

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

И.В. Походенько, М.Г. Магомедов, Е.А. Жукова

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения (зав. – проф. С.А. Куковякин) Кировской государственной медицинской академии

В целом по стране продолжает увеличиваться доля родов среди несовершеннолетних до 18 лет, поэтому многие авторы уделяют подростковому материнству особое внимание [1, 3, 4]. Однако лишь в единичных работах рассматривается проблема юных беременных на селе [2]. И хотя с начала текущего тысячелетия темпы роста доли родов среди юных не так значительны по сравнению с показателями последних десятилетий прошлого века, изучению особенностей течения беременности и родов у девочек-подростков в условиях сельской местности уделяется недостаточно внимания.

В условиях отдаленной сельской местности Нижегородской и Кировской областей мы наблюдали значительный рост ($p < 0,05$) доли юных беременных – с 1,8 % в 1981–1985 гг. до 12,7% в 1991–1995 гг. (в 7,1 раза). В 1996–2000 гг. удельный вес юных беременных составлял 12,8% (каждая восьмая беременная), в 2001–2005 гг. – 13,5%. Течение беременности и родов было проанализировано у женщин двух групп: 1-я (основная) – 124 юные беременные в возрасте до 18 лет, 2-я (контрольная) – 115 женщин в возрасте от 21 года до 24 лет.

В основной группе самыми юными были 15- (1,6 %) и 16-летние (11,3%) девочки, остальным подросткам исполнилось 17 лет (87,1%). В основной группе половой жизнью начали жить значительно раньше: с 13 лет – 2,4%, с 14 – 8,9%, с 15 – 13,7%, с 16 – 50,0%, с 17 – 25,0%, в контрольной группе – соответственно 0%, 0%, 2,7%, 13,0%, 20,0%.

Обе группы были представлены женщинами с первыми родами, но при этом в основной группе было значительно больше ($p < 0,05$) первобеременных – соответственно 84,7% и 63,5%. Со второй и третьей беременностями (и первыми родами) значительно больше ($p < 0,05$) женщин наблюдалось в контрольной группе – т.е. юные намного реже искусственно прерывали беременность до первых родов (хотя это происходило у каждой седьмой беременной до 18 лет). К возрасту 21–24 лет каждая третья женщина на селе искусственно прерывает беременность до родов, а каждая десятая –

две или более беременностей до первых родов.

Семейное положение в группах было различным. Так, состоявших в зарегистрированном браке было значительно больше ($p < 0,05$) в контрольной группе (соответственно 82,6% и 71,0%), а живущих с родителями ($p < 0,05$) – в основной (8,9% и 1,7%).

По социальному положению в основной группе было меньше ($p < 0,05$) работающих – соответственно 20,9% и 82,6%. Среди юных неработающих преобладали ($p < 0,05$) домохозяйки, безработные или учащиеся. Лишь каждая четвертая из юных неработающих состояла на учете в бюро занятости, остальные жили на иждивении мужа или родных.

Юные позднее встают на учет по беременности в женской консультации: до 12 недель 66,1% юных ($p < 0,05$) и 81,7% женщин более старшего возраста, а в 13–30 и позже 30 недель – соответственно 29,8% и 18,3% ($p < 0,05$).

Средний доход на члена семьи в семьях подростков не достигал и третьей части прожиточного минимума и был значительно ниже ($p < 0,05$), чем у женщин контрольной группы. Подсобные хозяйства имелись у значительно меньшей ($p < 0,05$) доли семей юных – соответственно 14,5% и 86,7%.

При более позднем взятии на учет по беременности юные значительно реже ($p < 0,05$) посещают врача женской консультации – 9,7 и 12,8 раза за беременность (вместо рекомендуемых 15 раз, т.е. в 1,5 раза реже). При этом число госпитализаций за беременность было также значительно ниже ($p < 0,05$) среди юных – в 2,4 и 3,5 раза.

При изучении частоты осложнений беременности было установлено, что у юных они встречались значительно чаще ($p < 0,05$) – соответственно 269,4 и 106,1 на 100 беременных (чаще в 2,5 раза): анемии – в 2,1 раза (соответственно 68,5 и 32,2 на 100 беременных), гестозы – в 3,3 раза (51,6 и 15,7), инфекции мочевых путей – в 3,5 раза (39,5 и 11,3), угроза прерывания беременности – в 3,3 раза (20,2 и 6,1), выявленная до родов

гипотрофия плода – в 5,5 раза (19,4 и 3,5), узкий таз – в 3,0 раза (12,9 и 4,3), кольпиты – в 6,2 раза (10,5 и 1,7), простудные заболевания – в 7,2 раза (6,5 и 0,9 на 100 беременных).

Частота инфекций половых путей (ИПП) в юном возрасте во многом связана с ранним началом половой жизни и не вполне осознанным выбором полового партнера, так как этиология ИПП в основном соответствовала заболеваниям, передающимся половым путем (трихомонады, хламидии и др.).

По рангу среди осложнений беременности на первом месте в обеих группах находились анемии беременных, на втором – гестозы, на третьем – инфекции мочевых путей.

При изучении частоты осложнений родов существенных различий в основной и контрольной группах выявлено не было. В то же время в родах у юных значительно чаще ($p < 0,05$) наблюдались гестозы – в 2,0 раза (соответственно 24,0 и 11,8 на 100 родов) и разрывы мягких тканей – в 3,0 раза (16,5 и 5,5 на 100 родов), существенно реже ($p < 0,05$) кесарево сечение – в 2,9 раза (5,0 и 14,5 на 100 родов).

По частоте осложнений родов в обеих группах преобладали несвоевременное излитие околоплодных вод, далее следовали гестозы у юных и слабость родовой деятельности в контрольной группе.

В послеродовом периоде в обеих группах наиболее частым осложнением являлись анемии, затем инфекции мочевых путей, но их частота у юных была намного выше ($p < 0,05$), чем в контроле, – в 1,9 раза (соответственно 33,1 и 17,3 на 100 родов).

Таким образом, в последние два десятилетия весьма острой стала проблема подросткового материнства и на селе. В связи с крайне низкой рождаемостью в России юные беременные заслуживают особого внимания. Им следует рекомендовать 2–3 госпитализации за период беременности (можно в условиях дневных стационаров), дополнительные меры социальной поддержки (бесплатное лечение в амбулаторных условиях, дополнительное питание в условиях стационаров) и другие медико-социальные мероприятия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.Н. // Акуш. и гин. – 1997. – № 4. – С.44–46.
2. Введенская И.И., Походенько И.В. Материалы 2-й Международной научной конференции. – Пермь–Халкидики, 1998. – С.83–85.
3. Гуркин Ю.А. Ювенильная гинекология: пособие для врачей. – СПб, 1993.
4. Максимова Т.М. // Здравоохран. Российской Федерации. – 2002. – № 2. – С.40–44.

Поступила 30.01.06.

PREGNANCY AND PARTURITION IN TEENAGER GIRLS LIVING IN RURAL AREAS

I.V. Pokhoden'ko, M.G. Magomedov, E.A. Ghukova

S u m m a r y

Peculiarities of pregnancy and parturition in teenager girls living in rural parts of Nizhny Novgorod and Kirov oblast's were studied. During the last two decades the number of parturition among teenager girls increased reaching 12.8–13.5%. Pregnant teenagers had 2.5 times higher frequency of complications than adult pregnant women (due to anemia, urogenital infections, toxicosis, miscarriages, fetus hypotrophy, etc).

УДК 618.14 — 006.6 — 058

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ РАКОМ ТЕЛА МАТКИ

В.А. Пушкарёв

*Клинический республиканский онкологический диспансер
(главврач – канд. мед. наук В.Н. Ручкин) МЗ РБ, г. Уфа*

Среди комплекса социально-значимых болезней злокачественные новообразования занимают ведущие позиции в снижении потенциала здоровья нации, накоплении глобального груза болезней, определяя тем самым уровни стойкой и временной утраты трудоспособности и сокращения средней продолжительности жизни населения. Известно, что патология класса ново-

образований во всех экономически развитых странах имеет тенденцию к последовательному росту [3, 5].

В структуре злокачественных новообразований среди женщин рак тела матки (РТМ) занимает второе место после рака молочной железы и имеет неуклонную тенденцию к росту. По мнению исследователей, основными причинами, влияющими на