

ШКОЛЬНАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ ПЕДИАТРИЯ

© Коллектив авторов, 2003

С.П. Синчихин, В.Ф. Коколина, О.Б. Мамиев

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета (зав. доц. О. Б. Мамиев)
Астраханской государственной медицинской академии, г. Астрахань; кафедра акушерства
и гинекологии педиатрического факультета (зав. акад. РАМН, проф. Г. М. Савельева)
Российского государственного медицинского университета, Москва

Согласно «Конвенции о правах ребенка», принятой Генеральной Ассамблеей ООН 2 сентября 1990 г., ребенком является «каждое лицо в возрасте до 18 лет» (статья 1) [1]. В России вышеизложенная норма принята с 1998 г. и отражена в соответствующих приказах Министерства здравоохранения РФ. Это обстоятельство подчеркивает всю важность роли изучения медицинских и социальных проблем несовершеннолетних для проведения мер по улучшению репродуктивного здоровья населения. В последние годы, несмотря на общее снижение рождаемости в стране, имеется отчетливая тенденция к увеличению числа беременностей и родов среди несовершеннолетних. Некоторые авторы объясняют это биологическими (акселерация) и неблагоприятными социальными факторами [2]. До настоящего времени мало изучено репродуктивное поведение подростков, особенности течения и исхода юношеской беременности в различных регионах России, а в г. Астрахань такие исследования ранее не проводились.

Целью исследования явился анализ течения беременности и родов в современных условиях у юных матерей городской популяции в Нижне-Поволжском регионе.

Материалом исследования служили архивные данные работы городского родильного дома № 2 г. Астрахань. Основную группу сформировали 432 родильницы моложе 18 лет. Удельный вес детей, рожденных данной категорией женщин, к общему числу родившихся составил 2,3%. Контрольную группу образовали 523 женщины оптимального детородного возраста (21—29 лет).

Проводили необходимый комплекс клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования беременных, предусмотренных в условиях женской консультации и родильного стационара.

Статистическую обработку полученных данных проводили на компьютере с помощью пакета прикладных программ «Statgraphics 3.0», «Microsoft Excel 5.0».

Возраст обследованных основной группы находился в пределах от 13 до 18 лет, составляя в среднем $16,5 \pm 0,8$ лет. Средний возраст женщин контрольной группы составил $23 \pm 1,7$ лет.

В основной группе преобладали первобеременные — 391 (90,5%) человек. Вместе с тем встречались и повторнобеременные (41 человек — 9,5%), у которых акушерский анамнез был отягощен самопроизвольными выкидышами в сроках до 9 недель беременности у 6 (1,4%) обследуемых, прерыванием беременности по социальным показаниям

в сроке 20—22 недели гестации — у 5 (1,2%) подростков, неразвивающейся беременностью — у одной (0,2%) несовершеннолетней, артифициальнымиabortами в прошлом — у 24 (5,6%) юных женщин. Кроме того, в этой группе находилось 5 повторнородящих, у которых роды закончились рождением живых детей.

Среди женщин контрольной группы 170 (32,5%) были первобеременные, 153 (29,3%) — повторнобеременные первородящие, а 200 (38,2%) — повторнородящие.

При изучении социального положения юных беременных было установлено, что 296 (68,5%) из них относили себя к домохозяйкам, 97 (22,5%) были студентами средних технических заведений, 25 (5,8%) — учащимися средних и вечерних школ, 4 (0,9%) — служащими и 10 (2,3%) — рабочими. В контрольной группе 25 (4,8%) человек учились в учебных заведениях, 57 (10,9%) женщин были рабочими, 196 (37,5%) — служащими, 245 (46,8%) — домохозяйками.

Средний возраст менархе для всех обследованных составлял $12,7 \pm 0,5$ лет. Менструальный цикл, как правило, устанавливался в год менархе (89,9%).

Для группы юных беременных средний возраст начала сексуальных отношений составил $15,3 \pm 0,7$ лет. В зарегистрированном браке состояло 169 (39,1%) юных матерей, в нерегистрированном — 49 (11,4%) девушек, а у остальных 214 (49,5%) рождение ребенка произошло в результате внебрачных половых связей. Следует отметить, что среди юных родительских пар возраст молодых отцов в 91,8% наблюдений превышал на 2—4 года аналогичный показатель у матерей.

В контрольной группе возраст начала половых отношений составил $18,9 \pm 1,4$ года. В зарегистрированном браке состояло 325 (62,1%) матерей, в нерегистрированном — 92 (17,6%) родильниц, остальные 106 (20,3%) женщин в браке не состояли.

Основные экстрагенитальные заболевания, которыми страдали обследуемые, включали патологию желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарного комплекса, хронический тонзиллит, хронический пиелонефрит, эутиреоидную струму — 17,5% и 36,6%, 7,1% и 22,3%, 8,1% и 21,8%, 5,5% и 7,9% по группам соответственно. Перенесенные воспалительные гинекологические заболевания в группе старших по возрасту женщин встречались в 5—7 раз чаще, чем среди юных.

Осложненное течение беременности отмечалось у 349 (80,8%) родильниц основной и у 309 (59,1%) — контрольной группы.

В основной группе ранние токсикозы возникли у 131 (30,3%) подростка и трансформировались в последующем в гестозы у 55 (12,7%) человек. Наиболее частым осложнением ювенильной беременности являлись гестозы — 176 (40,7%) наблюдений, в том числе у 165 (93,7%) — I степени, у 10 (5,7%) — II степени и у 1 (0,6%) — III степени тяжести. Достаточно часто, в 134 (31%) наблюдениях, имела место угроза прерывания беременности. Опасность невынашивания в течение всего срока беременности сохранялась у 10 (4,8%) юных женщин. Клиника угрожающего аборта при манифестирующем раннем токсикозе отмечалась в 16 (3,7%) наблюдениях, а при гестозе — в 11 (2,5%). Анемия, возникающая во II половине беременности, наблюдалась у 137 (31,7%) обследованных. Плацентарная недостаточность, установленная в основном с помощью ультразвукового исследования, была диагностирована в 14,8% наблюдениях.

В контрольной группе проявление токсикоза I половины беременности отмечалось у 123 (23,5%) наблюдавшихся. Течение беременности осложнилось гестозом легкой степени у 175 (33,5%), среднетяжелой — у 12 (2,3%) и тяжелой — у 5 (0,9%) женщин. Лечение в условиях стационара по поводу угрозы прерывания беременности получали 173 (33,1%) пациентки. Причем 30 из них лечились в I, и во II половине беременности. Признаки угрожающего выкидыша имели место при раннем токсикозе и гестозе в 20 (3,8%) и 32 (6,1%) наблюдениях соответственно. Анемия во время беременности обнаруживалась у 212 (40,5%) женщин и сохранялась перед родами у 78 (14,9%) из них. Хроническую плацентарную недостаточность наблюдали у 44 (8,4%) женщин.

Беременность была доношенной у 391 (90,5%) и у 486 (92,9%) рожениц, недоношенной — у 38 (8,8%) и 34 (6,5%) родильниц из основной и контрольной групп соответственно. Запоздалые роды отмечены у 3 (0,7%) подростков и у 3 (0,6%) женщин зрелого репродуктивного возраста.

Роды в основном проходили в головном предлежании — 423 (97,9%) и 511 (97,7%), реже — в ягодичном и ножном — 8 (1,9%) и 12 (2,3%) наблюдений соответственно. Поперечное положение плода диагностировали у одной несовершеннолетней. Из общего числа женщин общеравномерносуженный и поперечносуженный таз были выявлены у 18 (4,2%) и 2 (0,5%) рожениц 1-й, а также у 23 (4,4%) и у 4 (0,8%) женщин 2-й групп соответственно. Кроме того, у двух рожениц контрольной группы наблюдался простой плоский таз.

Общая продолжительность родов в основной группе составила в среднем $7,6 \pm 0,4$ ч, в контрольной — $12,8 \pm 1,5$ ч ($p < 0,05$).

В основной группе осложненное течение родов отмечено у 294 (68,1%) родивших. Достаточно часто встречалось преждевременное (91—21,8%) и раннее (68—15,7%) излитие околоплодных вод. Первичная слабость родовой деятельности была установлена в 59 (13,7%), вторичная — в 2 (0,5%) наблюдениях. Чрезмерно активная родовая деятельность привела к стремительным родам у 8 (1,9%) и быстрым — у 56 (13,0%) женщин.

Оперативное родоразрешение путем кесарева сечения в нижнем сегменте матки проведено у 19 (4,4%) юных женщин, у 2 из них в плановом порядке. Показаниями к операции явилось следующее: клиническое несоответствие головки плода и таза матери (33,3%), упорная слабость родовой деятельности при преждевременном

излитии околоплодных вод (33,3%), ягодичное предлежание плода в сочетании с ОПГ-гестозом и патологическим прелиминарным периодом (19,1%), тяжелый и прогрессирующий гестоз при сопутствующей экстрагенитальной патологии (9,5%), отслойка нормально расположенной плаценты (4,8%).

Ручное обследование полости матки по поводу дефекта последа и гипотонического кровотечения потребовалось провести в 18 (4,2%) наблюдениях. Разрывы шейки матки отмечались у 74 (17,1%), других мягких тканей родового канала — у 32 (7,4%), их сочетание — у 6 (1,4%) родивших. 64 (14,8%) роженицам во II периоде родов по показаниям проведено рассечение промежности. Патологическая кровопотеря в родах отмечалась у 22 (5,1%), пограничная — у 16 (3,7%) наблюдавшихся. Частота послеродовых осложнений составила менее 2,8% и в основном проявлялась в виде эндометрита (0,9%).

В контрольной группе осложнения в родах встречались у 332 (63,5%) родильниц. Преждевременное излитие околоплодных вод отмечено в 133 (25,4%), раннее — в 71 (13,6%) наблюдениях. Первичная и вторичная слабость родовой деятельности была диагностирована у 37 (7,1%) и 14 (2,7%) рожениц. Стремительные роды наблюдались у 33 (6,3%) женщин, быстрые — у 79 (15,1%).

В этой группе в связи с осложнениями в родах были применены оперативные вмешательства: эпизиотомия и эпизиография или перинеотомия и перинеография — у 105 (20,1%), кесарево сечение — у 71 (13,6%), ручное обследование полости матки — у 20 (3,8%) женщин. Травмы мягких тканей родовых путей отмечались у 76 (14,5%) родильниц. Пограничная кровопотеря в родах была в 49 (9,4%) наблюдениях, патологическая — в 64 (12,2%). Послеродовые осложнения встречались у 77 (14,7%) женщин.

В основной группе родилось 430 детей — 229 (53,3%) мальчиков и 201 (46,7%) девочки; в контрольной — 521 младенцев — 273 мальчика (52,4%) и 248 девочек (47,6%). В популяции их соотношение при рождении составляет 55:45. Причиной антенатальной гибели 2 из каждой группы недоношенных плодов с признаками синдрома задержки внутриутробного развития плода (СЗРП) явилась плацентарная недостаточность, связанная с воспалительными изменениями и гипоплазией плаценты.

Средняя масса новорожденных у несовершеннолетних 13—17 лет составила $3223,7 \pm 155,7$ г, у матерей 21—29 лет — $3524,9 \pm 271,1$ г. Крупные дети были у 20 (4,7%) юных родильниц, что в процентном соотношении было в 1,3 раза меньше, чем у взрослых женщин ($p < 0,05$). Средняя оценка по шкале Апгар на 1-й минуте в основной группе была $7,63 \pm 0,04$ балла, в контрольной — $7,68 \pm 0,03$ балла; на 5-й минуте этот показатель составил $8,04 \pm 0,02$ балла и $8,11 \pm 0,02$ балла соответственно.

У родильниц основной группы 38 (8,8%) новорожденных были недоношенными, 29 (6,7%) родились в асфиксии различной степени и у 43 (10,0%) детей наблюдались признаки СЗРП. У матерей контрольной группы недоношенными родились 34 (6,5%), в асфиксии различной степени — 9 (1,7%), с СЗРП — 28 (5,4%) ребенка.

Как показали результаты наших исследований, у 90,5% подростков рассматриваемая беременность была первая, тогда как в контрольной группе она имела место у 32,5% женщин ($p < 0,01$). По данным Ю. А. Гуркина и соавт. [3], доля первобеременных среди юных матерей — жительниц крупных городов составляет 83,7%.

Зарубежные авторы [4] рассматривают проблему бедности и пребывания подростка в асоциальном типе

Таблица 1

Частота осложнений беременности и родов среди несовершеннолетних

Осложнения беременности и родов	Среди подростков 13—17 лет (n=432)		Среди женщин 21—29 лет (n=523)		р	Частота в общей популяции по данным литературы
	абс.	%	абс.	%		
Ранний токсикоз	131	30,3	123	23,5	<0,05	9—11
Гестоз	176	40,7	183	34,8	>0,05	8—14
Угрожающий аборт	134	31,0	173	31,1	>0,05	10—25
Железодефицитная анемия	137	31,7	212	40,5	<0,01	20
Излитие околоплодных вод: преждевременное раннее	94 68	21,8 15,7	133 71	25,4 13,6	>0,05 >0,05	10 25
Слабость родовой деятельности: первичная вторичная	59 2	13,7 0,5	37 14	7,1 2,7	<0,01 <0,01	2—10 2—3
Преждевременные роды	38	8,8	34	6,5	>0,05	6—7
Запоздалые роды	3	0,7	3	0,6	>0,05	11—12
Стремительные роды	8	1,9	33	6,3	<0,01	1
Быстрые роды	56	13,0	79	15,1	>0,05	9
Патологическая кровопотеря	22	5,1	64	12,2	<0,01	1—5
Кесарево сечение	19	4,3	71	13,6	<0,01	9—16
Эпизиотомия, эпизиорадия, перинеотомия, перинеография	64	14,8	105	20,1	<0,05	11—16
Ручное обследование полости матки	18	4,2	20	3,8	>0,05	5—8
Разрывы мягких тканей половых путей	106	24,5	76	14,5	<0,01	5—25

семьи в качестве основной причины рождения ребенка в юном возрасте. Заслуживает внимания тот факт, что, по данным нашего исследования, почти $\frac{2}{3}$ юных матерей никогда не работали и не учились.

Можно предположить, что ранний возраст менархе и начала сексуальной жизни связаны с ускоренным созреванием несовершеннолетних беременных. Однако в наших исследованиях мы не нашли различий в возрасте начала менструальной функции у наблюдавшихся из разных возрастных групп. В то же время возраст начала половой жизни у несовершеннолетних родильниц был достоверно более ранним, чем у женщин контрольной группы ($p<0,05$).

Анатомически узкий таз у юных рожениц встречался значительно чаще, чем у родильниц старшего возраста, в частности у 41 из 432 несовершеннолетних против 8 из 523 женщин контрольной группы соответственно ($p<0,01$). Однако клинически узкий таз у подростков с анатомическим его сужением встречался не чаще, чем у женщин оптимального детородного возраста, и не превышал 9,8%. Это согласуется с данными других исследователей [3, 5].

Данные о частоте и структуре осложнений во время беременности и родов у подростков противоречивы. Некоторые исследователи показывают, что у несовершеннолетних гестационный период протекает без особенностей, а по частоте и структуре осложнений не отличается от

женщин 21—25-летнего возраста при условии тщательного наблюдения за такими подростками [6—8]. В то же время F. Valdez-Banda и O. Valle-Virgen [9] сообщают о меньшем числе акушерских осложнений у несовершеннолетних по сравнению с беременными старшего возраста.

Таблица 2

Частота выявления патологических состояний новорожденного у несовершеннолетних

Патологические состояния	У новорожденных юных матерей (n=430)		У новорожденных взрослых матерей (n=521)		р
	абс.	%	абс.	%	
Недоношенность	38	8,8	34	6,5	>0,05
Асфиксия	29	6,7	9	1,7	<0,01
Синдром задержки внутриутробного развития плода	43	10,0	28	5,4	<0,01

та. Однако большинство исследователей считают, что беременность в подростковом возрасте протекает с большим количеством осложнений по сравнению с женщинами репродуктивного возраста [3, 10–13]. Наши исследования показали, что осложнения беременности и родов у несовершеннолетних в г. Астрахань встречаются статистически достоверно чаще, чем у женщин оптимального детородного возраста ($p<0,01$). Сравнение полученных данных акушерской патологии у женщин до 18 лет с результатами других авторов представлено в табл.1.

Следствием осложненного течения гестационного периода у несовершеннолетних является нарушение внутриутробного развития плода, что представлено также и в работах других исследователей [1, 3, 14, 15]. Полученные нами результаты по перинатальной патологии у детей

юных матерей согласуются с данными указанных авторов и приводятся в табл. 2.

Таким образом, проведенные исследования показали, что осложнения беременности, родов и патологические состояния новорожденных у несовершеннолетних в г. Астрахань превышают аналогичные у родильниц 21–29-летнего возраста. Это диктует необходимость поиска и проведения социальных и медицинских мероприятий в регионе в целях снижения частоты подростковой беременности.

Решение вопроса о возможности вынашивания беременности и родов у подростков должно базироваться на тщательной индивидуальной оценке состояния здоровья юной женщины, ее социально-психологических особенностей и данных специального акушерского исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маркин Л. Б., Чайковская Э. Ф. // Вестн. Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. — 1998. — № 1. — С. 58–60.
2. Хамошина М. Б. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья девушки-подростков: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — СПб., 1997. — 16 с.
3. Гуркин Ю. А., Суслопаров Л. А., Островская Е. А. Основы ювенильного акушерства. — СПб., 2001. — 352 с.
4. Gordon C. P. // Adolescence. — 1996. — Vol. 31, № 123. — Р. 561–584.
5. Уразаева Л. И. // Каз. мед. журнал. — 1978. — Т. 9. — С. 42–44.
6. Брюхина Е. В. Беременность и роды у девочек-подростков. Предупреждение осложнений, реабилитация: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — М., 1997. — 40 с.
7. Мгутие С. Д. // Тр. Крымского ГМИ. — Симферополь, 1976. — Т. 71. — С. 7–8.
8. Gallais A., Robillard P. Y., Nuissier E. et al. // Journal de Gynecologie, Obstetrique et Biologie de la Reproduction. — 1996. — Vol. 25, № 5. — Р. 523–527.
9. Valdez-Banda F., Valle-Virgen O. // Ginecologia y Obstetricia de Mexico. — 1996. — Vol. 64. — Р. 209–213.
10. Баранов А. Н. Состояние репродуктивного здоровья девочек и девушек в условиях Европейского Севера: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — СПб., 1998. — 38 с.
11. Оганесян Н. С. Клинико-гормональные параллели течения беременности и родов у юных первородящих: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Ереван, 1996. — 29 с.
12. Хаджиева Э. Д., Яковлева Н. А., Гайдурова И. Р. // Новые медицинские технологии в акушерстве и гинекологии. 4-я Меж областная научно-практическая конференция. — Саратов, 1998. — С. 117–118.
13. Хамадьянов У. Р., Зулькарнеева Э. М. // Актуальные проблемы детской и подростковой гинекологии и эндокринологии. 2-я Республикаанская научно-практическая конференция. — Уфа, 1996. — С. 66–67.
14. Прохорова О. В. // Здоровье подростков на пороге XXI века. — СПб., 1997. — С. 34–36.
15. Plockinger B., Ulm M. R., Chalubinski K. et al. // Geburtshilfe und Frauenheilkunde. — 1996. — Bd. 56, № 5. — S. 248–251.

© Прусов П. К., 2002

П. К. Прусов

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ

Научный центр здоровья детей РАМН,
врачебно-физкультурный диспансер № 27, Москва

Проблема совершенствования оценки физического развития (ФР) особенно растущего организма, несмотря на свою полуторавековую историю, продолжает вызывать неуклонный интерес детских, подростковых, спортивных, военных врачей и в настоящее время. Уже многие годы в понятие ФР кроме статической антропометрии включаются показатели ростового процесса и созревания, делаются попытки объединения различных характеристик, выделения типов ФР у детей и подростков [3, 4, 13,

15]. Вместе с тем преобладание априорного подхода при решении вопросов систематизации и интеграции отдельных характеристик ФР имеет свои ограничения. В данном случае использование методов многомерной статистики, выделение основных факторов и важнейших характеристик ФР, совершенствование критериев их оценки являются еще недостаточно реализованным направлением научного поиска по обсуждаемой проблеме. Цель настоящей работы — установление основных факторов физичес-