

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ У ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ

© 2016 С.Т. Джурабекова, С.Ш. Бобохолова

Самаркандский Государственный медицинский институт,
кафедра «Акушерство и гинекология» №2**Ключевые слова:** беременность, роды, юные первородящие.**Таянч сўзлар:** ҳомиладорлик, туғруқ, ёш биринчи туғувчилар.**Key words:** pregnancy, birth, young nulliparous.

Репродуктивное поведение современной молодежи характеризуется ранним сексуальным дебютом, несерьезным отношением к браку, редким использованием эффективных методов контрацепции, ранней беременностью. Отмечается возрастание негативных тенденций в состоянии здоровья подростков [5, 6]. Вышеупомянутое оказывает негативное влияние на здоровье молодых беременных женщин. Таким образом, частота осложнений течения беременности и родов на фоне физиологической неготовности у юных первородящих намного выше, чем осложнения у женщин репродуктивного возраста, заканчивающиеся потерей матери.

**БИРИНЧИ МАРОТАБА ТУГУВЧИ ЁШ АЁЛЛАРДА ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ
КЕЧИШИ ВА ТУҒРУҚ ОҚИБАТИ**

С.Т. Джурабекова, С.Ш. Бобохолова

Замонавий ёшларнинг ўзларини репродуктив тутиши эрта сексуал дебют, турмушига жиддий эътибор бермаслик, контрацепция усулларида самарали фойдаланмаслик, эрта ҳомиладор бўлишлари билан характерланади. Усмирларнинг соғлигида ҳам негатив ўзгаришлар кўзатилмоқда. Бу ҳолат эса ёш ҳомиладорларга негатив таъсир кўрсатмоқда. Ёш туғувчиларнинг физиологик тайёр эмаслиги фонида, репродуктив ёшдаги аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқни утишида асоратлар кўпайиши, оналар улимига сабаб бўлмоқда.

PREGNANCY AND BIRTH OUTCOMES IN YOUNG NULLIPAROUS

S.T. Djurabekova, S.Sh. Boboholova

Reproductive behavior of modern youth is characterized by early sexual debut, non-serious attitude towards marriage, a rare use of effective methods of contraception, early pregnancy. Marked increase in negative trends in adolescent health. The above negative impact on the health of young pregnant women. Thus, the frequency of complications of pregnancy and childbirth on the background of physiological unpreparedness of young nulliparous for bearing a child is much higher than the complications in women of reproductive age, resulting in loss of a parent.

Так, по данным РИАЦ МзРУз, общая заболеваемость детей в возрасте до 14 лет за последние 5 лет возросла на 10,1%, подростков в возрасте 15–17 лет – на 14,3%, среди детей до 14 лет отмечается увеличение распространенности болезней крови и кроветворных органов на 16,6%, болезней органов дыхания – на 11,2%, болезней мочеполовой системы – на 12,3%, системы кровообращения – на 9,8%. У подростков произошел рост заболеваемости по всем классам болезней, прежде всего по болезням системы кровообращения – на 26,1%, крови и кроветворных органов – на 23,8%, болезням мочеполовой системы – на 18,5%, органов дыхания – на 10,1%. На фоне роста соматической заболеваемости отмечается увеличение патологии органов репродуктивной системы у девочек-подростков. В структуре гинекологической заболеваемости у девочек в возрасте 10–17 лет ведущее место занимают нарушения менструального цикла (НМЦ) и воспалительные заболевания органов репродуктивной системы. НМЦ у девочек в возрасте 10–14 лет стали регистрироваться на 24% чаще, чем 5 лет назад, в возрасте 15–17 лет – на 22%, опухоли и опухолевидные образования – на 6%, пороки развития половых органов – на 1% [8]. Вышеуказанное негативно сказывается на здоровье юных беременных. Так, частота осложнений беременности и родов на фоне физиологической неготовности юных первородящих к вынашиванию ребенка значительно превышает осложнения у женщин репродуктивного возраста, приводит к материнским потерям [4,7]. Данные мировой статистики по материнской смертности свидетельствуют о том, что величина этого показателя высока в начале и конце репродуктивного возраста. По материалам исследований В.А. Тумановой и соавт. (2009), материнская смертность среди подростков 13–17 лет в 5–8 раз выше, чем в общей

популяции. Изучение первичной медицинской документации умерших в г.Ташкенте и Таш.области матерей за период 2010–2012гг. показало, что на долю юных матерей пришлось 2,4%. Исследованиями установлено, что значительно чаще на учет по беременности в сроке до 12 недель встают первородящие в возрасте 18 лет и старше, для юных же первородящих наиболее характерна первая явка в женскую консультацию в сроке после 24 нед. Вследствие функциональной незрелости организма у юной первородящей течение беременности в большем проценте случаев осложнилось ранним токсикозом (17,2%, в популяции – 10,1%), преэклампсией (гестозом) (39,1%, в популяции – 17,2%), угрозой прерывания беременности (41%, в популяции – 8,9%), фетоплацентарной недостаточностью (71,9%), многоводием (4,9%, в популяции – 2,3%), анемией (61,9%, в популяции – 45,9%) [2,5]. В родах чаще встречались такие осложнения, как аномалии родовой деятельности (18,1%, в популяции – 7,1%), акушерские кровотечения (10,1%, в популяции – 6,3%) [6, 8].

В последние годы имеется тенденция к увеличению числа беременностей и родов среди подростков. Состояние подростков теснейшим образом связано с состоянием репродуктивного здоровья матери, а подростки вступают в детородный процесс зачастую анатомически и физиологически незрелыми и социально не адаптированными. Течение беременности и родов у них характеризуется высоким процентом материнских и перинатальных осложнений [1, 3, 9,10,11]. В доступной литературе имеется мало сведений о течении беременности и родов у юных первородящих женщин.

Цель: Изучить особенности течения беременности и родов у юных первородящих.

Материалы и методы: С целью выявления частоты и характера акушерских осложнений нами проведено исследование 50 женщин - юных первобеременных в возрасте 16-17 лет, родоразрешившихся в Самаркандском родильном комплексе №3, за период 2015г.

Среди наблюдаемых нами беременных, жительницы города Самарканд составили 25 (50%), остальные из сельской местности. По социальному положению беременные распределились следующим образом: домохозяйки- 35 (70%), учащиеся- 15 (30%), в браке состояли 34(68%), из них регистрацию прошли лишь 9 (26,5%) пар, у остальных 27 (79%) - регистрации брака не было,16 (32%) – состояли во внебрачных отношениях.

Результаты и их обсуждения: Юные первородящие из всех поступивших, составили 1,4%. На диспансерном учёте в поликлинике состояли 33 (66%) женщины, из них 18 (36%) - регулярно посещали женскую консультацию, 15 (30%) - посещали её нерегулярно и 17 (34%) - на учёте не состояли. Из соматического анамнеза было выявлено, что у наблюдаемых нами беременных отмечались перенесённые ранее ими простудные заболевания (ОРВИ/ОРЗ) – 19 (38%); вирусный гепатит – 11 (22%); эндокринная патология в частности это диффузное увеличение щитовидной железы - у 2(4%); ожирение I и II степени – 2 (4%), острый бронхит – 3 (6%), хронический тонзиллит – 2 (4%), хронический пиелонефрит – 10 (20%), цистит – 5 (10%), аппендэктомия–6 (12%), тонзилэктомия-2 (4%).

Наступление первой менструации отмечалось: у 3 (6%) с 10-11 лет, у 44 (88%) с 12-14 лет, у 3 (6%) с 15 лет. Начало половой жизни с 12 лет – 1 (2%), с 13 лет – 1 (2%), с 14 лет – 5 (10%), с 15 лет – 12 (24%), с 16 лет – 26 (52%), с 17 лет – 5 (10%). Средний рост беременных был равен 158,5 см, средний вес 61,5 кг. Беременность протекала на фоне анемии беременных у 30 (60%), на фоне угрозы прерывания – у 37 (74%), токсикоз первой половины беременности – 15 (30%), преэклампсия лёгкой степени, тяжёлой степени – 7 (14%), многоводие – 10 (20%).

У 44 (88%) женщин роды произошли через естественные родовые пути, остальные 6 (12%) по абсолютным показаниям родоразрешились путём операции кесарева сечения. Показаниями к оперативному родоразрешению явились: ПОНРП – 1 (2%), эклампсия – 2 (4%), II ст. несоответствия головки с тазом – 2 (4%), миопия высокой степени – 1 (2%). Преждевременные роды отмечались у 7 (14%) беременных. Осложнения в родах: несвоевременное излитие околоплодных вод было у 18 (36%), слабость родовой деятельности – 18 (36%), I ст. несоответствия головки с тазом– у 12 (24%), роды крупным плодом 6 (12%), разрыв слизи-

стой владалища – у 16 (32%), глубокий разрыв стенок владалища – у 6 (12%), разрыв шейки матки 1-2 ой степеней - 11 (22%), разрыв промежности 1,2 и 3 степеней - 14 (28%), дефект последа - 3 (6%), патология прикрепления плаценты - 1 (2%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты - 1 (2%), гипотоническое кровотечение - 1 (2%). У юных рожениц часто применяли эпизиотомию – в 11 (22%) случаях, показанием к которой явилась высокая промежность - у 4 (8%), угрожающий разрыв промежности - у 7 (14%), а также было проведено ручное обследование полости матки - у 4 (8%), ручное отделение последа - 1 (2%). Срок беременности при поступлении: 38-40 недель – 41(82%) случай, 28-37 недель – 5(10%) случаев, 26-27 недель – 4(8%). С предвестниками родов поступило 11 (22%), в первом периоде родов – 29 (58%), и во втором периоде родов поступило 10 (20%) юных первородящих.

Выводы: беременность в юном возрасте чаще осложняется угрозой прерывания беременности (74%), анемией беременных (60%), развитием ранних токсикозов (30%), преэклампсией (14%). Роды осложняются слабостью родовой деятельности (36%), несвоевременным излитием околоплодных вод (36%), материнским травматизмом (62%) и клинически узким тазом (24%). Таким образом, отличительной чертой структуры материнской смертности среди юных женщин явился высокий удельный вес преэклампсии, экстрагенитальной патологии и септических осложнений, что обусловлено физиологической незрелостью адаптационных механизмов и наступлением незапланированной беременности на фоне низкого уровня здоровья девочек-подростков. Для преэклампсии у юных беременных характерно раннее начало, развитие на фоне экстрагенитальной патологии, тяжелое течение, что, зачастую является показанием для прерывания беременности и досрочного родоразрешения. Недооценка тяжести состояния беременных, запоздалая госпитализация, отсутствие преемственности между женской консультацией и родильным домом и несвоевременном решении вопроса о родоразрешении еще более усугубляют ситуацию. Таким образом, юные беременные относятся к группе высокого риска по материнской смертности вследствие преэклампсии и нуждаются в тщательном наблюдении, своевременном направлении на стационарное лечение и родоразрешении в учреждениях III уровня.

Использованная литература:

1. Абрамченко В.В., Шабалов Н.П. Клиническая перинатология // Петрозаводск. 2004. 242с.
2. Адамян Л.В., Сибирская Е.В. Течение беременности и родов у юных первородящих // Материалы III Международного конгресса по репродуктивной медицине. М., 2009. С.53.
3. Апарцина Е.В., Наранцэцг В., Протопопова Н.В. Беременность и роды у юных матерей // Материалы VI Российского научного форума «Мать и дитя». М., 2004. С.17–18.
4. Белоцерковцева Л. Д., Коваленко Л. В., Майер Ю.И. и др. Репродуктивное здоровье девочек-подростков г.Сургута // Материалы IV съезда акушеров- гинекологов России. М., 2008. С.316.
5. Быстрицкой Т.С., Целуйко С.С. Беременность и гинекологическое здоровье подростков // Ростов-на-Дону, 2006. С.256.
6. Гуркин Ю.А. Репродуктивное здоровье девочек-подростков – основа демографического возрождения России // Актуальные вопросы детской и подростковой гинекологии: Материалы и тезисы докладов III Всероссийской научно-практической конференции. СПб., 2008. С.6–9.
7. Козловская И.В., Протопопова Н.В., Самчук П.М. Особенности течения родов у юных первородящих // Материалы VIII Всероссийского научного форума «Мать и дитя». М., 2006. С.116–117.
8. Коханевич Е.В. Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и репродуктологии // М. 2006. 480с.
9. Стрижаков А.Н., Игнатенко И.В. Потеря беременности // М., 2007. 224с.
10. Цхай В.Б. Перинатальное акушерство: учеб. пособие // М., 2007. 512с.
11. Чернуха Е.А. Родовой блок // М., 2003. 710с.