



Акушерские и перинатальные осложнения у юных первородящих

В.Е. Радзинский, М.Б. Хамошина, И.А. Чакчурина, А.А. Оразмурадова

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

Цель исследования: изучить особенности течения беременности, родов и послеродового периода, состояние новорожденных у юных первородящих и определить акушерские и перинатальные осложнения, типичные для изучаемой когорты матерей.

Дизайн: групповое одномоментное исследование.

Материалы и методы. Исследование проводилось путем копирования данных из первичной документации и методом анкетирования. Основную группу составили 388 юных первородящих в возрасте 13–18 лет, группу контроля — 416 женщин 20–29 лет, равные по паритету. Проводились комплексные клинические, лабораторные, инструментальные исследования всех участниц.

Результаты. Узкий таз в основной группе встречался в 2,6 раза чаще, чем в контрольной (36,0% против 14,0%, $p < 0,05$). Средний возраст первой менструации в группе юных женщин составил $12,6 \pm 1,3$ года, в группе женщин 20–29 лет — $13,5 \pm 1,5$ года ($p < 0,01$). Раннее менархе (в возрасте 9–11 лет) отмечено у 18,0% юных и 4,0% взрослых женщин ($p < 0,01$). При изучении распространенности гинекологических болезней болееотягощенной оказалась группа женщин оптимального репродуктивного возраста (76,0% против 38,0%, $p < 0,05$). Оценка контрацептивной активности показала, что только 57,0% женщин основной группы против 89,0% контрольной предохранялись от беременности ($p < 0,05$).

Средняя масса тела новорожденных в основной группе составила $3349,5 \pm 469,4$ г, в группе контроля — $3416,5 \pm 407,1$ г ($p < 0,01$). Маловесные дети (масса тела — менее 2500 г) у девочек-подростков рождались почти в 6 раз чаще, чем у женщин оптимального репродуктивного возраста (4,0% против 0,7% соответственно, $p < 0,05$). Средняя оценка новорожденных по шкале Апгар на первую минуту жизни в группе юных матерей — $7,9 \pm 0,6$ балла, в группе матерей оптимального репродуктивного возраста — $8,0 \pm 0,5$ балла ($p < 0,05$). Общая заболеваемость новорожденных, по данным нашего исследования, составила 42,0% в основной группе и 22,0% в контрольной ($p < 0,05$).

Заключение. Юные беременные имеют более раннее менархе, сексуально более активны, для них характерны низкая контрацептивная активность, более высокая частота расстройств менструации ($p < 0,001$). Они меньшеотягощены гинекологическими заболеваниями и менее подвержены оперативным вмешательствам на органах репродуктивной системы, включая прерывание беременности ($p < 0,001$). Среди осложнений беременности у матерей-подростков преобладают анемия, угроза прерывания беременности, угроза преждевременных родов, быстрые и стремительные роды, многоводие, узкий таз. Биологическая незрелость организма матерей-подростков предопределяет неблагоприятные перинатальные исходы, такие как маловесность, более низкие баллы по шкале Апгар.

Ключевые слова: подростковая беременность, юные матери, роды у девочек-подростков.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Радзинский В.Е., Хамошина М.Б., Чакчурина И.А., Оразмурадова А.А. Акушерские и перинатальные осложнения у юных первородящих // Доктор.Ру. 2019. № 7 (162). С. 6–11. DOI: 10.31550/1727-2378-2019-162-7-6-11



Obstetrical and Perinatal Complications in Young Primiparas

V.E. Radzinsky, M.B. Khamoshina, I.A. Chakchurina, A.A. Orazmuradova

Peoples' Friendship University of Russia; 6 Miklouho-Maclay St., Moscow, Russian Federation 117198

Objective of the Study: To evaluate the course of pregnancy, labor, and the postpartum period in young primiparas, and the health of their newborns, as well as to identify obstetrical and perinatal complications typical for this group of mothers.

Study Design: This was a group, one-stage study.

Materials and Methods: Study data were obtained from original medical records, and questionnaires completed by study participants. The main group was made up of 388 young primiparas, aged 13 to 18, and the control group consisted of 416 women, aged 20 to 29, who were also primiparas. All participants had undergone comprehensive clinical examinations, diagnostic investigations, and laboratory tests.

Study Results: A narrow pelvis was observed 2.6 times more often in the main group than in the control group (36.0% vs. 14.0%; $p < 0.05$). The average age at menarche was 12.6 ± 1.3 in the group of younger women and 13.5 ± 1.5 in the group of women aged 20 to 29 ($p < 0.01$). Early menarche (between 9 and 11 years of age) was reported in 18.0% of the younger women and 4.0% of the adult women ($p < 0.01$). Analysis of the prevalence of gynecological diseases showed that the women of optimal reproductive age had a more significant history of these disorders (76.0% vs. 38.0%; $p < 0.05$). Data on contraceptive use showed that in the main group only 57.0% of the women had used contraception, while in the control group the proportion of such women was 89.0% ($p < 0.05$).

The mean body weight of the infants at birth was $3,349.5 \pm 469.4$ g in the main group and $3,416.5 \pm 407.1$ g ($p < 0.01$) in the control group. Low-body-weight infants ($< 2,500$ g) were born approximately six times more frequently to the adolescent mothers than to the women of

Оразмурадова Айлар Агамурадовна — студентка 2-го курса Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН. 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6. E-mail: irisha_chak@list.ru

Радзинский Виктор Евсеевич — член-корреспондент РАН, д. м. н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН. 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6. eLIBRARY.RU SPIN: 4507-7510. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4956-0466>. E-mail: radzinsky@mail.ru

Хамошина Марина Борисовна — профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН, д. м. н., профессор. 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6. eLIBRARY.RU SPIN: 6790-4499. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1940-4534>. E-mail: khamoshina@mail.ru

Чакчурина Ирина Александровна — аспирант кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН. 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6. E-mail: irisha_chak@list.ru

optimal reproductive age (4.0% vs. 0.7%, respectively, $p < 0.05$). The mean first-minute Apgar score was 7.9 ± 0.6 in the group of younger mothers and 8.0 ± 0.5 in the group of mothers of optimal reproductive age ($p < 0.05$). The overall morbidity of the newborns in the study was 42.0% in the main group and 22.0% in the control group ($p < 0.05$).

Conclusion: Younger pregnant women have experienced menarche at an earlier age, been more sexually active, used less contraception, and have more frequently had menstrual disorders ($p < 0.001$). They have fewer gynecological disorders in their medical histories and less often have had reproductive system surgery, including to terminate a pregnancy ($p < 0.001$). The most common complications of pregnancy in adolescent mothers include anemia, threatened miscarriage, risk of preterm labor, fast or precipitous labor, polyhydramnios, and narrow pelvis. Because of their biological immaturity, adolescent mothers more often have such perinatal outcomes as low body weight and lower Apgar scores of their infants.

Keywords: adolescent pregnancy, young mothers, labor in adolescent girls.

The authors declare that they do not have any conflict of interests.

For reference: Radzinsky V.E., Khamoshina M.B., Chakchurina I.A., Orazmuradova A.A. Obstetrical and Perinatal Complications in Young Primiparas. Doctor.Ru. 2019; 7(162): 6–11. DOI: 10.31550/1727-2378-2019-162-7-6-11

Репродуктивное здоровье девочек-подростков в популяции определяет развитие общества, так как именно они формируют интеллектуальный, экономический и репродуктивный потенциал страны в ближайшем будущем [1]. Репродуктивный потенциал современных девушек имеет неблагоприятные характеристики: вредные привычки, низкий уровень соматического и репродуктивного здоровья, пренебрежение контрацепцией приводят к наступлению случайных беременностей, рождению нежеланных детей со слабым здоровьем [2].

До 20% девочек-подростков беременеют после первого в жизни полового акта: до 70% таких беременностей заканчиваются медицинскими абортми, часто на поздних сроках, 15% — самопроизвольными выкидышами и только 15% — родами. Подростковая беременность находится в зоне риска по развитию осложнений [3, 4].

К выполнению репродуктивной функции готовы лишь 30% девушек раннего репродуктивного возраста [4]. Возрастные особенности организма подростков приводят к формированию узкого таза, беременность у них часто протекает на фоне плацентарной недостаточности, угрозы прерывания. Гипоплазия матки и половой инфантилизм влекут за собой осложнения беременности, родов и послеродового периода. Новорожденные юных матерей страдают от гипотрофии и гипоксии [5–7].

В родах у девочек-подростков чаще, чем в общей популяции, имеют место травмы мягких родовых путей, аномалии родовой деятельности, кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах, плотное прикрепление плаценты, преждевременная отслойка плаценты. Преждевременные роды у юных матерей по сравнению с женщинами оптимального репродуктивного периода происходят в 2 раза чаще [8, 9], однако необходимость в оперативном родоразрешении возникает реже, чем у взрослых [8, 10].

Незрелость адаптационных возможностей подросткового организма, психоэмоциональная лабильность, низкий индекс их здоровья определяют высокий риск развития осложнений со стороны плода и новорожденного, общая частота которых достигает 60–90% [11]. Возраст матери менее 15 лет имеет очень большое значение и обуславливает недоношенность и низкий вес ребенка при рождении [12, 13]. Ранняя неонатальная смертность среди детей юных первородящих вдвое выше, чем среди детей от матерей в возрасте 25–29 лет [14, 15].

Цель исследования — изучить особенности течения беременности, родов и послеродового периода, состояние новорожденных у юных первородящих и определить акушерские и перинатальные осложнения, типичные для изучаемой когорты матерей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Массив данных для статистической обработки был сформирован путем копирования из первичной документации и методом анкетирования. Исследование проводилось на базе родильного дома № 25 при ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова (заместитель главного врача по акушерству и гинекологии — Оленева М.А.) и родильного дома при ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана (заместитель главного врача по акушерству и гинекологии — Есипова Л.Н.). Исследование проходило в 2010–2016 гг.

Основную группу составили 388 юных первородящих в возрасте 13–18 лет. В группу контроля вошли 416 женщин оптимального репродуктивного возраста (20–29 лет), родившие в этих же акушерских стационарах в это же время, равные по паритету ($p > 0,05$).

В обеих группах проводились комплексные клинические, лабораторные, инструментальные исследования, предусмотренные Приказом Минздрава РФ № 572н и Медико-экономическими стандартами РФ.

Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием программы Statistica v.6.0 (Statsoft Inc., США) путем корреляционного и многофакторного анализа. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст беременных основной группы составил $17,1 \pm 1,0$ года, беременных контрольной группы — $26,5 \pm 2,5$ года ($p < 0,05$).

В группе юных беременных было значимо больше студентов колледжей и учащихся школ, значимо меньше служащих и рабочих (во всех случаях $p < 0,05$) (рис. 1).

В зарегистрированном браке находились 170 (43,8%) женщин основной группы и 325 (78,2%) контрольной ($p < 0,05$), в незарегистрированном — 179 (46,1%) юных женщин и 78 (18,7%) взрослых ($p < 0,05$), одиночками считали себя 39 (10,1%) девочек-подростков и 13 (3,1%) женщин оптимального репродуктивного возраста ($p < 0,05$).

Анализ распространенности вредных привычек показал, что юные беременные курили чаще (рис. 2).

Узкий таз встречался у 140 (36,0%) участниц основной группы и у 58 (14,0%) контрольной, что в 2,6 раза реже ($p < 0,05$), экстрагенитальные заболевания обнаруживались у 217 (56,0%) пациенток основной группы и у 241 (58,0%) женщины контрольной ($p > 0,05$), при анализе структуры экстрагенитальной патологии статистически значимая разница между группами не обнаружена (табл. 1).

Средний возраст первой менструации в группе юных женщин составил $12,6 \pm 1,3$ года, в группе женщин 20–29 лет — $13,5 \pm 1,5$ года ($p < 0,05$) (рис. 3).

Рис. 1. Социальное положение беременных основной и контрольной групп.

* Здесь и далее в рисунках и таблицах: отличия от контрольной группы статистически значимы ($p < 0,05$)

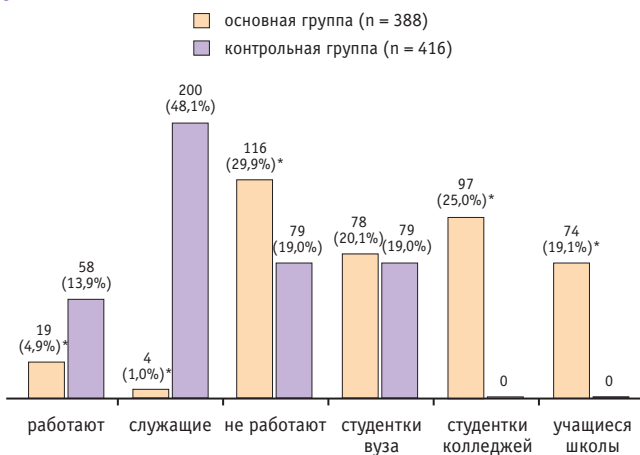
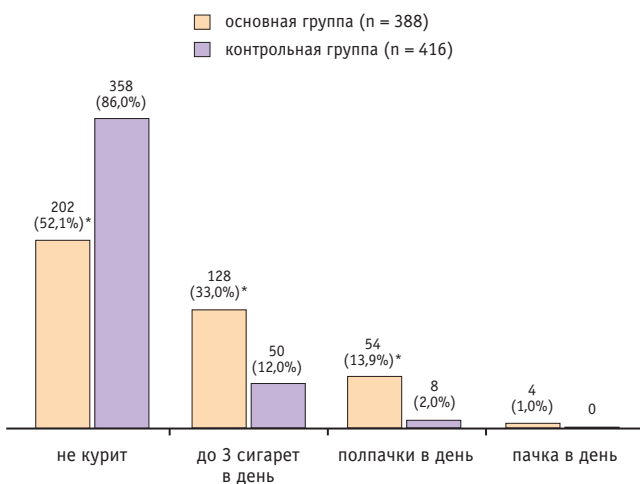


Рис. 2. Распространенность курения в основной и контрольной группах



Средний возраст начала половой жизни в основной группе составил $15,5 \pm 1,1$ года, в контрольной — $18,3 \pm 2,9$ года ($p < 0,01$) (рис. 4).

При изучении распространенности гинекологических болезней более отягощенной оказалась группа женщин оптимального репродуктивного возраста (76,0% против 38,0%, $p < 0,05$). Вместе с тем по показателю расстройств менструации лидировали юные женщины (5,7% у юных против 1,4% у взрослых женщин, $p < 0,05$) (табл. 2).

Оценка контрацептивной активности показала, что только 221 (57,0%) женщина основной группы предохранялась от беременности против 370 (89,0%) в контрольной группе ($p < 0,05$). Презервативом пользовались 150 (67,9%) девочек-подростков и 174 (47,0%) взрослые женщины, прерванный половой акт применяли 53 (24,0%) юные родильницы и 59 (15,9%) женщин 20–29 лет, физиологический способ контрацепции — 3 (1,3%) и 26 (7,1%) соответственно, КОК принимали 13 (5,9%) юных женщин и 100 (27,0%) оптимального репродуктивного возраста (для всех случаев $p < 0,05$). На использование ВМК в анамнезе указали 2 (0,9%) юных и 11 (3,0%) взрослых родильниц ($p > 0,05$).

Таблица 1

Структура соматической патологии у женщин основной и контрольной групп, n (%)

Экстрагенитальные заболевания	Основная группа (n = 388)	Контрольная группа (n = 416)
Болезни системы кровообращения	85 (21,9)	108 (26,0)
Болезни органов дыхания	93 (24,0)	96 (23,1)
Болезни органов пищеварения	100 (25,8)	116 (27,9)
Болезни органов мочевого выделения	100 (25,8)	125 (30,0)
Болезни эндокринной системы	19 (4,9)	29 (7,0)
Болезни крови	4 (1,0)	8 (1,9)
Болезни нервной системы	27 (7,0)	29 (7,0)

Рис. 3. Возраст менархе в основной и контрольных группах, годы

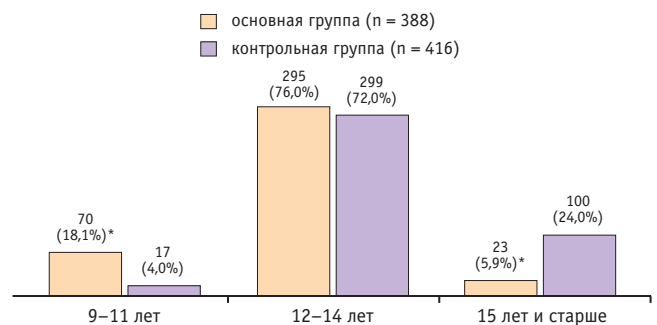
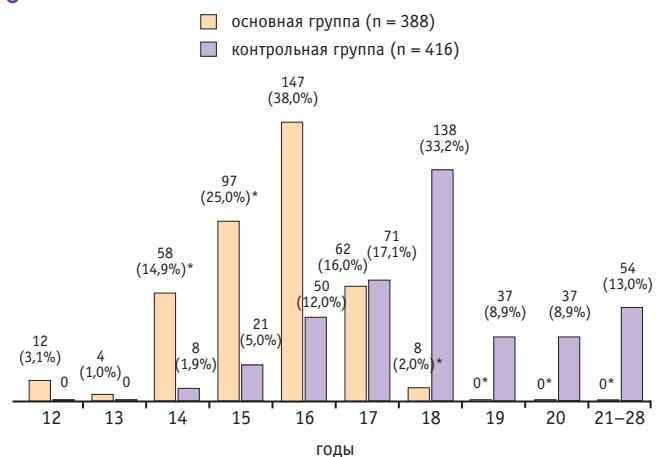


Рис. 4. Возраст начала половой жизни в основной и контрольной группах, годы



В исследование были включены только женщины с первыми предстоящими родами. Аборт ранее перенесли 26 (6,7%) участниц основной и 48 (11,5%) контрольной группы ($p < 0,05$).

Выкидыши в анамнезе были у 43 (11,1%) женщин основной группы и 58 (14,0%) контрольной ($p > 0,05$), неразвивающаяся беременность — у 33 (8,6%) и 81 (19,5%) ($p < 0,05$). Внематочная беременность была у 17 (4,4%) взрослых участниц, в основной группе такие случаи отсутствовали ($p > 0,05$).

Таблица 2

Структура гинекологических заболеваний у женщин основной и контрольной групп, n (%)

Перенесенные заболевания и хирургические вмешательства	Основная группа (n = 388)	Контрольная группа (n = 416)
Хламидиоз	64 (16,5)*	100 (24,0)
Трихомониаз	35 (9,0)	33 (7,9)
Гонорея	2 (0,5)	4 (0,9)
Сифилис	0	2 (0,4)
Невоспалительные заболевания влагалища	58 (14,9)*	104 (25,0)
Вагинит	95 (24,5)*	142 (34,0)
Гиперплазия эндометрия	0	6 (1,4)
Миома	0*	27 (6,5)
Апоплексия яичника	2 (0,5)	2 (0,4)
Эндометриоз	0	9 (2,2)
Воспалительные заболевания органов малого таза	19 (5,0)	27 (6,5)
Киста яичника	8 (2,0)*	35 (8,4)
Нарушение менструального цикла	22 (5,7)*	6 (1,4)
Дисфункция яичников	10 (2,6)*	30 (7,2)
Внематочная беременность	0	2 (0,4)
Бесплодие	0*	17 (4,1)
Пузырный занос	0	6 (1,4)
Заболевания молочной железы	0	5 (1,2)
Гинекологические операции	4 (1,0)*	52 (12,5)
Резекция яичников	4 (1,0)*	29 (7,0)
Раздельное диагностическое выскабливание	0*	13 (3,1)
Тубэктомия	0	2 (0,4)
Миомэктомия	0	4 (0,9)
Операции на шейке матки	0*	14 (3,4)

При анализе охвата диспансерным наблюдением по беременности и родам выявлено, что в сроки до 12 недель беременности были взяты на учет только 173 (44,6%) юные беременные и 345 (83,0%) взрослых женщин (p < 0,05). Средний срок постановки на учет в группе юных матерей составил 15,4 ± 7,9 недели, у женщин оптимального репродуктивного возраста — 9,9 ± 3,2 недели (p < 0,01) (рис. 5).

В I и II триместре беременности в основной группе выявлено меньше осложнений, чем в контрольной (соответственно 45,4% и 51,8% против 63,9% и 64,2%, для обоих показателей p < 0,05). В III триместре частота осложнений беременности у юных женщин немного больше таковой у взрослых (85,8% против 83,2%, p > 0,05) (табл. 3).

Согласно полученным данным, 365 (94,0%) беременностей у юных женщин завершилась срочными родами, у 20–29-летних этот показатель составил 404 (97,0%) (p > 0,05). Преждевременно родились 19 (5,0%) детей у юных мам, у взрослых — 8 (2,0%), запоздалые роды случились

Рис. 5. Сроки постановки на учет по беременности

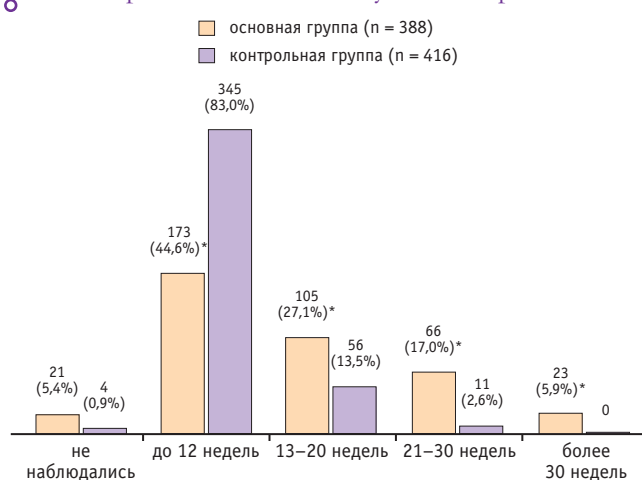


Таблица 3

Структура осложнений беременности у женщин основной и контрольной групп, n (%)

Осложнения	Основная группа (n = 388)			Контрольная группа (n = 416)		
	I триместр	II триместр	III триместр	I триместр	II триместр	III триместр
Всего	176 (45,4)*	201 (51,8)*	333 (85,8)	266 (63,9)	267 (64,2)	346 (83,2)
Гестационный сахарный диабет	6 (1,5)	7 (1,8)	7 (1,8)	5 (1,2)	8 (1,9)	8 (1,9)
Токсикоз	132 (34,0)	–	–	182 (43,8)	–	–
Угроза прерывания беременности (до 22 недель)	72 (18,6)	32 (8,2)	–	138 (33,2)	51 (12,3)	–
Угроза преждевременных родов (22–37 недель)	–	26 (6,7)	61 (15,7)	–	46 (11,0)	45 (10,8)
Инфекционные заболевания	28 (7,2)	74 (19,0)	55 (14,2)	43 (10,3)	104 (25,0)	38 (9,1)
Вагинит	16 (4,1)	33 (8,5)	39 (10,0)	6 (1,4)	33 (7,9)	16 (3,8)
Анемия	14 (3,6)	38 (9,8)	153 (39,4)	8 (1,9)	55 (13,2)	112 (27,0)
Пиелонефрит	4 (1,0)	24 (6,2)	41 (10,6)	12 (2,9)	19 (4,6)	34 (8,2)
Низкая плацентация	13 (3,3)	7 (1,8)	–	17 (4,1)	9 (2,2)	–
Предлежание плаценты	–	–	3 (0,8)	–	–	0
Отеки беременных	0	11 (2,8)	108 (27,8)	0	14 (3,4)	102 (24,5)
Преэклампсия средней тяжести	0	3 (0,8)	40 (10,3)	0	13 (3,1)	70 (16,8)
Преэклампсия тяжелая	0	0	0	0	0	3 (0,7)
Хроническая плацентарная недостаточность, задержка развития плода	0	9 (2,3)	115 (29,6)	0	8 (1,9)	102 (24,5)
Многоводие	0	7 (1,8)	45 (11,6)	0	4 (0,9)	28 (6,7)
Маловодие	0	3 (0,8)	32 (8,2)	0	2 (0,4)	63 (15,1)
Акушерский пессарий	0	0	12 (3,1)	0	0	2 (0,5)

у 4 (1,0%) участниц как в основной, так и в контрольной группе ($p > 0,05$).

Средняя продолжительность родов у юных составила $8,7 \pm 2,5$ часа, у женщин оптимального репродуктивного возраста — $9,6 \pm 2,8$ часа ($p < 0,01$). Длительность первого периода родов у пациенток основной группы — $8,1 \pm 2,5$ часа, в контрольной — $8,9 \pm 2,8$ часа, длительность второго периода — соответственно $23,2 \pm 7,0$ мин против $24,9 \pm 9,6$ мин, третьего периода — $8,4 \pm 4,8$ мин против $9,3 \pm 4,9$ мин (для всех случаев $p < 0,01$). Таким образом, у юных женщин наблюдалась значимо меньшая продолжительность родового акта.

Самопроизвольные роды произошли у 365 (94,0%) юных участниц и у 404 (97,0%) женщин 20–29 лет ($p > 0,05$). Кесарево сечение (табл. 4) произвели у 23 (6,0%) девочек-подростков и у 12 (2,9%) взрослых ($p > 0,05$), при этом доля экстренного оперативного родоразрешения среди женщин основной группы составила 78,0%, среди женщин контрольной — 92,0% ($p < 0,05$).

Быстрые и стремительные роды у юных женщин происходили почти в 2 раза чаще, чем у женщин 20–29 лет: 12,9% против 6,7% ($p < 0,05$), затяжные роды — у 0,8% и 1,4% соответственно ($p > 0,05$).

У участниц основной группы значимо чаще, чем контрольной, имели место хроническая и острая гипоксия плода, много- и маловодие, крупный плод, узкий таз (табл. 5).

Согласно нашему исследованию, отмечалось статистически незначимое, но все же некоторое увеличение числа преждевременных родов у юных женщин (табл. 6).

Средняя масса тела новорожденных в основной группе составила $3349,5 \pm 469,4$ г, в группе контроля — $3416,5 \pm 407,1$ г ($p < 0,01$). Маловесные дети (масса тела — менее 2500 г) у девочек-подростков рождались почти в 6 раз чаще, чем у женщин оптимального репродуктивного возраста (4,0% против 0,7% соответственно, $p < 0,05$). Средняя длина тела новорожденных у матерей-подростков — $51,3 \pm 2,54$ см, у женщин 20–29 лет — $51,7 \pm 2,2$ см ($p < 0,05$).

Средняя оценка новорожденных по шкале Апгар на первую минуту жизни в группе юных матерей составила $7,9 \pm 0,6$ балла, в группе матерей оптимального репродуктивного возраста — $8,0 \pm 0,5$ балла ($p < 0,05$).

Общая заболеваемость новорожденных, по данным нашего исследования, составила 42,0% в основной группе и 22,0% в контрольной ($p < 0,05$). Выписаны домой 94,3% новорожденных от юных мам и 97,0% от взрослых женщин, пере-

ведены в больницы 5,4% детей пациенток основной группы и 3,0% контрольной ($p > 0,05$). В группе юных женщин был неблагоприятный исход родов — 1 (0,3%) ребенок умер после домашних родов. В контрольной группе случаев ранней неонатальной смерти не было ($p > 0,05$) (табл. 7).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Юные беременные имеют более раннее менархе, сексуально более активны, для них характерны низкая контрацептивная активность, более высокая частота расстройств менструации ($p < 0,001$). Они меньше отягощены гинекологическими заболеваниями и менее подвержены оперативным вмешательствам на органах репродуктивной системы, включая прерывание беременности ($p < 0,001$). Среди осложнений беременности

Таблица 5

Структура и частота осложнений родов у женщин основной и контрольной групп, n (%)

Осложнения родов	Основная группа (n = 388)	Контрольная группа (n = 416)
Предлежание плаценты	3 (0,8)	0
Узкий таз	27 (7,0)*	12 (2,9)
Многоводие	49 (12,6)*	33 (7,9)
Маловодие	38 (9,8)*	66 (15,9)
Поперечное положение плода	2 (0,5)	0
Тазовое предлежание плода	10 (2,6)	11 (2,6)
Крупный плод	50 (12,9)*	29 (7,0)
Острая гипоксия плода	23 (5,9)*	16 (3,8)
Хроническая гипоксия плода	82 (21,1)*	54 (13,0)
Слабость родовой деятельности	17 (4,4)*	25 (6,0)
Быстрые и стремительные роды	50 (12,9)*	28 (6,7)
Затяжные роды	3 (0,8)	6 (1,4)
Разрывы мягких тканей	87 (22,4)*	113 (27,2)
Неправильное вставление	8 (2,1)	2 (0,4)
Акушерские выходные щипцы	1 (0,3)	0
Вакуум-экстракция плода	5 (1,3)*	10 (2,4)
Дефект последа	6 (1,5)	6 (1,4)
Гипотоническое кровотечение	6 (1,5)*	11 (2,6)
Задержка плаценты без кровотечения	6 (1,5)	9 (2,2)
Перинеотомия	128 (33,0)	119 (28,6)
Гистероскопия	75 (19,3)	63 (15,1)

Таблица 6

Структура родов по гестационному сроку в основной и контрольной группах, %

Гестационный срок, недели	Основная группа	Контрольная группа
28–33	1	0
34–36	4	2
37–42	94	97
Более 42 недель	1	1

Таблица 4

Показания к операции кесарева сечения у женщин основной и контрольной групп, n (%)

Показания	Основная группа (n = 23)	Контрольная группа (n = 12)
Острая гипоксия плода	7 (30,4)	3 (25,0)
Аномалии родовой деятельности	5 (21,7)*	5 (41,7)
Утяжеление презкламписи	0*	3 (25,0)
Предлежание плаценты	3 (13,0)*	0
Декомпенсация диабета	2 (8,7)*	0
Диабетическая фетопатия	2 (8,7)*	0
Сумма сочетанных показаний	4 (17,4)*	1 (8,3)

Заболееваемость новорожденных матерей основной и контрольной групп, n (%)

Нозологии	Основная группа (n = 388)	Контрольная группа (n = 416)
Синдром угнетения центральной нервной системы (ЦНС)	72 (18,6)*	27 (6,5)
Синдром возбуждения ЦНС	49 (12,6)*	18 (4,3)
Внутриутробные инфекции	64 (16,5)*	13 (3,1)
Морфофункциональная незрелость	29 (7,5)*	14 (3,4)
Недоношенность	22 (5,7)*	8 (1,9)
Гипотрофия	54 (8,0)*	28 (6,7)
Диабетическая фетопатия	4 (1,0)	4 (0,9)
Ишемическое поражение ЦНС	31 (8,0)*	18 (4,3)
Кровоизлияние в желудочки	2 (0,5)	0
Респираторный дистресс-синдром	12 (3,1)*	0
Порок сердца	2 (0,5)	6 (1,4)
Порок мочеполовой системы	4 (1,0)	0
Порок желудочно-кишечного тракта	6 (1,5)	7 (1,7)
Кефалогематома	11 (2,8)	5 (1,2)

у матерей-подростков преобладают анемия, угроза прерывания беременности, угроза преждевременных родов, быстрые и стремительные роды, многоводие, узкий таз. Биологическая

незрелость организма матерей-подростков предопределяет неблагоприятные перинатальные исходы, такие как маловесность, более низкие баллы по шкале Апгар.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Кетова А.А., Коростелева Е.С., Ковалкина А.А. К вопросу о сохранении репродуктивного здоровья подростков. В кн.: Семья в современном мире. Сборник трудов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Курск; 2017: 67–71. [Ketova A.A., Korosteleva E.S., Kovalkina A.A. K voprosu o sohraneniі reprodaktivnogo zdorov'ya podrostkov. V kn.: Sem'ya v sovremennom mire. Sbornik trudov Vserossijskoj nauchno-prakticheskoj konferencii s mezhdunarodnym uchastiem. Kursk; 2017: 67–71. (in Russian)]
2. Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Короткова С.А., Полякова Е.И., Геворгян А.П. и др. Анализ гинекологической заболеваемости девочек и девушек в Москве. Пробл. репродукции. 2017; 23(6): 60–5. [Sibirskaya E.V., Adamyan L.V., Koltunov I.E., Korotkova S.A., Polyakova E.I., Gevorgyan A.P. i dr. Analiz ginekologicheskoi zabolaeваемости devochek i devushek v Moskve. Probl. reproduksii. 2017; 23(6): 60–5. (in Russian)]
3. Luttges D.C., Leyton M.C., Leal F.I., Troncoso E.P., Molina G.T. Implications of chilean legal framework in teen pregnancy prevention: conflict and insecurity in health professionals. Rev. Med. Chil. 2016; 144(10): 1260–5. DOI: 10.4067/S0034-98872016001000004
4. Ларюшева Т.М., Истомина И.Г., Баранов А.Н. Сравнительная характеристика клинических показателей течения беременности и родов у женщин подросткового и оптимального репродуктивного возраста. Журн. акушерства и женских болезней. 2016; 65(1): 34–42. [Laryusheva T.M., Istomina I.G., Baranov A.N. Sravnitel'naya harakteristika klinicheskikh pokazatelej techeniya beremennosti i rodov u zhenshchin podrostkovogo i optimal'nogo reprodaktivnogo vozrasta. Zhurn. akusherstva i zhenskikh boleznej. 2016; 65(1): 34–42. (in Russian)]
5. Загдай С.П., Ермашева М.А. Особенности состояния здоровья юной матери и ее ребенка. Смоленский мед. альманах. 2017; 1: 138–42. [Zagday S.P., Ermasheva M.A. Osobennosti sostoyaniya zdorov'ya yunoj materi i ee rebenka. Smolenskij med.al'manah. 2017; 1: 138–42. (in Russian)]
6. Степашов Н.С., Бердникова Т.В. Брак и материнство юных матерей. В кн.: Семья в современном мире. Сборник трудов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Курск; 2017: 141–45. [Stepashov N.S., Berdnikova T.V. Brak i materinstvo yunyh materej. V kn.: Sem'ya v sovremennom mire. Sbornik trudov Vserossijskoj nauchno-prakticheskoj konferencii s mezhdunarodnym uchastiem. Kursk; 2017: 141–45. (in Russian)]
7. Черных А.В., Белов Е.В., Шевцов А.Н. Антропометрические показатели поперечнотазового таза у юных первородящих. Новая наука: от идеи к результату. 2016; 1–2: 5–7. [Chernyh A.V., Belov E.V., Shevcov A.N. Antropometricheskie pokazateli poperechnosuzhennogo taza u yunyh pervorodyashchih. Novaya nauka: ot idei k rezul'tatu. 2016; 1–2: 5–7. (in Russian)]
8. Баринов С.В., Шамина И.В., Тирская Ю.И., Ралко В.В., Дудкова Г.В., Фрикель Е.А. и др. Течение беременности и исходы родов в возрастном аспекте. Фундаментальная и клиническая медицина. 2016; 1(2): 18–24. [Barinov S.V., Shamina I.V., Tirskeya Yu.I., Ralko V.V., Dudkova G.V., Fritel' E.A. i dr. Techenie beremennosti i iskhody rodov v vozrastnom aspekte. Fundamental'naya i klinicheskaya medicina. 2016; 1(2): 18–24. (in Russian)]
9. Шевлюкова Т.П., Чабанова Н.Б., Галиева Г.Д., Боечко Д.И. Особенности течения гестационного периода и родов в подростковом возрасте. Актуальные научные исследования в современном мире. 2017; 6–2(26): 110–13.1. [Shevlyukova T.P., Chabanova N.B., Galieva G.D., Boechko D.I. Osobennosti techeniya gestacionnogo perioda i rodov v podrostkovom vozraste. Aktual'nye nauchnye issledovaniya v sovremennom mire. 2017; 6–2(26): 110–13.1. (in Russian)]
10. Socolov D.G., Iorga M., Carauleanu A., Ilea C., Blidaru I., Boiculescu L. et al. Pregnancy during adolescence and associated risks: an 8-year hospital-based cohort study (2007–2014) in Romania, the country with the highest rate of teenage pregnancy in Europe. Biomed Res Int. 2017; 2017: 9205016. DOI: 10.1155/2017/9205016
11. Муц Е.Ю., Чижова Ж.Г., Ермашева М.А., Марченкова Ю.В. Состояние здоровья девочек шестнадцатилетнего возраста. Смоленский мед. альманах. 2017; 4: 82–5. [Muc E.Yu., Chizhova Zh.G., Ermasheva M.A., Marchenkova Yu.V. Sostoyanie zdorov'ya devochek shestnadcatiletnego vozrasta. Smolenskij med. al'manah. 2017; 4: 82–5. (in Russian)]
12. Medhi R., Das B., Das A., Ahmed M., Bawri S., Rai S. Adverse obstetrical and perinatal outcome in adolescent mothers associated with first birth: a hospital-based case-control study in a tertiary care hospital in North-East India. Adolesc. Health Med. Ther. 2016; 7: 37–42. DOI: 10.2147/AHMT.S91853
13. Yu S.H., Mason J., Crum J., Cappa C., Hotchkiss D.R. Differential effects of young maternal age on child growth. Glob. Health Action. 2016; 9(1): 31171. DOI: 10.3402/gha.v9.31171
14. Salam R.A., Faqqah A., Sajjad N., Lassi Z.S., Das J.K., Kaufman M. et al. Improving adolescent sexual and reproductive health: a systematic review of potential interventions. Adolesc. Health. 2016; 59(4S): S11–28. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2016.05.022
15. Lee S.H., Lee S.M., Lim N.G., Kim H.J., Bae S.H., Ock M. et al. Differences in pregnancy outcomes, prenatal care utilization, and maternal complications between teenagers and adult women in Korea: a nationwide epidemiological study. Medicine (Baltimore). 2016; 95(34): e4630. DOI: 10.1097/MD.0000000000004630