



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

4 (54) 2023

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

*Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

4 (54)

2023

апрель

Received: 20.04.2023, Accepted: 25.04.2023, Published: 29.04.2023.

УДК 618.2.4-036

ПЕРВАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ: ВОЗРАСТ И РИСК. ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ?

(Обзор литературы)

Ахмедова А.Т. <https://orcid.org/0000-0002-9153-3800>

Расулова Ф. <https://orcid.org/0000-0002-9153-3800>

Самаркандский государственный медицинский университет, Адрес: 140100, Узбекистан, г.Самарканд, улица Амира Темура, дом 18. Тел./факс: (+99866) 233-30-34.

✓ Резюме

В акушерстве, как и в любой профессиональной среде, существуют, общепринятые понятия, передающиеся из поколения в поколение, принимаемы на безусловную веру как аксиомы, не требующие подтверждения или доказательств. Мировой консенсус относительно числового выражения возраста «поздней первородящей» впервые был достигнут в 1958 году. Тогда его определили в 35 лет и старше. Этот параметр, причем иногда без разделения на первые и повторные, продолжают использовать многие международные организации, анализирующие статистические показатели, но ряд исследователей приводят в качестве «фактора риска» другие значения: Джеймс Гудвин выделял 39 лет, Роберт Кризи и Алан Нокс-40 лет.

Ключевые слова: Первая беременность: возраст и риск. Есть ли связь?, Джеймс Гудвин, Роберт Кризи, Алан Нокс.

FIRST PREGNANCY: AGE AND RISK IS THERE A CONNECTION?

(Literature review)

Akhmedova A.T. <https://orcid.org/0000-0002-9153-3800>

Rasulova F <https://orcid.org/0000-0002-9153-3800>

Samarqand State Medical University

✓ Resume

In obstetrics, as in any professional environment, there are generally accepted concepts that are passed down from generation to generation, accepted on unconditional faith as axioms that do not require confirmation or proof. The world consensus on the numerical expression of the age of the "late primiparous" was first reached in 1958. Then he was determined to be 35 years old and older. Many international organizations that analyze statistical indicators continue to use this parameter, and sometimes without dividing it into the first and repeated ones, but a number of researchers cite other values as a "risk factor": James Goodwin singled out 39 years, Robert Creasy and Alan Knox-40 years.

Key words: First pregnancy: age and risk. Is There a Connection?, James Goodwin, Robert Creasy, Alan Knox.

BIRINCHI HOMILADORLIK: YOSHI VA XAVFI. ALOQA BORMI?

(Adabiyotlar sharhi)

Akhmedova A.T. <https://orcid.org/0000-0002-9153-3800>

Rasulova F <https://orcid.org/0000-0002-9153-3800>

Samarkand davlat tibbiyot universiteti

✓ **Rezyume**

Akusherlikda, har qanday professional muhitda bo'lgani kabi, avloddan-avlodga o'tadigan umumiy qabul qilingan tushunchalar mavjud bo'lib, ular tasdiqlash yoki dalillarni talab qilmaydigan aksiomalar sifatida so'zsiz e'tiqodga qabul qilinadi. "Kech primiparous" yoshining raqamli ifodasi bo'yicha jahon konsensusiga birinchi marta 1958 yilda erishilgan. Keyin u 35 va undan katta yoshda aniqlandi. Ushbu parametr, ba'zida birinchi va takrorlanganlarga bo'linmasdan, statistik ko'rsatkichlarni tahlil qiladigan ko'plab xalqaro tashkilotlar tomonidan foydalanishda davom etmoqda, ammo bir qator tadqiqotchilar "xavf omili" sifatida boshqa qiymatlarni keltirmoqdalar: Jeyms Gudvin 39 yil, Robert krizi va Alan Noks 40 yil

Kalit so'zlar: Birinchi homiladorlik: yosh va xavf. Aloqa bormi?, Jeyms Gudvin, Robert Kreysi, Alan Noks.

Актуальность

Репродуктивная функция женщины один из самых важных вопросов современного общества, так как именно способность женщины к вынашиванию, рождению и воспитанию здорового потомства определяет демографическую ситуацию любой страны на карте мира. Но вопросом «в каком возрасте впервые рожать?» задается каждая женщина, ведь с возрастом связано множество опасений, как самих женщин, так и врачей. В качестве фактора риска высокой частоты осложнений для матери и ребенка исследователями рассматриваются различные возрастные градации возраст роженицы до 18, старше 30, старше 35, старше 40 лет [1-3]. По данным литературы для пациенток различных возрастных групп характерны существенные отличия в течении беременности, родов и перинатальных исходах [4].

В акушерстве, как и в любой профессиональной среде, существуют, общепринятые понятия, передающиеся из поколения в поколение, принимаемы на безусловную веру как аксиомы, не требующие подтверждений или доказательств. Мировой консенсус относительно числового выражения возраста «поздней первородящей» впервые был достигнут в 1958 году. Тогда его определили в 35 лет и старше. Этот параметр, причем иногда без разделения на первые и повторные, продолжают использовать многие международные организации, анализирующие статистические показатели, но ряд исследователей приводят в качестве «фактора риска» другие значения: Джеймс Гудвин выделял 39 лет, Роберт Кризи и Алан Нокс-40 лет и т.д.

Минздрав Узбекистана придерживается международного определения, используя в нормативных документах дефиницию «первородящие 35 лет и старше».

Для первородящих молодого и подросткового возраста международная статистика выделяет группу Adolescent birth rate per 1000 women aged 15-19 years-частота родов у подростков на 1000 женщин 15-19 лет. Отечественные статистические издания используют эти же возрастные рамки, но в некоторых нормативных документах.

Категория возрастных первородящих является объектом повышенного внимания акушеров более 50 лет. И.Ф. Жордания называл «пожилыми первородящими» женщин в возрасте 28 лет и старше. На Всемирном конгрессе Международной федерации акушеров и гинекологов в 1958 г. в Монреале было решено отнести к категории «старых» первородящих женщин в возрасте старше 35 лет. Однако большинство современных авторов в эту группу включают первородящих старше 30 лет [3], при этом термины «старые» и «пожилые» первородящие в современном акушерстве считаются некорректными.

Признан ряд основных причин первых родов после 30 лет:

- позднее начало половой жизни;
- нежелание иметь детей в более молодом возрасте, связанное с возрастом роли женщины в экономической и общественно-политической жизни современного общества, что объясняет более позднее вступление в брак, а также нежелание иметь детей в период учебы;
- возрастание случаев частоты первичного и вторичного бесплодия, обусловленных генитальным инфантилизмом, гормональными нарушениями и перенесенными воспалительными заболеваниями, а также мужским фактором, в связи с чем беременность наступает при применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) или во втором браке;

— невынашивание предыдущих беременностей по причине хронического воспалительного процесса половых органов, миомы матки, эндокринных заболеваний и антифосфолипидного синдрома [1,6,11,13,20].

Таким образом, у беременных возрастной группы старше 30 лет возникает значительное число факторов акушерского и перинатального риска [13].

Число осложнений во время беременности и родов у «возрастных» первородящих значительно превышает их количество у молодых. Так, в 2 раза чаще встречаются гестоз и плацентарная недостаточность. Значительно чаще, чем у «молодых» первородящих, возникают аномалии родовой деятельности. У «возрастных» первородящих чаще встречается многоплодная беременность, возникшая в результате применения ВРТ [3,7,15,16,21].

В связи с осложненным течением беременности и родов у женщин старше 30 лет частота оперативного родоразрешения превышает среднестатистические показатели в 5-6 раз [4,12,14,17].

Повышение количества кесарева сечения у «возрастных» первородящих приводит в ряде случаев к осложнениям послеродового периода, связанным с соматической патологией женщин и осложненным течением беременности [17]. При абдоминальном родоразрешении отмечается также более частое нарушение адаптации новорожденного [2].

При этом недооценка факторов риска приводит к неблагоприятному исходу беременности [10,12,18,20].

Тактика родоразрешения у беременных старше 30 лет по-прежнему является актуальной и достигается при тщательном анализе всех факторов акушерского и перинатального риска [1,5,8,9,12].

Первородящие старших возрастных групп (таблица средний возраст женщин при рождении первого ребенка, лет)

За последние 20 лет в Европейском регионе доля родов в 35 лет и позже, как первых, так и повторных, выросла почти вдвое- с 9,6% в 1997 году до 20,7 в 2017 году, однако разрыв между странами по этому показателю может быть значительным: в Азербайджане она составляет всего 5,6%, а в Испании приближается к 40%. В нашей стране тенденция старения беременных.

Риски, ассоциируемые с поздним возрастом

Однозначного перечня осложнений гестации, частота которых доказано коррелирует с определенным возрастом, не существует. Ретроспективное южнокорейское исследование 2012 года, изучавшее беременности в четырех возрастных группах (20-39, 30-34, 35-39, 40+ лет), показало широкий разброс осложнений в разных выборках и отсутствие прямых связей с конкретным возрастом. У будущих матерей 40+ зафиксирован самый высокий риск хромосомных аномалий и статистически значимое увеличение ПЭ, в группе 36-39 лет, отмечали самую высокую частоту преждевременных родов.

Следует ожидать дальнейшего повышения частоты родов у женщин в возрасте 40 лет и старше благодаря успехам лечения бесплодия, невынашивания беременности и достижениям пренатальной диагностики, а также с планированием деторождения на более поздний возраст, т.к. желание иметь ребенка у некоторых женщин появляется только после достижения определенного материального благополучия [Познанская А.В., 1999; Dufour Ph. et al., 1997; Ziadeh S.M., 2002].

Особенности течения гестационного процесса зависят от многих факторов, среди которых большое значение имеет возраст.

До сих пор нет единого мнения о том, является ли возраст женщины старше 40 лет фактором риска. Большинство авторов указывают что беременность у женщин старше 40 лет протекает патологически, а роды сопровождаются рядом тяжелых осложнений как для матери, так и для ребенка [Захидова Д.В., 1990; Радутный В.Н. с соавт., 1991; Кулавский В.А. с соавт., 1999; Абсер-ханова З.У., 2000; Seoud M.A. et al., 2002].

Поздний репродуктивный возраст, по мнению многих авторов, является одним из факторов риска развития фетоплацентарной недостаточности и гестозов [Арчакова Т.М. с соавт., 1999; Асымбекова Г.У., 1996; Савельева Г.М., Шалина Р.И., 2000; Стрижаков А.Н. с соавт., 2003; Певцова А.А., 2000; Никифорович И.И., 2002]. Ранние и поздние гестозы, угроза прерывания беременности, преждевременные роды, перенашивание беременности, преждевременное

излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности приводят к увеличению количества оперативных вмешательств, увеличению перинатальной заболеваемости и смертности [Каюпова Л.С., 1999; Watanabe C. et al., 2000; Mounzil C. et al. 1998; Abu-Heija A.T. et al., 2000; Marai W. et al., 2002; Romero-Maldonado S. et al., 2002; Miletic T. et al., 2002; Sheiner E. et al., 2003; Kirchengast S. et al., 2003].

Кроме того, в этой возрастной группе наиболее высока частота аномалий и пороков развития плода [Воскресенская С.В. с соавт., 2002; Савельева Г.М., 2003; Vergani P. et al., 2002], возникновение которых обусловлено, по мнению некоторых авторов, не только возрастом матери, но и возрастом отца старше 40 лет [Augoux M., 1996; Rochebrochard E. et al., 2002].

Однако есть сведения, что поздний возраст матери при отсутствии осложнений в антенатальном периоде не влияет на здоровье матери и исход беременности [Ханаева З.О., 1999; Blickstein J. et al., 1987; M. Brasil et al., 1987; Heimann F. et al., 1993] и может быть сведен к минимуму при квалифицированной акушерской помощи [Байни Р. с соавт., 2001; Dufour Ph. et al., 1997; Haen-jens K. et al., 1997].

В отечественной литературе не было комплексного исследования групп женщин старше 40 лет в зависимости от паритета родов, не встречались данные о частоте родов у женщин старше 40 лет. Работы отечественных и зарубежных авторов, в основном, посвящены первородящим или многоорожавшим женщинам позднего репродуктивного возраста, сведения об особенностях течения беременности и родов у повторнородящих женщин старше 40 лет немногочисленны. Несмотря на громадный интерес к проблеме беременности и родов у женщин старше 40 лет, проблема далека от понимания и разрешения.

Поиск наиболее эффективных методов ведения беременности и родов у женщин старше 40 лет имеет большое практическое значение в снижении частоты осложнений, перинатальной и материнской заболеваемости и смертности, в связи с чем настоящее исследование посвящено изучению особенностей течения беременности и родов у женщин этой возрастной группы с обоснованием тактики ведения беременности и родоразрешения.

Исследованию особенностей течения беременности и родов в юном возрасте посвящено большое количество работ как в нашей стране, так и за рубежом [2—8]. Различные исследования [9, 10] свидетельствуют о том, что у подростков гораздо чаще встречаются такие осложнения беременности, как преэклампсия, анемия, невынашивание, гестационный пиелонефрит, а в родах — преждевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой сил и внутриутробная гипоксия плода. Однако ряд других авторов [4, 11] указывают на более благоприятное, чем у женщин среднего репродуктивного возраста, течение беременности и родов у несовершеннолетних.

Частота беременности у подростков за последние 20 лет возросла во многих странах и имеет выраженную тенденцию к дальнейшему увеличению. Ежегодно в мире проходят роды у 15 млн подростков, что составляет 2,0–4,5% от общего количества родов [1].

Удельный вес несовершеннолетних беременных и рожениц по отношению к старшим возрастным группам составляет около 5%. Как правило, ранняя беременность является в 50–60% случаев незапланированной и в 30–40% нежелательной, а потому чаще завершается искусственным прерыванием. Каждый десятый аборт производится у лиц моложе 19 лет. На 100 беременностей у подростков количество искусственных абортов составляет 69,1%, родов — 16,4%, самопроизвольных выкидышей — 14,5%. В то же время 40,0% подростков имеют повторную беременность, а 17,9% — повторные роды [3].

Повышенный риск беременности в подростковом возрасте напрямую связан с повышением сексуальной активности подростков, с низким самолюбием, самоуважением. Несмотря на внешнее безразличие общества к судьбам девочек-матерей, они находятся под очень сильным нравственным давлением, следствием которого является желание скрыть беременность, прервать ее, во что бы то ни стало. Стремление скрыть свою беременность отмечают у 18–33% подростков [2, 3]. Причем чем старше возраст девушки, тем реже попытки скрыть свое положение от окружающих. 14,9% подростков пытаются прервать беременность самостоятельно или с помощью частных лиц. Большинство из них используют для прерывания лекарственные средства, рекомендуемые подругами (74%) или половыми партнерами, и принимают их беспорядочно, в максимальных дозах [2, 3].

Часто наступившие в раннем возрасте беременности протекают в осложненной психоэмоциональной обстановке. Не встретив поддержки от родителей, разорвав связь с половым партнером, осуждаемые в школе или в училище, девушки переживают тяжелый психологический кризис. Отношения, складывающиеся между несовершеннолетней беременной и ее родителями, а также между ней и отцом ребенка, чрезвычайно важны, так как от них зависит прогноз психологического благополучия женщин в течение беременности. Так, по данным В. Barnet, A. K. Duggan, M. D. Wilson et al (1995), конфликтные отношения с отцом ребенка вызывают усиление депрессивного состояния у юных беременных. Демографические исследования убедительно свидетельствуют, что наименее устойчивыми являются браки, заключенные в раннем возрасте. Так, у девушек, вышедших замуж в возрасте до 20 лет, риск развода в течение первых 10 лет семейной жизни на 1/3 выше, чем у вышедших замуж в 20-24 года. Одной из ведущих причин неустойчивости молодых семей является вынужденный брак, «стимулированный» добрачным зачатием.

Благополучное течение беременности, нормальное созревание плода, жизнеспособность и здоровье будущего ребенка зависят от физического состояния матери и ее нервно-психического статуса. Эмоциональное напряжение, связанное с внебрачной беременностью, оказывает существенное влияние на частоту и тяжесть гестоза беременности. Так, ряд исследователей в своих работах показывают, что при ювенильной беременности гестоз встречается в 12,0-76,55% наблюдений [4,5,6]. Неблагополучное состояние женщины обуславливает более высокий уровень таких осложнений беременности, как анемия — в 4,0-78,0% [1], преждевременная отслойка плаценты — в 1,0-1,9% [6], угроза прерывания беременности — в 4,7-49,9% [1,7,8], хроническая фетоплацентарная недостаточность — в 11,0-76,0% [8]. Стрессы и эмоциональное напряжение приводит к иммунологическим сдвигам в организме беременных, снижая его устойчивость к воздействиям внешней среды. Установлена зависимость между частотой осложнений беременности и «гинекологическим» возрастом: чем меньше «гинекологический» возраст, тем чаще преждевременные роды, гестозы, патология внутриутробного плода.

Ведущие факторы преждевременных родов — незрелость нейроэндокринной системы женского организма, проявляющаяся в сниженной продукции гормонов (ХГ, эстрогенов, пролактина), незавершенном формировании нервно-рецепторного аппарата матки, гипоксемии и другие.

У этой категории женщин из-за несвоевременного и нерегулярного обращения за медицинской помощью в 1,5 раза чаще наблюдаются экстрагенитальные заболевания во время беременности. Наиболее часто — заболевания мочевыделительной системы, эндокринные и обменные нарушения, болезни сердечно-сосудистой системы. Следует отметить, что в 42,5% случаев в течение беременности выявляется наличие хронических очагов инфекции нередко в сочетании с острыми заболеваниями верхних дыхательных путей. В структуре гинекологических заболеваний преобладают воспалительные процессы в области влагалища и шейки матки, как до, так и во время беременности [7].

Вынашивание беременности в юном возрасте является серьезным испытанием, так как беременность и роды протекают в условиях функциональной незрелости организма, неадекватности адаптационных механизмов, что создает высокий риск осложнений как для матери, так и для плода; некоторые возрастные особенности организма девушки-подростка накладывают отпечаток на течение беременности и родового акта. Родовой акт сопровождается не только мобилизацией физических сил роженицы, но и большим нервным напряжением, чувством страха и болью, с возникновением которых включаются все защитные и компенсаторные механизмы организма. Стрессовые ситуации и интенсивные эмоции отрицательно влияют на кровообращение и сократительную деятельность матки, обуславливая слабость родовых сил и гипоксию плода [9].

По данным ряда отечественных и зарубежных авторов, роды в подростковом возрасте отличаются более частым развитием различных осложнений: аномалий родовой деятельности (6,5-37,2%) [7,9] несвоевременного излития околоплодных вод (14,7-45,3%) [10], кровотечений в родах и раннем послеродовом периоде, травматизма мягких родовых путей (4,0-25,5%), оперативного вмешательства (2,1-17%), гнойно-инфекционных послеродовых заболеваний (20,0-71,7%).

Причиной частого развития слабости родовой деятельности у подростков является, по-видимому, низкий гормональный фон, незрелость шейки матки вследствие замедленного формирования биологической готовности организма несовершеннолетних к родам. По этой же причине может развиваться дискоординация родовой деятельности [9, 10].

У молодых первородящих наиболее сильными родовыми стрессами являются затянувшиеся роды и продолжительный безводный промежуток. Большой процент несвоевременного излития околоплодных вод связан с высоким расположением предлежащей части и функциональной несостоятельностью нижнего сегмента матки. Частое возникновение этого вида патологии связано с нарушением режима, особенно в последние месяцы беременности (половые сношения, физическая нагрузка и т. д.). Имеет значение и высокий процент инфицирования цервикального канала. У каждой второй несовершеннолетней во время беременности имеется инфекция урогенитального тракта (микоплазмоз, хламидиоз, кандидоз). При гистологическом исследовании плаценты обнаружены различные поражения воспалительного характера (плацентит, децидуит, хориоамнионит и пр.) [7].

Для всех родильниц наибольшим стрессом становится кровопотеря, обусловленная кровотечением в послеродовом периоде. Причиной повышенной кровопотери является гипотония матки в раннем послеродовом периоде, задержка плацентарной ткани, вызванная нарушением механизма отделения плаценты и процесса выделения последа. Кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах пропорциональны тяжести анемии. В свою очередь анемия, осложняющая течение беременности у большинства несовершеннолетних, является фактором снижения толерантности к кровопотере в родах.

Беременность в подростковом возрасте увеличивает риск мертворождений, недоношенности, низкой массы тела при рождении и осложнений во время беременности. У юных матерей чаще, чем у более взрослых женщин, встречаются дети с хронически протекающей патологией врожденного генеза, в том числе в результате тяжелой асфиксии и родовой травмы. Внутриутробное развитие плода у подростков часто происходит в условиях фетоплацентарной недостаточности и сопровождается внутриутробной гипоксией [9].

Следствием заболевания матери, осложненного течения беременности, развития фетоплацентарной недостаточности и гипоксии плода часто является задержка внутриутробного развития плода (ЗВУР), которая у несовершеннолетних первородящих встречается достоверно чаще, чем у женщин старшего возраста [8, 9]. Дети со ЗВУР представляют группу высокого риска по неонатальной заболеваемости и смертности, а также по нарушениям в последующем развитии. Даже неосложненное течение родов может стать для новорожденных с ЗВУР травматичным, привести к развитию асфиксии, черепно-мозговой и спинальной родовой травмы, сопровождаться в дальнейшем высокой частотой неврологических нарушений.

Физиологическое состояние первых дней жизни ребенка (транзиторная желтуха, потеря первоначальной массы тела и др.) новорожденных у юных матерей протекают тяжелее и дольше, чем у детей от взрослых женщин. Острая фаза адаптации очень короткая именно у детей, подвергшихся внутриутробной гипоксии. Высокий процент гипоксий, перенесенных новорожденными у юных матерей — фактор высокого риска развития постгипоксической энцефалопатии. Кроме этого, у некоторых новорожденных наблюдались симптомы никотиновой и наркотической интоксикации.

Недоношенные новорожденные несовершеннолетних матерей часто имеют признаки внутриматочной гипотрофии, внутриутробного инфицирования, проявления гипертензивного и геморрагического синдрома [4]. Дети несовершеннолетних матерей имеют повышенный риск развития отклонений в нервно-психическом развитии. Отмечается задержка по возрасту в развитии психомоторных навыков, задержка физического и психического развития и нарушения в поведении, выравнивание физического развития наблюдается к концу третьего года жизни. Показатель общей заболеваемости детей первого года жизни, родившихся у матерей в возрасте до 18 лет, значительно выше, чем у детей взрослых матерей 20-25 лет. В структуре заболеваемости детей первого года жизни наибольший удельный вес занимает класс болезней органов дыхания, особенно простудные заболевания; на втором месте — класс болезней «расстройства питания и нарушения обмена веществ»: (рахит, аллергический дерматит, гипотрофия). При этом гипотрофия в первом полугодии преобладает над другими

заболеваниями и расстройствами обмена веществ, что связано с неопытностью и неподготовленностью юной матери по вскармливанию ребенка; на третьем месте — инфекционные и паразитарные болезни, в основном, кишечные инфекции с синдромами диареи и интоксикации.

Заключение

Таким образом, на развитие и заболеваемость детей несовершеннолетних женщин отрицательное воздействие оказывают: функциональная незрелость юных матерей, низкий уровень их соматического и репродуктивного здоровья, осложненное течение беременности и родов, социально-экономическая неустойчивость и психологическая неустойчивость. Эти факторы способствуют нарушениям внутриутробного и постнатального развития детей, их повышенной заболеваемости и смертности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Арчакова Т.М. с соавт., 1999; Асымбекова Г.У., 1996; Савельева Г.М., Шалина Р.И., 2000; Стрижаков А.Н. с соавт., 2003; Певцова А.А., 2000; Никифорович И.И., 2002
2. Байни Р. с соавт., 2001; Dufour Ph. et al., 1997; Haen-jens K. et al., 1997
3. Брюхина Е.В., Мазная Е.Ю., Рыбалова Л.Ф. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода в подростковом возрасте. // Материалы II Российского форума «Мать и дитя»; 2000; Москва.
4. Воскресенская С.В. с соавт., 2002; Савельева Г.М., 2003; Vergani P. et al., 2002
5. Гайдуков С.Н., Бурмистрова Р.П., Хашенкова В.И. Особенности течения беременности и родов у женщин группы медико-социального риска. // Гигиена, экология и репродуктивное здоровье подростков 1999; 40-41.
6. Галин А.П. Медицинские, социальные и психологические проблемы аборта у юных женщин (возможности реабилитации): / автореф. дис. ... кан. мед. наук. Ижевск, 2001.
7. Гуркин Ю.А., Суслопарова Л.А., Островская Е.А. Основы ювенильного акушерства. СПб., 2001; 351.
8. Загорельская Л.Г. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у девочек подросткового возраста в зависимости от состояния их здоровья: / автореф. дис. ... канд. мед. наук. Уфа, 2002.
9. Захинова Д.В., 1990; Радутный В.Н. с соавт., 1991; Кулавский В.А. с соавт., 1999; Абсерханова З.У., 2000; Seoud M.A. et al., 2002
10. Каюпова Л.С., 1999; Watanabe C. et al., 2000; Mounzil C. et al. 1998; Abu-Heija A.T. et al., 2000; Marai W. et al., 2002; Romero-Maldonado S. et al., 2002; Miletic T. et al., 2002; Sheiner E. et al., 2003; Kirchengast S. et al., 2003
11. Каюпова Г.Ф., Кулавский В.А. Течение и исход ювенильной беременности с гестозом. // Материалы 4-й Всерос. конф., по детской и подростковой гинекологии; 2000; М.
12. Мальцева Л.И., Идиатуллина И.Э., Лобова Л.А. Особенности течения беременности, родов и раннего послеродового периода у юных женщин с микоплазменной инфекцией. // Тезисы «Современные проблемы перинатологических инфекций»; 1999; Казань.
13. Познанская А.В., 1999; Dufour Ph. et al., 1997; Ziadeh S.M., 2002
14. Синчихин С.П., Коколина В.Ф., Мамиев О.Б. Беременность и роды у несовершеннолетних. // Педиатрия 2004; 3:93-96.
15. Тютюнник В.Л., Зайдиева З.С., Бурлев В.А. Особенности течения беременности и исход родов при хронической плацентарной недостаточности и инфекции. // Проблема репродукции 2000; 4:41-45.
16. Хамошина М.Б., Кайгородова Л.А., Котик Е.А. Особенности ведения родов у юных женщин. // Материалы II Российского форума «Мать и дитя»; 18-22 сентября; 2000; Москва
17. Ханаева З.О., 1999; Blickstein J. et al., 1987; M. Brasil et al., 1987; Heimann F. et al., 1993
18. Auroux M., 1996; Rochebrochard E. et al., 2002

Поступила 20.04.2023