
ЮВЕНИЛЬНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Е.О. Шаклычева-Компанец

Управление здравоохранения Восточного административного округа
г. Москвы
Зеленый пр., 6/2, Москва, Россия, 129100

В работе представлены данные литературы, касающиеся вопросов течения беременности у юных женщин, и результаты изучения акушерских и перинатальных исходов у юных беременных, проживающих в Восточном территориальном округе Москвы, с целью определения фактора перинатального риска при возникновении ювенильной беременности.

Ключевые слова: ювенильная беременность, перинатальный риск.

Репродуктивное здоровье имеет фундаментальное значение, как для отдельных лиц, супружеских пар, семей, так и для социально-экономического развития общества в целом (ВОЗ). Одной из важнейших задач, направленных на совершенствование системы охраны здоровья матери и ребенка в современных условиях, является прогнозирование и профилактика перинатальной смертности и заболеваемости. Наименее изученной является проблема репродуктивного здоровья подростков.

В большинстве стран табу и нормы в отношении сексуальности (включая такую практику, как брак в детском возрасте, ранние половые отношения) ставят серьезные препятствия для получения информации в области охраны репродуктивного здоровья несовершеннолетних. При этом сексуальное и репродуктивное поведение в период отрочества (от 10 до 19 лет) имеет незамедлительные и долгосрочные последствия. Подростки редко обладают способностью или поддержкой, для того чтобы противостоять давлению, побуждающему к половым отношениям или защищать себя от нежелательной беременности и передаваемых половым путем инфекций. Для молодых девочек беременность несет высокий риск материнской смертности и заболеваемости (ВОЗ). Проблема ювенильного акушерства чрезвычайно актуальна и изучается во всем мире. При этом необходимо отметить, что беременность у юных женщин является проблемой не только медицинской, но и психологической, социальной, юридической.

Цель данного исследования – определение акушерских и перинатальных исходов у юных беременных, проживающих в Восточном территори-

альном округе Москвы, и выделение степени перинатального риска при возникновении ювенильной беременности.

В современной литературе юных беременных относят к группе высокого риска по развитию осложнений во время беременности, в родах и послеродовом периоде. В Российской Федерации и за рубежом проводятся многочисленные научные исследования, направленные на улучшение репродуктивного здоровья девушек-подростков, акушерских и перинатальных исходов у юных женщин. Ежегодно в мире более чем у 15 млн подростков беременность заканчивается родами (по данным Международной Федерации планирования семьи). При этом отсутствует единая точка зрения на определение возрастных границ, соответствующих понятию «юная первородящая» (*pregnant teenagers*). Это связано с целым рядом социально-экономических и этнических особенностей отдельных стран: в Индии к юным первородящим относят подростков в возрасте 15–19 лет, в Греции – 14–19-летних девушек, в Мексике – 10–16-летних подростков. В США нет единого стандарта даже внутри страны: штат Мичиган – 14–17 лет, штат Нью-Йорк – 15–19 лет. В Российской Федерации к юным беременным относят подростков 13–17 лет.

Процент юных первородящих в разных странах также не одинаков: в Индии – это 19% от общего количества беременных, в Греции – 5,6%. В мире в среднем их доля увеличилась с 0,3–0,4% в 1988 г. до 2,3–4,9% в 2000 г. В последние годы в России, как и в других европейских странах, на фоне депопуляции населения и низкого коэффициента рождаемости отмечается увеличение числа родов у несовершеннолетних, количество юных первородящих достигает 4%.

В литературе активно обсуждается влияние социальных факторов на возникновение беременности у несовершеннолетних, однако неизученными остаются вопросы влияния психологических особенностей подростковой личности на появление ювенильной беременности и развитие ее осложнений. Большинство исследователей считают, что беременность в подростковом возрасте протекает с большим количеством осложнений в сравнении с женщинами репродуктивного возраста и представляет значительный риск как для самой беременной, так и для ее будущего ребенка.

По имеющимся в литературе данным нельзя составить четкую ранговую очередность развития той или иной патологии у несовершеннолетних беременных. Однако большинство исследователей отмечают, что с наибольшей частотой в подростковом возрасте встречаются: гестоз (35,1–67,0%); плацентарная недостаточность (77,4%); инфекции во время беременности (27,4%); угроза прерывания беременности (16,1–41,0%); анемия (15,5–62,0%); гестационный пиелонефрит (18,1%); ранний токсикоз (16,1–17,2%).

По данным Т.О. Scholl и соавт., гестоз – одно из наиболее частых осложнений беременности у несовершеннолетних во всем мире. Анемию бе-

ременных диагностируют у несовершеннолетних чаще, чем у женщин старшего возраста, частота ее колеблется по разным источникам от 4 до 78%. При этом необходимо отметить, что анемия беременных у несовершеннолетних далеко не всегда связана с низким социально-экономическим уровнем жизни, она регистрируется у подростков во время беременности как в развивающихся, так и в высокоразвитых странах.

В исследовании Н.С. Тарасовой показано, что у юных первородящих выявлен значительно более высокий уровень осложнений беременности, чем у взрослых женщин: ранний токсикоз – в 13 раз, угроза прерывания беременности – в 10 раз, анемия – в 2 раза, нефропатия – в 6 раз. Во время беременности клиническими методами ХПН диагностирована в 32,5%, а при морфологическом изучении плацент в 2,5 раза чаще – 83,9% (I степень ХПН – 65,4%; II степень – 34,6%). В родах у юных первородящих чаще, чем у женщин 20–25-летнего возраста диагностируется: патологический преламинарный период (12,5%), раннее излитие вод (27,5%), острая гипоксия плода (15,0%), первичная слабость родовой деятельности (7,5%), травмы мягких родовых путей (80,0%) и плотное прикрепление плаценты (7,5%). Весомым механизмом развития ХПН у юных первородящих является незрелость ворсинчатого дерева. Наиболее информативна при юношеской беременности – ультразвуковая констатация II степени зрелости плаценты вместо III и снижение ТБГ при повышении уровня ПАМГ в сыворотке крови.

Необходимо отметить, что частота осложнений беременности и родов у юных первородящих зависит не столько от биологического возраста, сколько от ее менструального возраста (от наступления менархе до наступления беременности). Доказано, что наибольшая частота осложнений наблюдается у юных первородящих с менструальным возрастом 1 год и менее, наименьшая – при менструальном возрасте 3 года и более.

Незрелость адаптационных возможностей большинства современных подростков, психоэмоциональная лабильность, низкий индекс их здоровья определяют высокий риск развития осложнений со стороны плода и новорожденного, общая частота которых по данным некоторых авторов составляет 60–90%. По данным А.Н. Баранова (2000), у 59% несовершеннолетних беременных плод страдает от хронической и острой гипоксии. Синдром задержки развития плода при ювенильной беременности встречается в 12–15% наблюдений, а при беременности в другие возрастные периоды – только в 5–6%. Частота рождения недоношенных детей у несовершеннолетних матерей составляет 13–20%, что в 2 раза выше, чем у женщин старшего возраста. Асфиксия новорожденных у юных матерей встречается в 19–24% случаев и превышает данный показатель у детей родильниц других возрастных групп. Частота родовых травм у новорожденных от несовершеннолетних матерей составляет 5–6%, тогда как у детей, родившихся от матерей 21–29 лет – менее 1%. Ранняя неонатальная смертность в груп-

пе детей юных первородящих вдвое выше, чем в группе детей от матерей в возрасте 25–29 лет.

Изложенная точка зрения долгое время не являлась общепризнанной. Приводились сведения об отсутствии каких-либо особенностей в развитии беременности и родового акта у несовершеннолетних. Некоторые авторы считали, что беременность и роды у юных женщин протекают даже более благоприятно, чем в старших возрастных группах, а дети развиваются без каких-либо отклонений от нормы.

Безусловно, среди юных родильниц есть и такие, у которых рождаются клинически здоровые дети с благоприятным течением неонатального периода. Однако даже при благоприятном течении беременности у юной матери интранатальный период в силу возможных осложнений может оказывать влияние не только на ближайшие, но и на отдаленные исходы для ребенка, в связи с чем необходимо постоянно осуществлять контроль за дальнейшим развитием детей группы риска – т.е. проводить изучение катамнеза.

Контингент и методы исследования. Проведен анализ течения беременности и родов, а также перинатальные исходы у 68 юных женщин. Материалом исследования служили архивные данные женских консультаций Управления здравоохранения Восточного административного города Москвы (данные за 2007–2009 гг.).

По полученным данным в 2007 г. доля родивших женщин моложе 18 лет составила 0,43% от общего числа родов по округу, в 2008 г. – 0,21%, в 2009 г. – 0,18%.

При ежегодном уменьшении общего количества юных беременных, отмечается тенденция к их омоложению, что отражено в табл.

Таблица

Возрастной состав юных беременных

Возраст беременных, лет	Годы			Всего	
	2007	2008	2009	чел.	%
13	–	–	1	1	1,5
14	–	14	–	14	20,6
15	1	2	3	6	8,8
16	5	2	1	8	11,7
17	26	-	13	39	57,4
Итого	32	18	18	68	100

Следует отметить, что беременность у большинства девочек (73,5%) наступила в течение года после начала половой жизни, что косвенно свидетельствует о недостаточной информированности подростков в вопросах правильного сексуального поведения, в том числе и контрацепции.

При изучении социального статуса юных беременных установлено, что к моменту наступления беременности большинство из них не имело законченного среднего образования (41–60,29%). К концу беременности в зарегистрированный брак вступила только каждая четвертая пациентка (18–26,47%). Желанной беременностью считала и планировала сохранить 41 женщина (60,29%), в основном старшего возраста – 16–17-летние. В остальных случаях причинами сохранения беременности послужили желание длительное время скрыть беременность (17–25,0%), настояния родителей (7–10,3%), страх перед абортom (3–4,4%).

Необходимо отметить, что отношение к своему состоянию здоровья и состоянию плода (своевременность постановки на учет в женской консультации, дальнейшее динамическое наблюдение в течение беременности, выполнение назначений врача акушера-гинеколога) у юных беременных значительно отличается от женщин более зрелого возраста. Только 18 (26,5%) человек встали на учет своевременно; впервые пришли в женскую консультацию после 12 нед. – 21 (30,9%); 29 (42,6%) после 24 нед. гестации, из них обратились к врачу на сроке более 30 нед. беременности 9 пациенток (13,2%).

В структуре осложнений во время беременности преобладали угроза прерывания на различных сроках (19,5%), при этом одна беременность закончилась самопроизвольным выкидышем в сроке 20 нед. беременности; железодефицитная анемия (15,4%); хроническая плацентарная недостаточность диагностирована у 23 юных беременных (33,8%), при этом задержка развития плода имела у 9 (13,2%) женщин. Одна женщина, 17 лет, наблюдалась по поводу беременности на фоне ПМК НК 0ст. с регургитацией, НЖО 1 ст., гестоза 2/2 беременности, ХФПН, компенсированной формы. У одной пациентки, 15 лет, вставшей на учет в сроке 29–30 нед., диагностирован гестационный пиелонефрит, с момента наблюдения она трижды проходила стационарное лечение.

Из 68 юных родильниц у одной, 16-летней, в 2008 г. была зарегистрирована вторая беременность, закончившаяся вторыми срочными родами (девочка – 2800 г / 50 см), первый ребенок также жив, наблюдается в поликлинике по поводу последствий перинатального поражения центральной нервной системы.

Роды через естественные родовые пути произошли у 64 (94,1%) юных рожениц, оперативным путем было разрешено всего 4 пациентки (5,9%). Показаниями к оперативному родоразрешению путем операции кесарева сечения являлись острая внутриутробная гипоксия плода, клинически узкий таз. Среди осложнений родов через естественные родовые пути были отмечены травмы родовых путей (9,0%), слабость родовой деятельности (4,1%), преждевременное излитие околоплодных вод (5,6%).

Средняя масса новорожденных, родившихся от юных матерей, составила $3328,72 \pm 42,23$ г, рост $52,36 \pm 0,28$ см. Случаев тяжелой асфиксии новорожденных не отмечалось, с признаками функциональной незрелости роди-

лось 12,3% детей, с задержкой развития – 2,9%. На второй этап выхаживания было переведено 4,7% новорожденных. Ни одного отказа от детей, рожденных юными женщинами, зафиксировано не было.

Заключение. Данное исследование подтверждает наличие высокой частоты акушерских и перинатальных осложнений у юных женщин. Однако следует отметить, что уровень осложнений, выявленных при наблюдении ювенильных беременных, проживающих в городе Москве, несколько ниже, чем по стране в целом. Одним из основных моментов, предрасполагающих к возникновению осложнений, являются неблагоприятные социальные факторы, которые в большинстве случаев сопровождают возникновение и течение ювенильной беременности. Работа, которая проводится в женских консультациях Москвы, в том числе и Восточного административного округа, по организации медико-социальной помощи, оказанию адекватной психологической и семейной поддержки на всех этапах беременности, индивидуальный подход с учетом выявленных медицинских и социальных аспектов в каждой конкретной ситуации при наступлении беременности в раннем возрасте, дает определенный положительный результат. Последние исследования, проводимые в этом направлении, отметили влияние психологических особенностей личности подростка на возникновение ювенильной беременности и ее осложнений, показали на основании применения современных инструментальных и морфологических методов исследований возможность прогнозирования антенатальных и интранатальных рисков при ювенильной беременности, что в свою очередь подтвердило необходимость выделения юных матерей в группу высокого риска по перинатальной смертности и заболеваемости.

Таким образом, возраст беременных менее 18 лет следует рассматривать как фактор перинатального риска. Оптимизация тактики ведения беременности у юных первородящих должна основываться на более раннем консультативном наблюдении и плановой госпитализации для целенаправленной терапии ХПН в течение III триместра беременности, а также тщательной переоценки риска интранатально.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.Н. Особенности течения беременности и родов у подростков // Акушерство и гинекология. – 1997. – № 4. – С. 44–46.
2. Брюхина Е.В. Беременность и роды у девочек-подростков. Предупреждение осложнений, реабилитация: Автореф. дис. ... д.м.н. – 1996.
3. Брюхина Е.В., Мазная Е.Ю., Рыбалова Л.Ф. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода в подростковом возрасте // Мат-лы II Рос. форума «Мать и дитя». – М., 2000. – С. 21–22
4. Вронская М.И. Оказание помощи несовершеннолетним матерям // Тезисы докл. Всерос. науч.-практ. конф. «Социальное и душевное здоровье ребенка и семьи: Защита, помощь, возвращение в жизнь». – М., 1998. – С. 180–181

5. Гвоздецкая М.П., Елгина С.И., Ушакова Г.А. Сексуальное поведение и репродуктивное здоровье подростков // Тезисы докл. Междунар. науч.-практ. конф. «Гигиена, экология и репродуктивное здоровье подростков». – СПб, 1999. – С. 42–44.
6. Гуркин Ю.А. Репродуктивные проблемы девушек-подростков. – СПб, 1997. – Вып. 1.
7. Гуркин Ю.А., Суслопарова Л.А., Островская Е.А. Основы ювенильного акушерства. – СПб, 2001.
8. Долженко И.Х. Особенности оценки репродуктивного здоровья девочек // Гинекология. – 2000. – № 2. – Т. 2. – С. 59–60.
9. Загорельская Л.Г., Шестакова В.Н., Иванян А.Н. Динамика состояния здоровья у юных женщин во время беременности и родов // Мат-лы III Рос. форума «Мать и дитя». – М., 2001. – С. 58–59.
10. Загорельская Л.Г. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у девочек подросткового возраста в зависимости от состояния их здоровья: Автореф. дис. ... к.м.н. – Уфа, 2002.
11. Захарова Т.Г., Филиппова О.С., Гончарова Г.Н. Влияние репродуктивного здоровья юных рожениц на состояние новорожденного // Мат-лы III Рос. форума «Мать и дитя». – М., 2001. – С. 62.
12. Захарова Т.Г., Гончарова Г.Н. Репродуктивное здоровье юных матерей и состояние их новорожденных // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. – 2002. – № 3. – С. 11–14.
13. Зулкарнеев З.М. Перинатальная патология у детей юных первородящих // Сб. Респ. науч.-практ. конф. «Актуальные вопросы перинатологии». – Екатеринбург, 1996. – С. 76–77.
14. Каткова И.П., Лебединская О.И., Андрушина Е.В. Проблемы юного материнства в России // Планирование семьи. Международный журнал. – 1996. – № 2. – С. 16–17.
15. Каюпова Г.Ф., Кулавский В.А. Течение и исход ювенильной беременности с гестозом // Мат-лы 4-й Всерос. конф. по детской и подростковой гинекологии. – М., 2000. – С. 16–62.
16. Краморский В.А., Бреус Н.П. Особенности течения беременности и родов у юных женщин // Мат-лы 4-й Всерос. конф. по детской и подростковой гинекологии. – М., 2000. – С. 162–163.
17. Кулаков В.И. Репродуктивное здоровье молодежи. // Мат-лы II Рос. конф. по планированию семьи. – М., 1994.
18. Лешкевич И.А., Каткова И.П., Зубкова Н.З. и др. Семья и проблемы юного материнства // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1996. – № 2. – С. 8–11.
19. Маркин Л.Б., Чайковская Э.Ф. Родовспоможение юным беременным // Вестник Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. – 1998. – № 1. – С. 58–60.
20. Мустафина Г.Г. Перинатальные потери у женщин-подростков // Материалы II Рос. форма «Мать и дитя». – М., 2000. – С. 105.
21. Оганесян Н.С. Клинико-гормональные параллели течения беременности и родов у юных первородящих: Автореф. дис. ... к.м.н. – СПб, 1997.
22. Пьянкова И.В. Течение беременности и родов у несовершеннолетних первородящих: Автореф. дис. ... к.м.н. – Барнаул, 1999.
23. Радзинский В.Е. Руководство к практическим занятиям по акушерству. – М., 2007.
24. Радзинский В.Е., Ордянец И.М., Оразмурадов А.А. Женская консультация. – 2-е изд. – Петрозаводск, 2007.

25. Синчихин С.П., Коколина В.Ф., Мамиев О.Б. Беременность и роды у несовершеннолетних // Педиатрия. – 2004. – № 3. – С. 93–96.
26. Синчихин С.П. Ювенильная беременность // Вестник акушерства и гинекологии. – 2004. – Т. 4. – № 2. – С. 35–38.
27. Сулейманова Т.Г. Особенности беременности и родов у юных первородящих: Автореф. дис. ... к.м.н. – Самара, 2000.
28. Цицулина А.М. Состояние здоровья детей, рожденных юными матерями // Проблемы профилактической медицины: материалы науч. конф. – Омск, 1996. – С. 42–44.
29. Хаджиева Э.Д., Яковлева Н.А., Гайдукова И.Р. К вопросу о родах у юных первородящих // Мат-лы III Всерос. научно-практ. конф. «Актуальные вопросы детской и подростковой гинекологии». – СПб, 1998. – С. 180–182.
30. Хамошина М.Б. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья девушек-подростков: Автореф. дис. ... к.м.н. – СПб, 1997.
31. Хамошина М.Б., Кайгородова Л.А., Комик Е.А. Особенности ведения родов у юных женщин // Мат-лы II Рос. форума «Мать и дитя». – М., 2000. – С. 160–161.
32. Armstrong K.A., Kennedy M.G., Kline A. Reproductive health needs: comparing women at high, drug-related risk of HIV with a national sample // J. Am. Med Womens Assoc. – 1999, Spring. – V. 54 (2). – P. 65–70, 78.
33. Ball C.S. Global issues in pediatric nutrition: AIDS // Nutrition. – 1998, Oct. – V. 14 (10). – P. 767–770.
34. Barber J.S., Axinn W.G., Thornton A. Unwanted childbearing, health and mother-child relationships. // J. Health Soc Behav. – 1999, Sep. – V. 40 (3). – P. 231–257.
35. Barnett B., Duggan A.K., Wilson M.D. et al. Association between postpartum substance use and depressive symptoms, stress, and social support in adolescent mothers // Pediatrics. – 1995. – V. 94 (4). – P. 659–666.
36. Bardone A.M., Moffitt T.E., Caspi A. Adult physical health outcomes of adolescent girls with conduct disorder, depression, and anxiety // J. Am. Acad Child Adolesc Psychiatry. – 1998, Jun. – V. 37 (6). – P. 594–601.
37. Becher J.C., Garcia J.G., Kaplan D.W. et al. Reproductive health risk behavior survey of Colombian high school students // J. Adolesc Health. – 1999, Mar. – V. 24 (3). – P. 220–225.
38. Carles G., Jacquelin X., Raynal P. et al. Pregnancy and childbirth in adolescents under 16. Study of 150 cases in French Guyana // J. Gynecol Obstet Biol Reprod Pans. – 1998. – № 5. – P. 508–513.
39. Chiolero A., Schmid H. Accidental morbidity in adolescence: a retrospective study in 12 to 15 year-old school children in Switzerland // SchweizMedWochenschr. – 2000. – № 37. – P. 1285–190.
40. Fenwick R., Purdie G. The sexual activity of 654 fourth form Hawkes Bay students // N Z Med J. – 2000. – № 10; 113 (1121). – P. 460–464.
41. Ford N.J., Halliday J., Little J. Changes in the sexual lifestyles of young people. 1990-1996 // Br. J. Fam Plann. – 1999. – Jul. – V. 25 (2). – P. 55–58.

**JUVENILE PREGNANCY AS ONE
OF THE PERINATAL MORTALITY
AND MORBIDITY RISK FACTORS**

E.O. Shaklycheva-Kompanets

Healthcare Authority of the East Administrative District of Moscow
Zelyony Ave., 6/2, Moscow, Russia, 129100

The article includes literature data concerning the course of pregnancy in juvenile women, as well as the research data from the study, aimed to estimate the total perinatal risk in case of juvenile pregnancy. The perinatal and obstetric outcomes in the juvenile pregnant, living in the East District of Moscow, were studied.

Keywords: juvenile pregnancy, perinatal risk.