

ную связь между уровнем рождаемости в муниципальных образованиях обеих типологических групп и обеспеченностью детского населения врачами-педиатрами, а в первой

типологической группе и обеспеченностью женского населения врачами акушерами-гинекологами.

*Сведения об авторе статьи:*

Султанаева Зия Минлибаевна, доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения БГМУ, (347) 272-42-21, e-mail: [ZSultanaeva@yandex.ru](mailto:ZSultanaeva@yandex.ru)

## ЛИТЕРАТУРА

1. Андриюшина, Е.В. Рождаемость и общественное здоровье / Е.В. Андриюшина, И.П. Каткова, В.И. Катков // Народонаселение. – 2007. – №2. – С. 54-76.
2. Архангельский, В.Н. Практическая демография / В.Н. Архангельский, А.Е. Иванова, Л.Л. Рыбаковский, С.В. Рязанцева. – М., 2005. – 279с.
3. Гареев, Е.М. Основы математико-статистической обработки медико-биологической информации. – Уфа: Изд-во ГОУ ВПО «Башгосмедуниверситета Росздрава», 2009. – 346с.
4. Олдендерфер, М.С., Блэшфилд Р.К. Факторный, кластерный и дискриминантный анализ. – М.: Финансы и статистика, 1989. – С. 139-210.
5. Плохинский, Н.А. Биометрия. – М.: МГУ, 1970. – 367 с.
6. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. – М.: МедиаСфера, 2002. – 312 с.
7. Суханова, Л.П. Оптимизация перинатальной помощи как важнейший фактор сохранения здоровья населения России: дисс... д-ра мед. наук. – М., 2006. – 335с.
8. Шемаринов, Г.А. Проблемы регионального родовспоможения: состояние, пути использования ресурсов для обеспечения медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным. – Воронеж: Издательство им. Е.А. Болховитинова, 2005. – 335с.

УДК 618.2-055.25

© М.Б. Красникова, В.Л. Юлдашев, Т.Б. Трубина, 2011

М.Б. Красникова, В.Л. Юлдашев, Т.Б. Трубина

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа

Представлены результаты изучения особенностей течения беременности, родов, послеродового периода, состояния новорожденных в двух группах девочек-подростков: первобеременных – 108 и с отягощенным акушерским анамнезом – 107 (прекравших первую беременность медицинским абортom). Установлен высокий удельный вес осложнений беременности (невынашивание, гестозы, анемия); родов (аномалии родовой деятельности, травматизация мягких тканей); патологии новорожденных (асфиксия, внутриутробное инфицирование), которые статистически достоверно выше в акушерской группе девочек-подростков с отягощенным анамнезом. Полученные данные являются обоснованием для разработки и реализации реабилитационных мероприятий для юных беременных в целях сохранения репродуктивного здоровья будущей матери.

**Ключевые слова:** девочки-подростки, беременность, роды, осложнения.

M.B. Krasnikova, V.L. Yuldashev, T.B. Trubina

## FEATURES OF ADOLESCENT PREGNANCY, DELIVERY, POSTNATAL PERIOD AND CONDITION OF NEONATES BY TEENAGE MOTHERS

Study results of adolescent pregnancy course, delivery, postnatal period and neonate condition in 2 groups of teenage girls are presented in the article: first pregnancy cases – 108 and cases of burdened obstetrics anamnesis – 107 (first pregnancy interrupted by medical abortion). High specific gravity values of pregnancy complications (pregnancy loss, gestosis, anemia); of labor and delivery (abnormalities of birth activity, soft tissue damage); neonate pathologies (asphyxia, intrauterine infection) were identified, being statistically significantly higher in the obstetrics group of teenage girls with burdened anamnesis. The obtained data suggest rehabilitation procedures to be developed and implemented in juvenile pregnant women with the purpose of reproductive health preservation of the mothers to come.

**Key words:** teenage girls, pregnancy, labor and delivery, complications.

Ежегодно в мире проходят роды у 15 млн. подростков, что составляет 2,0 – 4,5% от общего количества родов [1, 2]. В России за последние 30 лет показатель плодовитости женщин моложе 20 лет увеличился с 28,4 до 47,8%.

Ранняя беременность сопряжена с повышенным риском для матери и ребенка, обусловленным целым рядом факторов. Физио-

логическая и психологическая незрелость девочек-подростков к вынашиванию ребенка сопровождается высоким числом осложнений беременности и родов, рождением недоношенных, больных и травмированных младенцев. Помимо физической нагрузки незрелая личность юной беременной, как правило, испытывает глубокие эмоциональные травмы. Постоянные стрессовые ситуации, связанные

с семейной неустроенностью и конфликтами, могут привести к развитию хронического дистресса [7].

Наиболее значимыми факторами риска осложнений беременности, родов и состояния плода у юных женщин являются возраст юной женщины, начало половой жизни в 13-14 лет, наличие вредных привычек и высокая частота экстрагенитальной патологии [3]. Ведущими осложнениями беременности являются угроза прерывания, невынашивание, анемия, гестоз, внутриутробная гипоксия плода. Поздний гестоз является одним из наиболее частых осложнений беременности у несовершеннолетних, его частота варьирует от 12 до 76% [6, 7].

Угроза невынашивания беременности встречается в подростковом возрасте в 13,6% случаев чаще, чем у женщин репродуктивного возраста, и наблюдается преимущественно во втором триместре беременности (62,4%).

Частота осложненных родов у юных женщин составляет от 30 до 81%. В этой группе женщин в родах чаще, чем в популяции, развиваются аномалии родовой деятельности, кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах, имеют место травмы родовых путей. Отмечается повышение удельного веса абдоминального родоразрешения [6]. Частота преждевременных родов у юных женщин составляет от 7,4 до 9,3%. Ведущими факторами наступления преждевременных родов являются незрелость нейроэндокринной системы, влияние социальной среды юной беременной и неадекватное дородовое наблюдение [4].

Кроме биологической незрелости организма матери имеют значение соматические и гинекологические заболевания и осложненное течение беременности.

Частота кесарева сечения в юном возрасте колеблется от 2,2 до 55,7%, в популяции от 9 до 38% [6].

У рожениц юного возраста отмечается высокий удельный вес патологического течения послеродового периода. В структуре осложнений преобладают гнойно-септические послеродовые заболевания. Частым осложнением в послеродовом периоде является анемия – 39,1% [4].

Наиболее значимыми факторами риска развития осложнений для плода являются: юный возраст матери, курение, санитарно-гигиенические условия жилища, особенности питания матери, наличие осложнений во время беременности, несоответствие степени зрелости плаценты сроку гестации, маловодие и многоводие. Для новорожденного юной ма-

тери характерны: высокий процент асфиксии, высокая частота недоношенности, незрелости, анемии, желтушного синдрома различной степени тяжести, перинатальных поражений центральной нервной системы; наличие отека головного мозга, дилатации желудочков, гипертензии, внутричерепных кровоизлияний [6].

Особенно серьезны последствия беременности у юных для рождающихся детей, и одним из самых драматических фактов оказывается то, что большинство юных матерей бросает своих детей на произвол судьбы. До 15% новорожденных, брошенных в родильных домах, – это дети юных матерей. Примерно такое же количество младенцев, рожденных подростками, "временно" содержится в домах ребенка в связи с неспособностью матери выполнять свои материнские обязанности.

Вместе с тем следует подчеркнуть, что бытовые, психологические, социальные и юридические проблемы подростковой беременности решаются значительно сложнее, чем медицинские.

#### **Материал и методы**

Нами изучены особенности течения беременности, родов, послеродового периода и состояние новорожденных у 215 юных женщин, которые были представлены двумя группами: у 108 девочек-подростков данная беременность была первой, а у 107 в анамнезе имело место прерывание беременности медицинским абортom.

Характерной особенностью юных беременных женщин является тот факт, что каждая третья из них впервые обратилась в женскую консультацию в поздние сроки: в период с 13-й по 28-ю неделю беременности – 124 (57,6%), после 28 недель беременности – 14 (6,7%). Своевременное обращение в женскую консультацию до 12 недель беременности отмечено у 62 (28,7%). Особую тревогу вызывает то, что 15 (7,0%) юных женщин вообще ни разу не обращались в женскую консультацию, и их беременность протекала без медицинского контроля.

Все наблюдаемые беременные имели в анамнезе детские инфекции и острые респираторно-вирусные заболевания. Экстрагенитальные заболевания были у 77,4% (патология сердечно-сосудистой, костно-мышечной, мочевыделительной, дыхательной, эндокринной, нервной систем, желудочно-кишечного тракта).

### Результаты и обсуждение

У 107 девочек-подростков, имеющих в анамнезе медицинский аборт, беременность была внебрачной. Средний возраст при производстве первого медицинского аборта составил  $16,2 \pm 0,3$  года. Наибольшее количество аборт (89,6%) произведено в сроках от 8 до 10 недель беременности. Во всех наблюдениях операция произведена под общим обезболиванием (внутривенный наркоз) методом кюретажа.

Ранние осложнения после аборта, представленные эндометритом, сальпингоофоритом, гематометрой, плацентарным полипом, имели 13,1% девочек-подростков.

Последующая пролонгированная беременность у данной группы юных женщин наступила через 1 – 2 года после первого медицинского аборта.

Если при прерывании первой беременности ни одна пациентка не состояла в браке, то при наступлении повторной беременности в браке состояли 57 (53,3%) девочек-подростков. На учет по беременности не состояли 5 юных женщин, 102 – состояли на учете в женской консультации (из них до 12 недель встали на учет 48 девочек, в 13-28 недель – 49, после 28 недель – 5 девочек-подростков).

При изучении течения беременности, наступившей после ранее перенесенного аборта, получены следующие данные: в 48,3% наблюдений беременность осложнилась угрозой прерывания: в первой половине беременности – у 30,2%, во второй половине – у 18,1% пациенток; ранний токсикоз имел место в 14,3% наблюдений; поздним гестозом беременность осложнилась в 56,7%; железодефицитной анемией в 67,8% случаев; хроническая фетоплацентарная недостаточность диагностирована у 72,4%, задержка внутриутробного развития плода – у 14,1%; многоводие имело место у 4,5% девочек, маловодие – у 1,8%.

Во время беременности у 32,4% юных женщин диагностированы вагиниты, в том числе специфической этиологии у 6,5%; острые респираторно-вирусные заболевания перенесли 32,2% юных женщин, обострения хронических экстрагенитальных заболеваний имели место в 9,0% наблюдений: пиелонефрит (3,4%), бронхит (4,2%), холецистит (1,4%).

Роды завершились у 91,0% девочек-подростков через естественные родовые пути. У 10 (9,0%) юных женщин – путем операции кесарево сечение по сочетанным показаниям

(экстрагенитальные заболевания, акушерские осложнения). Послеоперационный период протекал без осложнений. Все оперированные пациентки выписаны в удовлетворительном состоянии с живыми детьми. Число преждевременных родов в данной группе юных женщин составило 5,6%.

Осложнения в родах: несвоевременное излитие околоплодных вод (25,1%), аномалия родовой деятельности (22,1%), частичная отслойка нормально расположенной плаценты (3,2%), травмы мягких родовых путей – имели место в 42,1% наблюдений, в том числе травмы промежности (12,6%), травмы влагалища (12,5%), травмы половых губ (10,8%), разрывы шейки матки I ст. (6,6%). Заживление травм мягких родовых путей у всех юных родильниц было первичным. Оперативными вмешательствами во время беременности и в раннем послеродовом периоде явились: эпизиотомия и перинеотомия (23,0%); амниотомия (19,1%); ручное обследование полости матки (14,0%); кесарево сечение (9,0%).

Ручное обследование полости матки в послеродовом и раннем послеродовом периоде произведено у 15 (14,0%) юных женщин по следующим показаниям: гипотоническое кровотечение; дефект последа; частичное плотное прикрепление последа.

В послеродовом периоде имели осложнения две родильницы: остатки плацентарной ткани, по поводу которых произведено выскабливание полости матки, и послеродовой эндометрит, юная родильница была переведена в гинекологическое отделение, где проведено соответствующее комплексное лечение.

В состоянии асфиксии родились 43,0% новорожденных, в том числе тяжелой степени – 6,6%. У 10 (9,0%) новорожденных диагностирована морфофункциональная незрелость, связанная с недоношенностью, экстрагенитальными заболеваниями матери и поздним гестозом.

Внутриутробное инфицирование плода имело место у 11 (9,9%) юных женщин: внутриутробная пневмония; врожденный конъюнктивит; пиодермия; ринит. У 25,8% новорожденных имело место гипоксическое поражение ЦНС. Таким образом, высокий удельный вес различных патологических состояний диагностирован у 50 (46,7%) новорожденных.

При изучении особенностей течения первой пролонгированной беременности и родов у 108 первобеременных девочек-подростков получены следующие данные:

По возрасту 72 (66,7%) девочки-подростки находились в группе от 17 до 18 лет.

При наступлении беременности в браке состояли менее половины девочек-подростков – 52 (46,8%). На учет по беременности в женской консультации состояли 98 девочек-подростков, 10 - на учет не состояли. В ранние сроки – до 12 недель – встали на учет только 14 девочек (12,9%), при сроках от 13 до 28 недель – 75 (63,4%), после 28 недель – 19 (17,7%).

Только у 14 (12,9%) девочек-подростков наступившая беременность была желанной, остальные 94 девочки-подростка связывают позднюю обращаемость по беременности в женскую консультацию с сомнениями, оставлять наступившую беременность или прервать ее.

Все девочки-подростки ранее перенесли детские инфекции, острые респираторно-вирусные заболевания. В анамнезе из соматических заболеваний были отмечены следующие: вегетативно-сосудистая дистония, пиелонефрит, бронхит, миопия разной степени. На каждую юную женщину приходилось 2,2 перенесенных экстрагенитальных заболеваний.

Во время беременности диагностировалась железодефицитная анемия легкой степени (47,6%); хроническая фетоплацентарная

недостаточность (62,5%); задержка внутриутробного развития плода (15,7%); вагиниты, в том числе специфической этиологии (31,4%).

Роды завершились у 100 (92,5%) юных женщин через естественные родовые пути, в том числе у двух (3,7%) преждевременно. У 8(7,4%) юных женщин произведена операция кесарево сечение ввиду экстрагенитальных заболеваний и акушерской патологии. Послеоперационный период протекал без осложнений. Все оперированные пациентки выписаны в удовлетворительном состоянии с живыми детьми. Осложнения в родах диагностированы у 48,7% юных рожениц: несвоевременное излитие околоплодных вод (23,1%), аномалия родовой деятельности (15,7%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (1,7%), травмы мягких родовых путей (31,4%). Заживление травм мягких родовых путей у всех родильниц было первичным. Оперативные вмешательства во время родов и раннем послеродовом периоде: амниотомия (23,1%), эпизиотомия и перинеотомия (25,6%). Ручное обследование полости матки в послеродовом периоде проведено у 8 (7,4%) юных родильниц при гипотоническом кровотечении и дефекте последа. В послеродовом периоде имели осложнения две родильницы: остатки плацентарной ткани, по поводу которых произведено выскабливание полости матки.

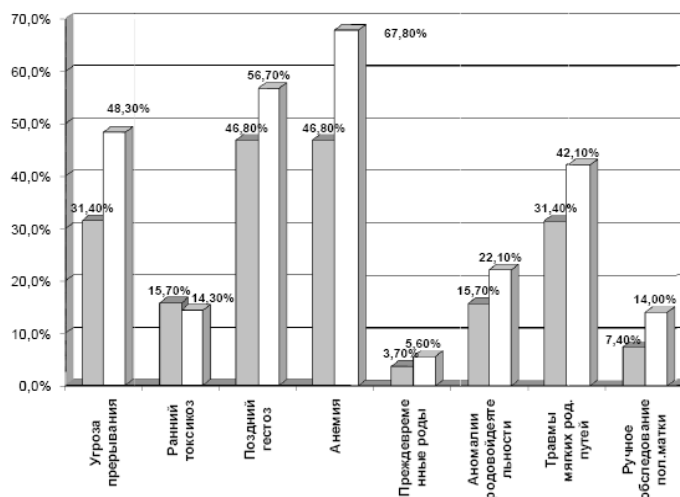


Рис. Сравнительная оценка течения беременности и родов у первобеременных девочек-подростков и имевших прерывание первой беременности медицинским абортom

В состоянии асфиксии различной степени тяжести родились 46,8% новорожденных. Морфофункциональная незрелость диагностирована у 8 (7,4%) новорожденных. Внутриутробное инфицирование плода имело место у 11(10,2%) юных женщин: внутриутробная пневмония, врожденный конъюнктивит, пиодермия. У 23,1% новорожденных ди-

агностировано гипоксическое поражение ЦНС.

### Заключение

Резюмируя вышеизложенное, следует подчеркнуть, что течение беременности у юных женщин сопровождается большим числом осложнений (ранний токсикоз, поздние гестозы, угроза прерывания беременности,

железодефицитная анемия). При анализе течения беременности и родов у двух групп девочек-подростков было выявлено статистически достоверно большее число осложнений у девочек-подростков, имеющих в анамнезе прерывание беременности медицинским абортом (см. рисунок). Статистически значимая разница отмечена при угрозе прерывания беременности, позднем гестозе, анемии, преждевременных родах, аномалиях родовой

деятельности, травмах мягких родовых путей, ручном обследовании полости матки.

Приведенные данные подтверждают необходимость разработки и реализации лечебных, профилактических и реабилитационных мероприятий при первом медицинском аборте у девочек-подростков и индивидуального подхода к ведению последующей пролонгированной беременности и родов в целях сохранения репродуктивного потенциала будущей матери.

#### *Сведения об авторах статьи:*

**Красникова Марина Борисовна**, к.м.н., зав. женской консультации МУ ГКБ №5 ГО г.Уфа РБ. E-mail: gkb5-wc@mail.ru  
**Юлдашев Владимир Лабирович**, д.м.н., профессор, проректор, зав. кафедрой психиатрии и наркологии с курсом ИПО БГМУ. Тел. (раб): (347) 272 - 70 - 04, 228 - 02 - 34 E-mail: marie 100@rambler.ru  
**Трубина Татьяна Борисовна**, д.м.н., профессор, зав. гин. отделения №1 МУ ГКБ №8, Тел.(раб): (347) 242 - 83 - 32

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Аккузина, О.П. Репродуктивное здоровье детей и подростков как основа демографического благополучия / О.П.Аккузина, Н.П. Смирнова, С.И.Зудикова // Новые технологии в акушерстве и гинекологии: материалы научного форума. – М., 1999. – С.257-258.
2. Архипова, А.В. Социальные аспекты беременности и родов у юных первобеременных женщин / А.В.Архипова, О.М. Стрельникова // Нижегородский мед. журнал. – 1993. - №2 – С.26-28.
3. Богдашкин, Н.Г. Медико-социальные аспекты беременности и родов у несовершеннолетних / Н.Г. Богдашкин, С.В.Андреев // Актуальные проблемы охраны здоровья девушек-подростков: тез. докл. 1 Укр. научно-практической конференции. – Харьков, 1993. - С.163.
4. Гуркин, Ю.А. Основы ювенильного акушерства / Ю.А. Гуркин, Л.А.Суслопаров, Е.А.Островская. – СПб.: Фолиант, 2001. – 352с.
5. Михайлова, Г.Н. Современные подходы к оценке влияния первого медицинского аборта на течение последующей пролонгированной беременности // Материалы VII Российского форума «Мать и дитя». – М., 2005 – С.155-156.
6. Сулейманова, Т. Г. Особенности беременности и родов у юных первородящих: дис. ... канд. мед. наук. — Самара, 2000.
7. Чечулина, О.В. Репродуктивное здоровье и проблемы юного материнства / О.В.Чечулина, Л.М.Тухватуллина // IV Всерос. конференция по детской и подростковой гинекологии: сб. научных трудов. – М., 2000. – С.173.

УДК 616.33-002

© О.А. Курамшина, Ю.А. Кофанова, Л.В. Габбасова, А.Я. Крюкова, 2011

### **О.А. Курамшина, Ю.А. Кофанова, Л.В. Габбасова, А.Я. Крюкова ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ, РОЛЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

*ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г.Уфа*

Изучены наиболее значимые факторы риска развития язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: обсемененность Н.р., генетическая предрасположенность и социальные факторы (нарушение питания, психологические перегрузки и вредные привычки).

**Ключевые слова:** язвенная болезнь, факторы риска.

### **O.A. Kuramshina, Yu.A. Kofanova, L.V. Gabbasova, A.Ya. Kryukova RISK FACTORS OF GASTRODUODENAL PATHOLOGY DEVELOPMENT. EDUCATIONAL PROGRAMMES IN THERAPEUTIC STRATEGIES APPLIED TO YOUTH**

Most significant risk factors of peptic ulcer development have been studied: H.pylori contamination, genetic predisposition and social factors (malnutrition, psychological overload and pernicious habits).

**Key words:** peptic ulcer, risk factors.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - широко распространенное заболевание. По данным различных авторов ею страдает от 7 до 10% всего населения земного шара, причем среди мужчин эта цифра достигает 15% (Циммерман, Чернин, 2000; Laine, 2002).

Формирование патологии гастродуоденальной системы у подавляющего большинства взрослого населения начинается в молодом возрасте. В России молодые люди составляют 10-16%, а по некоторым сведениям - 23,3% всех пациентов, страдающих ЯБ [1,5], причем распространенность заболевания среди мужчин значительно выше (в 2-7 раз), чем