

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ГРУПП ВЫСОКОГО РИСКА

Л.Н. СИТНИКОВА, Л.И. ЛАВЛИНСКАЯ

*ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко»  
Министерства здравоохранения РФ, Студенческая, 10, Воронеж, Россия, 394036*

**Аннотация.** Показатели здоровья женщин и детей являются важнейшим индикатором уровня социально-экономического положения страны и развития общества. Особенности течения беременности, ее исходы для матери и новорожденного связаны с возрастом первородящих. Важное условие безопасного материнства, имеющее большое значение для благоприятного исхода родов для матери и ребенка, – адекватная организация перинатальной помощи с внедрением современных медицинских технологий.

Изучение медико-социальных факторов риска репродуктивного здоровья особо актуально для планирования организации медицинской помощи беременным в целом по региону и для индивидуального прогнозирования репродуктивного здоровья женщин, профилактики осложнений беременности и родов. Целью работы явилось изучение медико-социальных факторов перинатального риска, состояния репродуктивного здоровья юных первородящих и первородящих позднего репродуктивного возраста Воронежа и Воронежской области, организации медицинской помощи этим категориям женщин. Использовались исторический, социологический, статистический методы исследования, а также метод экспертных оценок. Проведено комплексное медико-социальное исследование репродуктивного здоровья, медицинской активности юных первородящих и первородящих позднего репродуктивного возраста г. Воронежа и Воронежской области, оценка организации медицинской помощи этим категориям женщин. Уровень соматического и гинекологического здоровья юных первородящих и первородящих позднего репродуктивного возраста достаточно низкий. Беременность и роды в этих возрастных категориях часто протекают с осложнениями. Новорожденные первородящих матерей-подростков и первородящих позднего репродуктивного возраста отличаются низким уровнем здоровья. Юные первородящие и первородящие позднего репродуктивного возраста относятся к категории беременных высокого перинатального риска и требуют особого внимания во время диспансерного наблюдения и родоразрешения.

**Ключевые слова:** беременность, роды, репродуктивное здоровье, юные первородящие, первородящие позднего репродуктивного возраста, организация медицинской помощи.

THE ORGANIZATION OF MEDICAL CARE FOR PREGNANT WOMEN OF HIGH RISK GROUPS

L. SITNIKOVA, L. LAVLINSKAYA

*Voronezh State N.N. Burdenko Medical Academy, Str. Student, 10, Voronezh, Russia, 394036*

**Abstract.** Health indicators in the women and children are the most important indicator of the level of socioeconomic situation of the country and the society development. The course of pregnancy, its maternal and neonatal outcomes are associated with age in the primiparous. Condition of importance for safe motherhood and success delivery is an adequate organization of perinatal care by means of modern medical technology. Study of the medico-social risk factors of reproductive health is especially relevant for the planning of medical care in pregnant women in the region and for individual project of women's reproductive health, prevention of complications of pregnancy and childbirth. The purposes of the research are to study the medical and perinatal risk factors, the reproductive health of young primiparous and late primiparous of reproductive age in Voronezh and Voronezh region and to organize medical assistance for these categories of women. Historical, sociological, statistical research methods and the method of expert estimations were used. Complex medical and social research of reproductive health, the medical activity of young primiparous and primiparous late of reproductive age in the Voronezh region, assessment of medical assistance to these categories of women were carried out. Level of somatic and gynecological health in young primiparous and late primiparous women of reproductive age was quite low. Pregnancy and childbirth in these age categories often progress to complications. Newborns in the primiparous teen mothers and primiparous women of late reproductive age have poor health. Young primiparous and primiparous of late reproductive age are classified high perinatal risk and require special attention during regular medical observation and delivery.

**Key words:** pregnancy, childbirth, reproductive health, young primipara, primipara of late reproductive age, organization of medical care.

Социально-экономический кризис начала 1990-х годов в нашей стране вызвал ухудшение демографической ситуации: снижение численности населения, обусловленное высокой смертностью и низкой рождаемостью, не обеспечивающей воспроизводство населения, при значительном ухудшении здоровья россиян.

За последние 20 лет в России уровень общей заболеваемости вырос на 44% в основном за счет увеличения частоты хронических заболеваний системы кровообращения, новообразований, сахарного диабета, наркомании и др. Неблагоприятные тенденции также имеются и в репродуктивном здоровье россиян: среди 16-18-летних девушек только 3-20% являются абсолютно здоровыми, остальные страдают различными заболеваниями, влияющими на репродуктивную функцию женщины, курят, злоупотребляют алкоголем, принимают наркотики.

Здоровье детей имеет особую ценность для нации, т.к. определяет благополучие и обороноспособность страны в будущем. Среди причин младенческой смертности более 2/3 случаев приходится на перинатальный период, т.е. зависят от заболеваний, связанных со здоровьем матери и врожденных аномалий. Число детей, родившихся больными или заболевших в период новорожденности, резко увеличилось в 2000-2007 гг.: 40% всех родившихся детей оказались больными, в настоящее время эта отрицательная динамика сохраняется.

Охрана материнства и детства – одно из приоритетных направлений политики нашего государства. Показатели здоровья женщин и детей являются важнейшим индикатором уровня социально-экономического положения страны и развития общества. Важное условие безопасного материнства, имеющее большое значение для благоприятного исхода родов для матери и ребенка, – адекватная организация перинатальной помощи с внедрением современных медицинских технологий. Изучение медико-социальных факторов риска репродуктивного здоровья особо актуально для планирования организации медицинской помощи беременным в целом по региону и для индивидуального прогнозирования репродуктивного здоровья женщин, профилактики осложнений беременности и родов [1-4].

Первые роды у юных первородящих и первородящих позднего репродуктивного возраста практикующие врачи относят к категории повышенного риска по перинатальному исходу для матери и ребенка, т.к. они имеют дополнительные факторы риска. Биологически для женщин лучшим временем для рождения ребенка считается возраст 20-29 лет. Но в последние годы число родов у юных и возрастных первородящих увеличивается. В настоящее время удельный вес молодых матерей в возрасте до 19 лет (в том числе до 17 лет и моложе) до 10-14%, удельный вес матерей 30 лет и старше – 20-23%.

Подростки характеризуются высокой фертильностью: каждый 9 аборт приходится на подростковый возраст, каждые 7 роды происходят у женщин 13-19 лет. Факторами высокого перинатального риска для юных беременных и их первенцев являются: незавершенность морфофункционального развития, психологическая и социальная неподготовленность к материнству, рискованное сексуально-репродуктивное поведение, материальная необеспеченность, полная зависимость от родителей [5-8].

Число женщин, выполняющих материнскую функцию в возрасте старше 30 лет, в последние годы также возрастает: каждого двенадцатого ребенка сегодня рождает женщина старше 35 лет. Причины поздних родов различны: позднее начало половой жизни (23,4%), наличие в анамнезе искусственных (44,5%) и самопроизвольных абортов (23,2%), первичное (17,7%) и вторичное (13,1%) бесплодие, желание женщины иметь ребенка после достижения профессионального и материального благополучия. Факторы высокого перинатального риска для первородящих позднего репродуктивного возраста: увеличение с возрастом частоты экстрагенитальной патологии, неблагоприятный акушерско-гинекологический анамнез (невынашивание предыдущих беременностей по причине хронического воспалительного процесса половых органов, миомы матки, бесплодие, многоплодная беременность в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий), осложнения беременности и родов, заболеваемость и смертность плода и новорожденного. В старших возрастных группах существенно повышена вероятность генетических нарушений.

**Цель исследования** – изучение медико-социальных факторов перинатального риска, состояния репродуктивного здоровья юных первородящих и первородящих позднего репродуктивного возраста Воронежской области, организации медицинской помощи этим категориям женщин.

**Материалы и методы исследования.** Проведено комплексное медико-социальное исследование репродуктивного здоровья, медицинской активности юных первородящих (13-17 лет 11 месяцев 29 дней) и первородящих позднего репродуктивного возраста г. Воронежа и Воронежской области, состояния здоровья их первенцев, оценка организации медицинской помощи этим категориям женщин. Относительно позднего репродуктивного возраста, с которого беременная должна относиться к группе высокого риска, нет однозначного мнения: 30, 35, 40 лет, т.к. для исследования была сформирована группа первородящих 30 лет и старше.

По специально разработанным анкетам осуществлялось анкетирование юных первородящих (13-17 лет 11 месяцев 29 дней) и первородящих позднего репродуктивного возраста (30 лет и старше), поступивших в родильные дома г. Воронежа в 2007-2011 годах для родоразрешения, изучение первичной медицинской документации (история родов – форма № 096/У, обменная карта беременной – форма № 113/У).

Использовались исторический, социологический, статистический методы исследования, а также метод экспертных оценок.

При диспансерном наблюдении в зависимости от наличия факторов перинатального риска беременных распределяют по степени риска на три группы, что определяет выбор соответствующего уровня медицинских учреждений, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь женщинам во время беременно-

сти и родов. Беременные с физиологическим течением беременности составляют 24,0%, со средней степенью – 41,0%, с высокой степенью – 35,0%.

Женщинам со средней, а особенно с высокой степенью перинатального риска рекомендовано наблюдение и родоразрешение в перинатальных центрах, которые позволяют сконцентрировать в одном лечебном учреждении значительное число беременных высокого риска и их детей с экономически оправданным обеспечением современным оборудованием и высококвалифицированными кадрами. В Воронеже 30 июня 2011 года открылся перинатальный центр Центрально-Черноземного региона, работающий в контакте с акушерскими стационарами, женскими консультациями и другими медицинскими учреждениями области. В перинатальном центре наблюдают и проводят родоразрешение юных первородящих и первородящих позднего репродуктивного возраста, беременных женщин с пороками сердца, заболеваниями желудочно-кишечного тракта, эндокринной и центральной нервной системы, осуществляют эффективную диагностику наследственной и врожденной патологии плода, интенсивную терапию новорожденных, в т.ч. недоношенных детей, с полным реабилитационным комплексом.

У специалистов перинатального центра аккумулируются сведения о состоянии здоровья и развитии плода каждой беременной женщины г. Воронежа и Воронежской области с первого дня обращения женщины в женскую консультацию по месту жительства. При обращении беременной в перинатальный центр ей бесплатно оказывается необходимая медицинская помощь в соответствии с программой государственных гарантий. Кроме того, современное оборудование центра позволяет вести работу по диагностике и лечению бесплодия, проводить экстракорпоральное оплодотворение.

С 2011 г. на основании приказа департамента здравоохранения Воронежской области № 1203 от 8.08.2011 г. «О создании центров медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации» в ряде медицинских учреждений г. Воронежа (городская больница № 11, городские поликлиники № 3, № 4, № 7, № 10 и «Центр планирования семьи и репродукции») в рамках программы модернизации здравоохранения созданы центры медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Их работа направлена на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья, подготовку к семейной жизни, ориентацию на здоровую семью. Основными функциями центра медико-социальной поддержки беременных являются: оказание медико-психологической помощи женщинам и членам их семей, нуждающихся в медико-социальной поддержке и защите, выявление факторов риска для благополучного завершения беременности, социально-психологическая помощь несовершеннолетним и одиноким беременным, беременным, находящимся в конфликтной ситуации на работе или в семье, предоставление женщинам информации о правах на получение социальных пособий и льгот, связанных с беременностью и рождением ребенка. В центрах медико-социальной поддержки беременных работают психологи, социальные работники, юрист, врач акушер-гинеколог, патронажные акушерки. Выполнение центрами медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, поставленных перед ними задач способствует снижению числа аборт, сохранению репродуктивного здоровья женщин, увеличению числа родившихся детей, предупреждению отказа от новорожденных в акушерских стационарах.

**Результаты и их обсуждение.** Анализ материального положения и жилищных условий юных первородящих показал, что они преимущественно неудовлетворительные: совместно с родителями и другими членами семьи проживают 67,5% юных первородящих; почти половина из них (46,5%) имеют площадь менее 7 м<sup>2</sup> на одного члена семьи, почти каждая третья (32,9%) – менее 5 000 рублей подушевого дохода в месяц.

Среди юных матерей 36,9% не имели полного среднего образования, так как были вынуждены бросить обучение в связи с беременностью и родами; 8,1% – студентки высших учебных заведений; 50,9% – являлись домохозяйками: нигде не работали и не имели никакой специальности.

Анализ сексуальной активности и семейного положения показал, что в юридическом браке проживали 42,5% юных первородящих, причем все зарегистрировали брак после наступления беременности; 18,3% – с постоянным половым партнером без семейных отношений; 16,4% – в гражданском браке; 22,8% – одинокие.

Юных первородящих отличает рискованное сексуально-репродуктивное поведение. Понятно, что все они начали половую жизнь до совершеннолетия, причем каждая третья – до 15 лет. Средний возраст их сексуального дебюта – 15,2 лет. Имели случайные половые связи – 41,9%, в группе 14-15-летних – 66,7%; каждая третья имела незапланированный сексуальный дебют. Всего 4% юных первородящих практиковали безопасные сексуальные отношения.

Исследование вредных привычек юных первородящих показало, что каждая третья имеет никотиновую зависимость, причем треть из них продолжали также курить во время беременности; до беременности 14,9% курили иногда в компании друзей. Почти три четверти (74,8%) были знакомы с алкоголем, более трети (34,7%) употребляли регулярно пиво в компании друзей. На вопрос об употреблении наркотических и психотропных веществ не все женщины отвечали откровенно, однако 4,3% признались, что пробовали наркотики, иногда курят коноплю.

Разумеется, что у юных первородящих беременность является незапланированной, в результате добранного зачатия и чаще всего нежеланной.

Материальное положение и жилищные условия первородящих позднего репродуктивного возраста значительно лучше: совместно с родителями и другими членами семьи проживали 18,5% первородящих женщин позднего репродуктивного возраста; 59,3% из них имели площадь 12 м<sup>2</sup> и более на одного члена семьи, менее 5 000 рублей подушевого дохода в месяц имели 12,3%.

Среди первородящих позднего репродуктивного возраста 61,2% имели высшее образование, 20,2% – среднее специальное образование, 12,7% – являлись домохозяйками. Семейное положение первородящих позднего репродуктивного возраста: в юридическом браке проживали 67,4%; 7,1% – с постоянным половым партнером без семейных отношений; 10,2% – в гражданском браке; 15,3% – одинокие.

Средний возраст сексуального дебюта первородящих позднего репродуктивного возраста – 16,5 лет. Имели случайные половые связи – 37,8% первородящих этой группы.

Исследование вредных привычек возрастных первородящих показало, что 17,5% курили до беременности, 6,2% – имели никотиновую зависимость, 21,0% из них продолжали также курить во время беременности; до беременности иногда в компании друзей курили 7,6%. Никто из изучаемой группы первородящих позднего репродуктивного возраста не злоупотреблял алкоголем. На вопрос об употреблении наркотических и психотропных веществ женщины этой группы отвечали отрицательно.

78,6% первородящих позднего репродуктивного возраста решили забеременеть сознательно, испытывая потребность в реализации материнства, у 21,4% женщин беременность была незапланированной, но желанной.

Уровень соматического и гинекологического здоровья юных первородящих и первородящих позднего репродуктивного возраста достаточно низкий. У юных первородящих были выявлены различные экстрагенитальные заболевания и очаги хронических инфекций, сочетанная соматическая патология. Болезни мочевыделительной системы отмечались у 41,3% женщин, инфекционные и паразитарные заболевания – в 22,7% случаев, в 36,0% – расстройства вегетативной нервной системы, в 19,3% – органов дыхания. Сочетанная экстрагенитальная патология имела место у 40,7% женщин. Воспалительные заболевания половых органов отмечались почти у половины юных первородящих (45,0% случаев), наиболее часто встречались кольпит и вульвовагинит. В 7,8% случаев отмечался генитальный инфантилизм, анатомически узкий таз – практически у каждой пятой (22,3%), нарушение менструального цикла с менархе – почти у каждой десятой юной первородящей (9,0%). Почти у половины юных первородящих (44,7%) выявлены инфекции, передающиеся половым путем, причем у каждой третьей из них – во время диспансеризации по поводу настоящей беременности.

У первородящих позднего репродуктивного возраста по сравнению с женщинами активного репродуктивного возраста увеличивается частота экстрагенитальной патологии: к 30-35 годам они перенесли до 5 и более соматических заболеваний и воспалительных заболеваний половых органов, приобрели 2-3 хронических соматических заболевания: ожирение, артериальную гипертензию, сахарный диабет, снижение функции щитовидной железы и др. Частота соматической патологии в 30-34 года составила 16,9%, в 35-39 лет – 24,8%, в 40 лет и старше – 62,4%. Сочетанная экстрагенитальная патология присутствовала у 52,1% женщин. С возрастом увеличивается частота миомы матки (у 20,0% женщин старше 30 лет и у 63,5% после 40 лет), являющаяся одной из причин невынашивания беременности и кровотечений, связанных с прерыванием беременности, предлежанием и преждевременной отслойкой плаценты, нарушений родовой деятельности.

Среди осложнений беременности у юных первородящих преобладали: гестоз – 81,7% случаев, почти у половины женщин имелась анемия (47,5%), плацентарная недостаточность разной степени тяжести – в 87,3% случаев, заболевания почек во время беременности отмечались почти у каждой третьей юной первородящей (32,3%), причем преобладал гестационный пиелонефрит. У каждой третьей юной первородящей (31,1%) была угроза прерывания беременности. У женщин старшей возрастной группы частыми осложнениями беременности являются невынашивание беременности и гестозы. У первородящих в возрасте до 35 лет невынашивание беременности отмечено в 6,3% случаев, у 35-40-летних – в 7,4%, в 40 лет и старше – в 7,6%. Кроме того, у первородящих позднего репродуктивного возраста повышается частота развития гестационного диабета, артериальной гипертензии, преэклампсии, предлежания плаценты. Гестоз отмечался почти у каждой третьей первородящей позднего репродуктивного возраста (31,6%), у 1,5% женщин наблюдались тяжелые формы – преэклампсия и эклампсия. Также с возрастом увеличивается частота таких осложнений, как нефропатия (25,3%), плацентарная недостаточность (25,6%) и многоводие (14,1%), что можно объяснить ростом экстрагенитальных заболеваний, среди которых заметно выделяются заболевания сердечно-сосудистой системы.

Осложнения в родах достаточно распространены как среди юных первородящих, так и среди первородящих позднего репродуктивного возраста по сравнению с роженицами активного возраста. У юных первородящих незрелость нервной регуляции приводит к невынашиванию беременности и нарушениям родовой деятельности. Преждевременные роды наблюдались у каждой седьмой юной первородящей (13,7%), дородовое и раннее излитие околоплодных вод – у каждой третьей (31,2%). Аномалии сократительной деятельности матки отмечались почти у каждой четвертой юной первородящей (23,6%): дискоординация, первичная и вторичная слабость родовой деятельности. Травматизм в родах наблюдался почти у половины

юных первородящих (44,7%), наиболее часто имели место разрывы шейки матки. Почти каждой шестой юной первородящей (17,1%) проводилось экстренное кесарево сечение в связи с острой гипоксией плода в родах на фоне хронической внутриутробной гипоксии.

Среди первородящих женщин 30 лет и старше осложнения в родах имелись у 60%. В структуре осложнений преобладали: несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, родовой травматизм. Частота несвоевременного излития околоплодных вод в возрасте 30-35 лет составила 31,2%, в 36-40 лет – 45,1%, в возрасте старше 40 лет – 70,2%. Аномалии родовой деятельности у женщин позднего репродуктивного возраста встречались в 10 раз чаще; в 9 раз чаще, чем у женщин активного репродуктивного возраста, производилось кесарево сечение. Экстренное оперативное родоразрешение в старшей возрастной категории проводилось при несвоевременном излитии околоплодных вод, слабости родовой деятельности, отсутствии эффекта от родовозбуждения, дистрессе плода. У женщин до 35 лет чаще встречалась слабость родовой деятельности (7,6%), а с 35 до 40 лет – чрезмерно активная родовая деятельность (9,2%). Острая гипоксия плода в родах, требующая применения экстренного кесарева сечения, у возрастных первородящих наблюдалась в 7 раз чаще, чем у молодых женщин. Первичное и вторичное бесплодие, операции на матке и придатках, тяжелая экстрагенитальная патология являлись показаниями для планового кесарева сечения. Частота патологической кровопотери в родах у женщин старше 35 лет – 9,4%.

Новорожденные дети матерей-подростков отличаются низким уровнем здоровья. Каждый десятый ребенок (10,2%) имел малый вес при рождении (2500 граммов и менее), у каждого пятого (21,1%) наблюдалась задержка внутриутробного развития. В состоянии тяжелой асфиксии родилось 6,2% детей, нарушения мозгового кровообращения отмечались в 22,3% случаев, дыхательные расстройства – у каждого десятого. В 2,2% случаев произошла антенатальная гибель плода, причинами стали врожденные пороки развития и асфиксия.

У 26,6% женщин позднего репродуктивного возраста в связи с нарушением маточно-плацентарного кровообращения из-за возрастных дистрофических изменений в мышцах и сосудах матки доношенные дети родились с низкой массой тела. Частота рождения недоношенных детей у первородящих этой возрастной группы наблюдалась в 3 раза чаще, а гипотрофия и внутриутробное инфицирование плода в 1,5 раза чаще, чем у женщин активного репродуктивного возраста. У новорожденных первородящих позднего репродуктивного возраста в 4 раза чаще наблюдалась перинатальная патология: в основном родовые травмы и заболевания органов дыхания. Частота гипоксически-ишемических поражений ЦНС составила 18,0%. Ранняя неонатальная смертность у первородящих позднего репродуктивного возраста наблюдалась в 5,2% случаев.

Юные первородящие имеют низкую медицинскую активность и невнимательны к своему здоровью: почти каждая вторая впервые обратилась в женскую консультацию в поздние сроки беременности: с 13 по 28 неделю – 46,9%, после 28 недель – 3,1%, своевременно (до 12 недель) – 40,9% женщин. Посетили врача 5 раз и менее 12,1% беременных этой возрастной категории, наблюдались нерегулярно – 3,4%, поступили в родильный дом недообследованными – 18,4%. При осложненном течении беременности 3,2% юных первородящих женщин не лечились, 15,8% – отказывались от госпитализации, 8,1% ни разу не обращались в женскую консультацию, их беременность протекала без медицинского наблюдения.

Беременные позднего репродуктивного возраста более внимательны к своему здоровью, их медицинская активность значительно выше, чем у юных первородящих: своевременно (до 12 недель) в женскую консультацию обратились 87,9% женщин, всего 3,2% при необходимости стационарного лечения отказались от госпитализации, при этом они добросовестно выполняли все назначения врача, 7,5% беременных старшей возрастной группы поступили в родильный дом недообследованными.

**Заключение.** Особенности течения беременности, ее исходы для матери и новорожденного связаны с возрастом первородящих. Юный (до 17 лет 11 месяцев 29 дней) и поздний репродуктивный возраст (30 лет и старше) менее благоприятны для беременности и родов, чем активный репродуктивный (20-29 лет). Изучение состояния здоровья юных и возрастных первородящих показало, что уровень соматического и гинекологического здоровья юных первородящих и первородящих позднего репродуктивного возраста достаточно низкий, были выявлены различные экстрагенитальные заболевания и очаги хронических инфекций, сочетанная соматическая патология, гинекологические заболевания. У юных первородящих женщин наиболее распространены болезни мочевыделительной системы, инфекционные и паразитарные заболевания, расстройства вегетативной нервной системы, органов дыхания. Сочетанная экстрагенитальная патология и воспалительные заболевания половых органов отмечались почти у половины юных первородящих.

У первородящих позднего репродуктивного возраста по сравнению с молодыми женщинами увеличивается частота экстрагенитальной патологии: к 35 годам они перенесли до пяти и более соматических заболеваний и воспалительных заболеваний половых органов, приобрели до трех хронических соматических заболеваний, наиболее распространены сердечно-сосудистые заболевания, болезни мочевыделительной системы, эндокринные нарушения. Сочетанная экстрагенитальная патология присутствовала у половины женщин. С возрастом увеличивалась частота миомы матки.

Беременность и роды в этих возрастных категориях часто протекали с осложнениями. Среди осложнений беременности у юных первородящих преобладали: гестоз, анемия, плацентарная недостаточность, заболевания почек во время беременности, угроза прерывания беременности. У женщин старшей возрастной

группы частыми осложнениями беременности являлись невынашивание беременности и гестозы, причем частота их увеличивалась с возрастом.

Среди осложнений в родах у юных первородящих наблюдались: преждевременные роды, несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалии сократительной деятельности матки, травматизм в родах. Более половины первородящих женщин позднего репродуктивного возраста имели осложнения в родах: несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, частота их увеличивалась с возрастом. Беременным позднего репродуктивного возраста чаще, чем женщинам активного репродуктивного возраста производилось экстренное и плановое кесарево сечение.

Новорожденные первородящих матерей-подростков и первородящих позднего репродуктивного возраста отличаются низким уровнем здоровья. У юных матерей дети чаще имеют малый вес при рождении и задержку внутриутробного развития, чаще рождались в состоянии тяжелой асфиксии, с нарушениями мозгового кровообращения, дыхательными расстройствами, чаще, чем у женщин активного репродуктивного возраста отмечалась антенатальная гибель плода. У четверти женщин позднего репродуктивного возраста чаще, рождались доношенные дети с низкой массой тела, недоношенные дети, с гипотрофией и внутриутробном инфицированием плода, чаще наблюдалась перинатальная патология и ранняя неонатальная смертность.

Юных первородящих отличает низкое материальное благосостояние семьи, отсутствие должного полового воспитания, рискованное сексуально-репродуктивное поведение высокая распространенность вредных привычек. Материальное благосостояние семей первородящих позднего репродуктивного возраста значительно лучше, большинство женщин старших возрастных групп сознательно решили иметь ребенка.

Первородящие юного возраста имеют низкую медицинскую активность и невнимательны к своему здоровью: почти половина женщин впервые обратилась в женскую консультацию в поздние сроки беременности, кроме того, первородящие этой возрастной категории отличались нерегулярностью наблюдения, поступали в родильный дом недообследованными. У значительного числа юных женщин беременность протекала без медицинского наблюдения, т.к. они ни разу не обращались в женскую консультацию. Беременные позднего репродуктивного возраста более внимательны к своему здоровью и их медицинская активность выше, чем у юных первородящих: более 2/3 своевременно (до 12 недель) обратились в женскую консультацию, их в 2,5 раза меньше поступило недообследованными в родильный дом по сравнению с юными первородящими.

Юные первородящие и первородящие позднего репродуктивного возраста относятся к категории беременных высокого перинатального риска и требуют особого внимания во время диспансерного наблюдения и родоразрешения. Оптимизация ведения беременности у первородящих групп высокого перинатального риска должна основываться на более раннем консультативном наблюдении и плановой госпитализации для целенаправленной терапии патологии беременности. Вследствие этого желателен наблюдение и родоразрешение беременных этих возрастных групп в перинатальных центрах, имеющих современную материально-техническую базу и высококвалифицированных специалистов, согласованно работающих со всеми медицинскими учреждениями региона.

Кроме того, юные первородящие и первородящие позднего репродуктивного возраста при необходимости получают медико-социальную помощь во время беременности и после родов в центрах медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Таким образом результаты исследования могут быть использованы для планирования и улучшения организации медицинской помощи беременным групп высокого перинатального риска в регионах. Оптимизация службы охраны здоровья матери и ребенка необходима для создания в регионе координированной системы акушерской и неонатальной помощи, обеспечения целенаправленного финансирования и материально-технического обеспечения акушерско-гинекологических лечебных учреждений, чтобы юным и возрастным беременным и их новорожденным оказывалась более адекватная медицинская помощь.

### Литература

1. Лавлинская Л.И., Ситникова Л.Н. Совершенствование организации акушерско-гинекологической помощи в Воронежской области // Материалы Международной научно-практической конференции «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья». Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. Научно-практический журнал. 2012. №4. С. 88–90.
2. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. С. 34–40.
3. Ушакова Г.А., Николаева Л.Б., Тришкин А.Г. Течение беременности и родов, состояние здоровья потомства у первородящих женщин // Акушерство и гинекология. 2009. № 2. С. 3–5.
4. Щепин О.П. Современная медико-демографическая ситуация в России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2009. № 6. С. 3–8.
5. Павлов О.Г. Беременность и роды в юном возрасте. Актуальные проблемы медицины и фармации: Мат. итог. науч. конф. студентов и молодых ученых. Курск, 1996. С. 146.
6. Агарков Н.М., Павлов О.Г. Медико-социальные проблемы беременности в юном возрасте // Проблемы социальной гигиены и история медицины. 1997. №4. С. 18–21.

7. Павлов О.Г. Сочетанная соматическая патология родителей и репродуктивная функция их дочерей // Вестник новых медицинских технологий. 2011. Т. 18. № 3. С. 248–250.

8. Павлов О.Г., Мартыанов Д.В. Системо-образующие факторы развития ранних послеродовых инфекций // Вестник новых медицинских технологий. 2011. Т. 18. № 1. С. 23–25.

#### References

1. Lavlinskaya LI, Sitnikova LN. Sovershenstvovanie organizatsii akushersko-ginekologicheskoy pomoshchi v Voronezhskoy oblasti. Materialy Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii «Rol' zdravookhraneniya v okhrane obshchestvennogo zdorov'ya». Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya. Nauchno-prakticheskiy zhurnal. 2012;4:88-90. Russian.

2. Ulumbekova GE. Zdravookhranenie Rossii. Chto nado delat': nauchnoe obosnovanie «Strategii razvitiya zdravookhraneniya RF do 2020 goda». Moscow: GEOTAR-Media; 2010. Russian.

3. Ushakova GA, Nikolaeva LB, Trishkin AG. Techenie beremennosti i rodov, sostoyanie zdorov'ya potomstva u pervorodyashchikh zhenshchin. Akusherstvo i ginekologiya. 2009;2:3-5. Russian.

4. Shchepin OP. Sovremennaya mediko-demograficheskaya situatsiya v Rossii. Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny. 2009;6:3-8. Russian.

5. Pavlov OG. Beremennost' i rody v yunom vozraste. Aktual'nye problemy meditsiny i farmatsii: Mat. itog.nauch.konf. studentov i molodykh uchenykh. Kursk; 1996. Russian.

6. Agarkov NM, Pavlov OG. Mediko-sotsial'nye problemy beremennosti v yunom vozraste. Problemy sotsial'noy gigieny i istoriya meditsiny. 1997;4:18-21. Russian.

7. Pavlov OG. Sochetannaya somaticheskaya patologiya roditeley i reproduktivnaya funktsiya ikh docherey [Combined parents' somatic pathology and their daughters' reproductive function]. Vestnik novykh meditsinskih tekhnologiy. 2011;18(3):248-50. Russian.

8. Pavlov OG, Mart'yanov DV. Sistemo-obrazuyushchie faktory razvitiya rannikh poslerodovykh infektsiy [Systemic factors of female infections in early post delivery periods]. Vestnik novykh meditsinskih tekhnologiy. 2011;18(1):23-5. Russian.