

*Карпова Е. Г., Пинчук Т. В.*

## **СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПЕРВОРОДЯЩИХ**

*Белорусский государственный медицинский университет*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

В последние годы, согласно данным разных авторов, частота беременности у юных женщин колеблется от 6,0 до 11,1 % и имеет тенденцию к увеличению. Основными факторами, способствующими наступлению беременности в юном возрасте, являются низкий образовательно-воспитательный уровень родительской семьи, социально-экономическая необеспеченность, деформированные личностные качества несовершеннолетних

женщин, дефицит знаний о половой жизни, а также неиспользование контрацептивов подростками на фоне их преждевременного созревания и неподготовленности к материнству.

### **Материалы и методы**

Нами изучено течение беременности у 92 женщин, родоразрешенных в УЗ «1-я городская клиническая больница» г. Минска в 2008–2012 гг., которые были разделены на 2 группы. В основную группу вошли 66 юных женщин, причем 17 подростков в возрасте 14–16 лет (первая подгруппа) и 49 — в возрасте 17–19 лет (вторая подгруппа). Контрольную группу составили 26 женщин репродуктивного возраста (20–22 лет). Изучение анамнестических данных у всех обследованных беременных пациенток показало, что для юных женщин характерны: ранний возраст начала половой жизни (в I подгруппе —  $14,37 \pm 1,02$  лет, во II —  $15,51 \pm 1,3$  лет, у пациенток контрольной группы —  $17,07 \pm 1,1$  лет,  $p < 0,05$ ), более низкий удельный вес зарегистрированных браков (у пациенток основной группы 29,4 % и 44,9 %, в контрольной группе — 84,7 %,  $p < 0,05$ ), склонность к курению, употребление алкоголя и наркотических средств (52 %, 44,9 % соответственно), при этом пациентки контрольной группы вредные привычки не отмечали. Кроме того женщины юного возраста имели низкий образовательный уровень, только 6,1 % из них имели высшее образование, 36,4 % — специальное техническое образование, 30,3 % — среднее школьное образование, в то время, как в контрольной группе высшее образование имели 61,5 % пациенток и 38,5 % — специальное техническое образование,  $p < 0,05$ . Своевременная диагностика беременности, ранее взятие на учет в женской консультации диспансерное наблюдение в течение всего периода гестации является важным фактором, влияющим на благополучный исход беременности и родов. Как свидетельствуют наши исследования, срок беременности при постановке на учет у юных женщин 14–16 лет составил  $18,4 \pm 8,2$  недель, в возрасте 17–19 лет —  $12,5 \pm 8,3$  недель, в контрольной группе —  $8,6 \pm 1,4$  недель,  $p < 0,05$ .

Беременность в подростковом возрасте протекает с большим процентом осложнений и представляет значительный риск, как для юной женщины, так и для ее будущего ребенка. В структуре осложнений беременности среди подростков отмечены: анемия 76,5 % у пациенток 1-й подгруппы, и 73,5 % — среди подростков 2-й подгруппы. В тоже время в контрольной группе женщин анемия отмечалась в 3,3 раза реже (23,1 %,  $p < 0,05$ ), хроническая фетоплацентарная недостаточность диагностирована у 47 %, 30,6 % и 11,5 % обследованных женщин соответственно, поздний гестоз — в основной группе составил 41,2 % и 36,7 % случаев, тогда как в контрольной группе — 11,5 % ( $p < 0,05$ ), угроза прерывания беременности — 52,9 %, 46,9 %, в контроле — 26,9 % ( $p < 0,05$ ), гестационный пиелонефрит отмечен у 29,5 %, 24,5 % и 30,7 % женщин соответственно, синдром за-

держки внутриутробного развития плода в основной группе наблюдался в 11,8 % и 8,17 % случаев, в контрольной группе — в 3,5 раза реже (3 %,  $p < 0,05$ ). Кроме того, подростковая беременность часто протекала на фоне инфекций, передающихся половым путем. По нашим данным, в основной группе юных беременных инфекции выявлялись в 2,4 раза чаще в сравнении с пациентками контрольной группы.

### **Результаты и обсуждение**

Для оценки состояния плода всем пациенткам проводилось ультразвуковое исследование. Оценивали состояние плаценты, ее локализацию, толщину, степень зрелости, объем и характер околоплодных вод, состояние плода и его бипариетальные размеры. При наличии признаков хронической фетоплацентарной недостаточности проводили доплерометрическое исследование с оценкой состояния маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотоков. Результаты доплерометрии в 20–21 недели гестации позволяли судить о состоянии маточно-плацентарно-плодового кровотока и о внутриутробном состоянии плода. Общеизвестно, что плацента характеризуется типичной кривой роста [5–7]. Толщина ее постепенно нарастает к сроку 36–37 недель беременности, после чего рост плаценты прекращается и, в дальнейшем, при физиологическом течении беременности толщина плаценты несколько снижается или остается на прежнем уровне, составляя в среднем 35–36 мм [4]. В зависимости от осложнений беременности плацентарная недостаточность проявлялась в снижении или увеличении толщины плаценты — истончение плаценты (менее 20 мм) или ее утолщение (более 50 мм) в последний месяц беременности свидетельствует о развивающейся плацентарной недостаточности [1, 2]. Проведенное нами исследование свидетельствует о высокой частоте плацентарной недостаточности у несовершеннолетних беременных 1-й (47 %) и 2-й подгрупп (30,6 %), в сравнении с беременными женщинами контрольной группы — 11,5 %,  $p < 0,05$ . Синдром задержки внутриутробного развития плода также наблюдался чаще в группе женщин 14–16 лет в 11,8 % и у 17–19-летних пациенток — в 8,2% случаев с наличием ассиметричной формы задержки развития плода 2 степени в 1 % наблюдений. СЗРП в контрольной группе беременных диагностирован лишь в 3 % наблюдений. Следует отметить, что регистрировались все признаки, характерные для хронической фетоплацентарной недостаточности: утолщение плаценты чаще отмечалось у пациенток 1-й (32,4 %) и 2-й подгрупп (14,2 %) в сравнении с женщинами контрольной группой — 3 %,  $p < 0,05$ , увеличение количества околоплодных вод среди пациенток основной группы (17,6 % и 6,2 % соответственно), при отсутствии указанных признаков у женщин контрольной группы. По нашим данным в основной группе подростков среднее значение бипариетального размера головки плода в 20-недельном сроке беременности составило у 14–16-летних

32,1 ± 28,3 мм, у 17–19-летних пациенток — 37,8 ± 23,7 мм и в контрольной группе — 44,9 ± 14,3 мм, тогда как среднее значение окружности живота плода в данном сроке соответствовало 102,7 ± 86,3 и 120,2 ± 77,1 мм в основной группе, в контрольной — 143,9 ± 48,4 мм ( $p < 0,05$ ). При исследовании в третьем триместре беременности среднее значение БПР — 83,8 ± 32,6, 81,7 ± 24,6 и 78,6 ± 33 мм соответственно, ОЖ — 268 ± 75 и 286,3 ± 88,6 мм в основной группе, в контрольной группе женщин — 258 ± 123,8 мм. Данные УЗИ свидетельствуют о высокой частоте развития фетоплацентарной недостаточности в группах юных беременных, что клинически выражалось синдромом задержки развития плода.

**Выводы.** Таким образом, решение вопроса о вынашивании беременности у пациенток юного возраста с определением тактики ее ведения должно приниматься врачом акушером гинекологом индивидуально с учетом многих аспектов, ведущими из которых являются возраст, состояние соматического и репродуктивного здоровья, социальный статус. С целью ранней диагностики беременности у подростков для обеспечения своевременного динамического наблюдения и решения вопроса по ее сохранению, необходимо улучшить качество проводимых профилактических осмотров в школах, средних и высших учебных заведениях. Учитывая высокую частоту осложненного течения беременности у несовершеннолетних женщин, требуется разработка научно обоснованной комплексной системы медико-социальных мероприятий по оптимизации ведения ювенильной беременности, как на амбулаторно-поликлиническом этапе наблюдения, так и в акушерских отделениях стационаров, что будет способствовать более благоприятным исходам беременности и родов, снижению перинатальной заболеваемости, и в целом сохранению репродуктивной функции у юных женщин.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Демидов, Н. П. Антенатальная диагностика состояния плода / Н. П. Демидов, В. Л. Бахарев, П. Д. Финченко // Акушерство и гинекология. 1994. № 4. С. 31–33.
2. Персианинов, Л. С. Ультразвуковая диагностика в акушерстве / Л. С. Персианинов, В. Н. Демидов // Медицина. 1982.
3. Можейко, Л. Ф. Современные методы искусственного прерывания беременности у подростков / Л. Ф. Можейко, Е. В. Новикова // Мед. журн. 2008. № 2. С. 61–64.
4. Малевич, Ю. К. Фетоплацентарная недостаточность / Ю. К. Малевич, В. А. Шостак. Минск, 2007. С. 79–83.
5. Эдвард, И. Б. Ультразвуковая диагностика. УЗИ в акушерстве / И. Б. Эдвард, Б. Б. Кэрл, У. Р. Филип // Мед. лит. 2010. Т. 3. С. 354–362.
6. Taipale, P. Predicting delivery date by ultrasound and last menstrual period in early gestation / P. Taipale, V. Hiilesmaa // Obstet Gynecol. 2001. № 97. P. 189–194.
7. Fetal biparietal diameter : rational choice of plane of section for sonographic measurement / F. P. Hadlock [et al.] // Am. J. Roentgenol. 1982. № 138. P. 871–874.

*Karpov E. G., Pinchuk T. V.*

**Modern view on the course of pregnancy at minor pregnant women.**

The major factors promoting approach of pregnancy at early age, low educational and educational level of a parental family, the social and economic neediness, the deformed personal qualities of minor women, deficiency of knowledge of sexual life, and also non-use of contraceptives by teenagers against their premature maturing and unpreparedness to motherhood are.