью, с возникновением которых включаются все защитные и компенсаторные механизмы организма.

Стрессовые ситуации и интенсивные эмоции отрицательно влияют на кровообращение и сократительную деятельность матки, обуславливая слабость родовых сил и гипоксию плода [9].

По данным ряда отечественных и зарубежных авторов, роды в подростковом возрасте отличаются более частым развитием различных осложнений: аномалий родовой деятельности (6,5-37,2%) [7, 9] несвоевременного излития околоплодных вод (14,7-45,3%) [10], кровотечений в родах и раннем послеродовом периоде, травматизма мягких родовых путей (4,0-25,5%), оперативного вмешательства (2,1-17%), гнойно-инфекционных послеродовых заболеваний (20,0-71,7%).

Причиной частого развития слабости родовой деятельности у подростков является, по-видимому, низкий гормональный фон, незрелость шейки матки вследствие замедленного формирования биологической готовности организма несовершеннолетних к родам. По этой же причине может развиваться дискоординация родовой деятельности [9, 10].

У молодых первородящих наиболее сильными родовыми стрессами являются затянувшиеся роды и продолжительный безводный промежуток. Большой процент несвоевременного излития околоплодных вод связан с высоким расположением предлежащей части и функциональной несостоятельностью нижнего сегмента матки. Частое возникновение этого вида патологии связано с нарушением режима, особенно в последние месяцы беременности (половые сношения, физическая нагрузка и т. д.). Имеет значение и высокий процент инфицирования цервикального канала. У каждой второй несовершеннолетней во время беременности имеется инфекция урогенитального тракта (микоплазмоз, хламидиоз, кандидоз). При гистологическом исследовании плаценты обнаружены различные поражения воспалительного характера (плацентит, децидуит, хориоамнионит и пр.) [7].

Для всех родильниц наибольшим стрессом становится кровопотеря, обусловленная кровотечением в послеродовом периоде. Причиной повышенной кровопотери является гипотония матки в раннем послеродовом периоде, задержка плацентарной ткани, вызванная нарушением механизма отделения плаценты и процесса выделения послерода.

Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах пропорциональны тяжести анемии. В свою очередь анемия, осложняющая течение беременности у большинства несовершеннолетних, является фактором снижения толерантности к кровопотере в родах.

Беременность в подростковом возрасте увеличивает риск мертворождений, недоношенности, низкой массы тела при рождении и осложнений во время беременности. У юных матерей чаще, чем у более взрослых женщин, встречаются дети с хронически протекающей патологией врожденного генеза, в том числе в результате тяжелой асфиксии и родовой травмы. Внутриутробное развитие плода у подростков часто происходит в условиях фетоплацентарной недостаточности и сопровождается внутриутробной гипоксией [9].

Следствием заболевания матери, осложненного течения беременности, развития фетоплацентарной недостаточности и гипоксии плода часто является задержка внутриутробного развития плода (ЗВУР), которая у несовершеннолетних первородящих встречается достоверно чаще, чем у женщин старшего возраста [8, 9]. Дети со ЗВУР представляют группу высокого риска по неонатальной заболеваемости и смертно-



сти, а также по нарушениям в последующем развитии. Даже неосложненное течение родов может стать для новорожденных с ЗВУР травматичным, привести к развитию асфиксии, черепно-мозговой и спинальной родовой травмы, сопровождаться в дальнейшем высокой частотой неврологических нарушений.

Физиологическое состояние первых дней жизни ребенка (транзиторная желтуха, потеря первоначальной массы тела и др.) новорожденных у юных матерей протекают тяжелее и дольше, чем у детей от взрослых женщин. Острая фаза адаптации очень короткая именно у детей, подвергшихся внутриутробной гипоксии. Высокий процент гипоксий, перенесенных новорожденными у юных матерей — фактор высокого риска развития постгипоксической энцефалопатии. Кроме этого, у некоторых новорожденных наблюдались симптомы никотиновой и наркотической интоксикации.

Недоношенные новорожденные несовершеннолетних матерей часто имеют признаки внутриматочной гипотрофии, внутриутробного инфицирования, проявления гипертензивного и геморрагического синдрома [4]. Дети несовершеннолетних матерей имеют повышенный риск развития отклонений в нервно-психическом развитии. Отмечается задержка по возрасту в развитии психомоторных навыков, задержка физического и психического развития и нарушения в поведении, выравнивание физического развития наблюдается к концу третьего года жизни.

Показатель общей заболеваемости детей первого года жизни, родившихся у матерей в возрасте до 18 лет, значительно выше, чем у детей взрослых матерей 20-25 лет. В структуре заболеваемости детей первого года жизни наибольший удельный вес занимает класс болезней органов дыхания, особенно простудные заболевания; на втором месте — класс болезней «расстройства питания и нарушения обмена веществ»: (рахит, аллергический дерматит, гипотрофия). При этом гипотрофия

в первом полугодии преобладает над другими заболеваниями и расстройствами обмена веществ, что связано с неопытностью и неподготовленностью юной матери по вскармливанию ребенка; на третьем месте — инфекционные и паразитарные болезни, в основном, кишечные инфекции с синдромами диареи и интоксикации.

Таким образом, на развитие и заболеваемость детей несовершеннолетних женщин отрицательное воздействие оказывают: функциональная незрелость юных матерей, низкий уровень их соматического и репродуктивного здоровья, осложненное течение беременности и родов, социально-экономическая неустойчивость и психологическая неустойчивость. Эти факторы способствуют нарушениям внутриутробного и постнатального развития детей, их повышенной заболеваемости и смертности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брюхина Е.В., Мазная Е.Ю., Рыбалова Л.Ф. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода в подростковом возрасте. Материалы II Российского форума «Мать и дитя»; 2000; Москва.
2. Гайдуков С.Н., Бурмистрова Р.П., Хашченкова В.И. Особенности течения беременности и родов у женщин группы медико-социального риска. Гигиена, экология и репродуктивное здоровье подростков 1999; 40-41.
3. Галин А.П. Медицинские, социальные и психологические проблемы аборт у юных женщин (возможности реабилитации); автореф. дис. ... кан. мед. наук. Ижевск, 2001.
4. Гуркин Ю.А., Сулопарова Л.А., Островская Е.А. Основы ювенильного акушерства. СПб., 2001. 351 с.
5. Загорельская Л.Г. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у девочек подросткового возраста в зависимости от состояния их здоровья: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Уфа, 2002.
6. Каюпова Г.Ф., Кулавский В.А. Течение и исход ювенильной беременности с гестозом. Материалы 4-й Всерос. конф., по детской и подростковой гинекологии; 2000; М.
7. Мальцева Л.И., Идиатуллина И.Э., Лобова Л.А. Особенности течения беременности, родов и раннего послеродового периода у юных женщин с микоплазменной инфекцией. Тезисы «Современные проблемы перинатологических инфекций»; 1999; Казань.
8. Синчихин С.П., Коколина В.Ф., Мамиев О.Б. Беременность и роды у несовершеннолетних. Педиатрия 2004; 3: 93-96.
9. Тютюнник В.Л., Зайдиева З.С., Бурлев В.А. Особенности течения беременности и исход родов при хронической плацентарной недостаточности и инфекции. Проблема репродукции 2000; 4: 41-45.
10. Хамошина М.Б., Кайгородова Л.А., Котик Е.А. Особенности ведения родов у юных женщин. Материалы II Российского форума «Мать и дитя»; 18-22 сентября; 2000; Москва.