Актуальность.

В связи с резко обострившейся в последние десятилетия проблемой не только количественного, но и качественного воспроизводства населения России, здоровье девочек, вступающих в репродуктивную фазу своего развития, приобретает решающее значение (Федеральная Целевая Программа “Дети России”, 2010). В связи с осложненной демографической ситуацией в России, внимание к подросткам возросло еще и потому, что в последние десятилетия в большинстве стран наблюдается процесс акселерации и, несмотря на общее снижение рождаемости среди женщин детородного возраста, число родов у юных женщин во всем мире постоянно растет, и ежегодно в мире происходит около 7,5 миллионов родов у подростков (Фонд ООН в области народонаселения, 2013). Хорошо известно, что ранняя беременность сопряжена с повышенным риском для матери и новорожденного, обусловленным, в первую очередь, функциональной незрелостью механизмов адаптации к беременности у юных матерей и хроническим дистрессом, сопровождающим беременность у подростков, в связи с существующим до сих пор в социуме, в том числе и среди медицинского сообщества, крайне негативным отношением к ранней беременности, бесперспективностью добрачных связей юных женщин, социальной и семейной неустроенностью (Чечулина О.В., 2007).

Исследованию различных сторон беременности в юном возрасте посвящено большое количество работ, как в нашей стране, так и за рубежом (Шарапова О.В., 2003; Стрижаков А.Н., 2004; Баранов А.А.,2011; Collins H., 2012; Aalsma M.C., 2013). Многочисленные работы посвящены также исследованиям медико-социального и организационного характера данной проблемы (Дудниченко Т.А., 2004; Молчанова С.Ю., 2005). Однако до настоящего времени остается актуальным разработка принципов оказания комплексной медицинской и медико - социальной помощи несовершеннолетним беременным женщинам, решившим сохранить ребенка, позволяющих снизить частоту и тяжесть осложнений беременности и родов у несовершеннолетних.

Качество медицинской, а тем более, психологической и социальной помощи беременным подросткам в учреждениях первичного звена зачастую оставляет желать лучшего, так как у специалистов отсутствует фундаментальная подготовка по вопросам физиологии и патологии подросткового возраста (Кротин П.Н., 1998), а удовлетворенность несовершеннолетних пациентов работой врача, ведущего их беременность, составляет, по данным литературы, лишь около 50% (Шарова М.Л, 2012).

В условиях демографического кризиса, несовершеннолетние беременные, желающие сохранить даже незапланированную беременность, при должной помощи со стороны государства и общества могут сыграть определенную роль. И в настоящее время становится очевидным, что разрозненные и многочисленные службы охраны материнства и детства просто не в состоянии осуществлять комплексный подход к ведению беременности и родов у такой сложной, легкомысленно относящейся к своему здоровью и не доверяющей медикам категории пациентов, как несовершеннолетние.

Без сомнения реализация репродуктивной функции в подростковом периоде является нежелательным для государства фактом, который имеет выраженный негативный компонент, как в плане физического здоровья девочек, так и в плане их психического и социального баланса. Решение этой проблемы как мировоззренческой и нравственной воспитательной категории должно стать одной из основных целей государства, однако это проблема не одного поколения и, в настоящий момент необходимо решать в этой области вопросы медицинские и медико-социальные как факт сложившегося образа жизни нашего общества. Все вышесказанное и послужило основанием для данного исследования.

Цель работы: На основании изучения клинического течения беременности и родов, научно обосновать принципы оказания комплексной медицинской помощи

несовершеннолетним беременным женщинам, решившим сохранить ребенка в условиях мегаполиса, позволяющие улучшить исходы беременности у несовершеннолетних.

Задачи исследования:

1. Определить комплекс медико-социальных факторов, характеризующих условия и образ жизни несовершеннолетних беременных женщин, решивших сохранить ребенка в условиях мегаполиса (на примере Санкт-Петербурга);
2. Оценить состояние соматического и репродуктивного здоровья, особенности течения беременности, родов и послеродового периода у несовершеннолетних женщин мегаполиса, беременность у которых закончилась родами;
3. Провести сравнительный анализ особенностей течения беременности и родов у несовершеннолетних и здоровых женщин среднего репродуктивного возраста;
4. Провести сравнительный анализ состояния соматического и репродуктивного здоровья, особенностей течения беременности и родов у несовершеннолетних, в зависимости от их возраста;
5. Проанализировать существующую систему оказания комплексной медицинской помощи несовершеннолетним в период беременности, родов и в послеродовом периоде;
6. Выявить типичные проблемы при оказании медицинской помощи беременным несовершеннолетним женщинам, решившим сохранить беременность, от момента постановки на учет по беременности и заканчивая родами и поздним послеродовым периодом;
7. Разработать и внедрить на базе акушерского стационара 2-ой группы оптимизированную структуру организации специализированного Центра для беременных несовершеннолетних, осуществляющего комплексную медицинскую и медико-социальную помощь несовершеннолетним женщинам, решившим сохранить беременность, от момента постановки на учет по беременности и заканчивая родами и поздним послеродовым периодом;
8. Провести сравнительный анализ частоты и тяжести осложнений беременности и родов у несовершеннолетних, наблюдавшихся при беременности и родоразрешенных в специализированном Центре для беременных несовершеннолетних и вне его.

Научная новизна и теоретическая значимость работы состоит в том, что:

Впервые на столь большом клиническом материале получены новые данные о состоянии соматического и репродуктивного здоровья, особенностях течения беременности и родов у современных несовершеннолетних беременных, решивших сохранить ребенка в мегаполисе.

Впервые на столь большом клиническом материале получены новые данные касательно медико-социальных характеристик современных несовершеннолетних беременных, решивших сохранить ребенка в мегаполисе.

Получены новые научные данные, касательно особенностей течения беременности и родов у несовершеннолетних, по сравнению с женщинами среднего репродуктивного возраста.

Получены новые данные, касательно состояния соматического и репродуктивного здоровья, особенностей течения беременности и родов у несовершеннолетних, в зависимости от их возраста.

Впервые проанализирована существующая в мегаполисе система организации оказания медицинской и медико-социальной помощи несовершеннолетним женщинам, решившим сохранить ребенка, от момента постановки на учет по беременности и заканчивая родами и поздним послеродовым периодом (на примере Санкт-Петербурга).

Впервые выявлены типичные проблемы при оказании медицинской и медико-социальной помощи беременным несовершеннолетним женщинам, решившим сохранить ребенка, от момента постановки на учет по беременности и заканчивая родами и поздним послеродовым периодом;

Впервые научно обоснована возможность создания и организационная структура специализированного Центра для беременных несовершеннолетних на базе акушерского учреждения 2-й группы, оказывающего комплексную медицинскую и медико-социальную помощь несовершеннолетним женщинам, решившим сохранить беременность, от момента постановки на учет по беременности и заканчивая родами и поздним послеродовым периодом.

Впервые доказано достоверное уменьшение частоты и степени тяжести осложнений беременности и родов, а также улучшение социальных исходов, у несовершеннолетних беременных женщин, наблюдавшихся во время беременности и родивших в специализированном Центре для беременных несовершеннолетних, по сравнению с несовершеннолетними, наблюдавшимися во время беременности и родоразрешенными вне подобного центра.

Практическая значимость работы состоит в том, что:

Полученные новые данные о состоянии соматического и репродуктивного здоровья, особенностях течения беременности и родов, в том числе, в зависимости от возраста родов, у современных несовершеннолетних беременных могут быть использованы при ведении несовершеннолетних беременных в условиях женских консультаций и родильных домов.

Полученные новые данные касательно социальных характеристик несовершеннолетних беременных, решивших сохранить ребенка в мегаполисе, могут быть использованы при консультировании несовершеннолетних беременных в рамках планирования семьи и профилактики отказов от новорожденного.

По результатам исследования разработана и внедрена на базе акушерского учреждения 2-й группы организационная структура специализированного Центра для беременных несовершеннолетних, оказывающего комплексную медицинскую и медико-социальную помощь несовершеннолетним женщинам, решившим сохранить беременность, от момента постановки на учет по беременности и заканчивая родами и поздним послеродовым периодом, с целью улучшения качества оказания им медицинской помощи на разных этапах течения беременности, родов и послеродового периода в условиях мегаполиса.

По результатам исследования разработаны и внедрены в работу городских ЛПУ рекомендации Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга по направлению всех несовершеннолетних беременных Санкт-Петербурга в Центр по ведению беременности и родов у несовершеннолетних на базе СПбГБУЗ “Родильный дом №10” для постановки на учет в Программу “Маленькая мама” и последующего родоразрешения.

Всего в исследование были включены 534 несовершеннолетние беременные женщины, беременность у которых закончилась родами.

При проведении сравнительной оценки различных клинических и медико-социальных параметров между группами пациенток, использовались следующие **принципы разделения пациенток на группы:**

A. Несовершеннолетние беременные (родильницы) (483 пациентки 13-17 лет) сравнивались с беременными (родильницами) среднего репродуктивного возраста (55 пациенток).

B. Несовершеннолетние беременные (родильницы) 13-15 лет (49 пациенток) сравнивались с несовершеннолетними беременными (родильницами) 16-17 лет (434 пациентки).

C. Несовершеннолетние беременные, родившие в СПбГБУЗ “Родильный дом №10” до создания в нем Центра по ведению беременности и родов у несовершеннолетних “Маленькая Мама” (доступные анализу 55 пациенток за 2010-2011гг.) сравнивались с несовершеннолетними беременными, родившими в СПбГБУЗ “Родильный дом №10” после создания такого Центра (144 пациентки за 2012-2014гг.).

D. Несовершеннолетние беременные, родившие в СПбГБУЗ “Родильный дом №10” до создания в нем Центра по ведению беременности и родов у несовершеннолетних “Маленькая

Мама" (доступные анализу 55 пациенток за 2010-2011гг.) сравнивались с несовершеннолетними беременными, наблюдавшимися в Центре с ранних сроков беременности и родившими в нем (102 пациентки за 2012-2014гг.).

Е. Несовершеннолетние беременные, родившие в городской сети ЛПУ (доступная анализу 51 пациентка за 2013-2014гг.) сравнивались с несовершеннолетними, родившими в Центре по ведению беременности и родов у несовершеннолетних "Маленькая Мама" (144 пациентка за 2012-2014гг.), а также с наблюдавшимися в Центре с ранних сроков беременности и родившими в нем (102 пациентки за 2012-2014гг.).

Методы исследования составили:

Общеклиническое обследование

Клинико-лабораторное обследование

Ультразвуковая фетометрия и показатели гемодинамики в системе мать-плацента-плод

Анализ медицинской документации (форма №096/у, форма №111-у, форма №010/у)

Анализ специальных анкет

Математические методы анализа

По данным Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, в течение десяти лет с 2004 по 2013 год в городе произошли роды у 2907 несовершеннолетних женщин. В СПбГБУЗ "Родильный дом №10" за это время произошли роды у 493 беременных несовершеннолетних, что составляет 17,0% от общего числа родов у несовершеннолетних в Санкт-Петербурге. Распределение числа родов по годам в СПбГБУЗ "Родильный дом №10" и в городе представлено на рисунке. На первом этапе нашей работы мы проанализировали медико-социальные характеристики, соматический и репродуктивный статус и особенности течения беременности и родов у 483 пациенток, доступных для анализа.

Год	Количество родов у несовершеннолетних в Санкт-Петербурге	Количество родов у несовершеннолетних в СПбГБУЗ "Родильный дом №10"
2004	451	67 (14,9%)
2005	475	62 (13,1%)
2006	380	54 (14,2%)
2007	297	45 (15,2%)
2008	278	58 (20,9%)
2009	222	58 (26,1%)
2010	227	39 (17,2%)
2011	199	20 (10,1%)
2012	179	48 (26,8%)
2013	199	42 (21,1%)

Средний возраст пациенток составил 16,5±0,8 лет. В исследование были включены 2 беременные 13 лет, 11 беременных 14 лет, 36 – 15 лет, 150 – 16 лет и 284 17-ти летних беременных. Беременность была первой у 456 пациенток (94,4%), у 23 (4,8%) – беременность была второй, а у 4 (0,8%) – третьей.

Год	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Всего родов	67	62	54	45	58	58	39	20	48	42
13 лет	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
14 лет	0	0	1	2	1	4	2	1	0	2
15 лет	9	4	2	4	2	4	4	0	2	4
16 лет	17	19	13	24	21	18	9	8	13	11

17 лет	41	39	37	15	34	32	24	11	13	25

На первом этапе мы проанализировали социальные характеристики родивших подростков. 44,5% нигде не работали и не учились после окончания 9 классов. Подавляющее большинство (более 90%) предпочитает друзей мужского пола старше них самих. Курили до беременности более 60%, продолжают это делать во время беременности около 30% несовершеннолетних женщин. 59,7% родивших несовершеннолетних воспитывались в неполной семье. В родительской семье, как правило, больше одного ребенка (иногда от разных отцов). Обращает на себя внимание также очень короткий промежуток (менее года) между моментом, когда девушка впервые задумалась о сексе и реальным началом половой жизни, то есть реализация потребностей наступает сразу. Также менее года проходит, как правило, от момента начала половой жизни, до первой беременности. Более 40% родивших подростков вообще не знают никаких способов контрацепции. Обращает на себя внимание, что возраст отца ребенка почти всегда больше (иногда существенно), чем у девушки. Средний возраст беременных, заполнявших анкеты, составил 16,3±1,3 лет, а отца ребенка – 20,3±1,9 лет. Нынешний молодой человек является отцом ребенка только у 67,7% беременных несовершеннолетних.

На рисунке представлена структура соматической патологии несовершеннолетних беременных женщин.

Нозология	**Частота, %**
Заболевания сердечно-сосудистой системы	49 (10,1%)
Заболевания мочевыделительной системы:	221 (45,8%)
-хронический пиелонефрит	90 (18,6%)
-гестационный пиелонефрит	128(26,5%)
Заболевания органов пищеварения	46 (9,5%)
Заболевания ЛОР органов	21 (4,3%)
Заболевания нервной системы	8 (1,7%)
Заболевания опорно-двигательного аппарата	8 (1,7%)
Заболевания кожи	16 (3,3%)
Заболевания органов зрения	25 (5,2%)
Заболевания эндокринной системы:	8 (1,7%)
-диффузный нетоксический зоб	8 (1,7%)
Инфекционные заболевания	9 (1,9%)
Хирургические заболевания	6 (1,2%)

По нашим данным только менее одной четверти несовершеннолетних пациенток были соматически здоровы. Чаще всего у несовершеннолетних беременных женщин отмечались заболевания органов мочевыводящей системы (обострение хронического пиелонефрита или пиелонефрит беременных встречались почти у каждой второй пациентки). Заболевания сердечно- сосудистой системы, органов пищеварения, а также других органов и систем встречались гораздо реже. Обращала на себя внимание высокая частота первичного выявления инфекций, передаваемых половых путем (около 33%), причем, следует сделать акцент на нередком сочетании двух, трех, а то и четырех инфекций, а также встречаемости таких серьезных половых инфекций, как сифилис и гонорея, а также гепатитов В и С. Следует также отметить встречаемость таких социально значимых инфекций как чесотка, гельминтозы, туберкулез в анамнезе.

В нашем исследовании среди осложнений беременности наиболее часто встречался гестоз (у каждой 3), угроза прерывания беременности (около 30%) и анемия беременных (больше 30%). Клинические признаки хронической плацентарной недостаточности,

гипотрофии плода, были отмечены нами только у около 7% беременных, что расходится с данными литературы, указывающими на значительно большую частоту гипотрофии плода у несовершеннолетних беременных женщин (около 40%). По данным гистологического исследования последов признаки хронической плацентарной недостаточности у несовершеннолетних родильниц встречались также реже (около 42%), чем по данным литературы (около 85%).

На следующем рисунке представлены наиболее характерные осложнения в родах у несовершеннолетних.

Патология	Частота, %
Несвоевременное излитие околоплодных вод:	214 (44,3%)
Амниотомия в родах	56 (11,6%)
Родовозбуждение	34 (7,0%)
Слабость родовой деятельности	33 (6,8%)
Родостимуляция	25 (5,2%)
Начавшаяся гипоксия плода	46 (9,5%)
Перинеотомия	216 (44,7%)
Разрывы шейки матки 1 степени	20 (4,1%)
2 степени	5 (1,0%)
Разрывы влагалища	10 (2,1%)
Кровотечение	11 (2,3%)
Хориоамнионит в родах	8 (1,7%)
Задержка частей последа	9 (1,9%)
Наложение акушерских щипцов	5 (1,0%)
Вакуум-экстракция плода	3 (0,6%)
Быстрые и стремительные роды	49 (10,1%)

Наиболее характерными осложнениями, по нашим данным, в родах у несовершеннолетних явились несвоевременное излитие околоплодных вод (около 45%), начавшаяся гипоксия плода (около 10%), быстрые и стремительные роды (более 10%) и другие аномалии сократительной деятельности матки (около 7%), что, в целом, согласуется с данными литературы, указывающими на более высокую, чем в популяции, частоту осложнений в родах у юных беременных. Обращает на себя внимание высокая частота перинеотомий (около 45%), основными показаниями к которой был угрожающий разрыв промежности, а также укорочение 2 периода родов при начавшейся гипоксии плода.

Следующим этапом нашей работы стало сравнение клинических характеристик, особенностей течения беременности и родов у несовершеннолетних и беременных женщин среднего репродуктивного возраста.

Параметр	Несовершеннолетние	Средний возраст	p
Количество	483	55	
Средний возраст	16,5±0,8	29,0±0,8	p<0,001
Менархе, лет	12,5±1,2	13,2±1,6	p<0,01
Половая жизнь, лет	14,7±1,2	18,0±1,4	p<0,01
На учете в ЖК, нед	16,6±7,2	14,0±6,8	p<0,01
ОПВ, кг	13,3±5,0	10,8±2,7	p<0,001
Патологическая прибавка веса	96 (30,4%)	8 (14,5%)	p<0,05
Гемоглобин, г/л	114,4±8,9	120,3±7,7	p<0,05

Гиперкоагуляция	10 (12,3%)	1 (1,8%)	p<0,05
Срок родов, недель	38,7±2,3	38,6±1,2	
ОПР, часов	8,8±2,7	7,4±2,8	p<0,01
Безводный период	8,7±2,7	5,3±3,9	p<0,01
Кровопотеря в родах через ЕРП, мл	223,6±64,0	361,6±35,5	p<0,01
Масса ребенка, грамм	3284,7±552,4	3304,4±361,7	
Рост ребенка, см	50,4±2,9	50,6±2,3	
Средний койко-день	6,0±1,6	6,9±2,5	p<0,01

Средний срок беременности на момент постановки на учет в женскую консультацию для беременных несовершеннолетних (16,6±7,2недель) был достоверно более поздним, чем срок постановки на учет для беременных среднего возраста (14,0±6,8 недель). Поздняя постановка на учет в районных женских консультациях (а по нашим данным, более 70% беременных встали на учет во 2-3 триместрах), безусловно, способствует позднему выявлению и невозможности своевременной профилактики осложнений беременности.

Средний возраст менархе и начала половой жизни был достоверно меньше у несовершеннолетних пациенток, по сравнению с женщинами среднего репродуктивного возраста. Достоверно большей у них была средняя прибавка массы тела за беременность и частота патологической прибавки массы тела. Среднее значение гемоглобина в группе беременных среднего возраста было достоверно выше, чем в группе несовершеннолетних. Гиперкоагуляция была также достоверно чаще отмечена в группе несовершеннолетних женщин. Средняя продолжительность родов и длительность безводного периода в группе несовершеннолетних женщин была достоверно дольше, чем в группе женщин среднего возраста.

Патология	**Несовершеннолетние**	**Средний возраст**	**p**
Несвоевременное излитие околоплодных вод	214 (44,3%)	17 (30,9%)	p<0,05
Амниотомия в родах	56 (11,6%)	2 (3,6%)	p<0,05
Слабость родовой деятельности	33 (6,8%)	4 (7,3%)	
Начавшаяся гипоксия плода	46 (9,5%)	5 (9,1%)	
Перинеотомия	216 (44,7%)	11 (21,8%)	p<0,05
Разрывы шейки матки 1 степени	20 (4,1%)	2 (3,6%)	
2 степени	5 (1,0%)	0	
Разрывы влагалища	10 (2,1%)	1 (1,8%)	
Кровотечение	11 (2,3%)	1 (1,8%)	
Хориоамнионит в родах	8 (1,7%)	0	
Задержка частей последа	9 (1,9%)	0	
Акушерские щипцы	5 (1,0%)	0	
Вакуум-экстракция плода	3 (0,6%)	0	

Достоверно чаще, чем в родах у женщин среднего возраста, по нашим данным, в родах у несовершеннолетних женщин происходило несвоевременное излитие околоплодных вод. Обращает на себя внимание достоверно более высокая частота перинеотомий в группе у несовершеннолетних. Достоверных различий в частоте возникновения слабости родовой деятельности, послеродовых кровотечений, а также в частоте материнского травматизма между несовершеннолетними родильницами и родильницами среднего возраста нами обнаружено не было. Достоверных различий в частоте рождения детей в состоянии асфиксии

между несовершеннолетними родильницами и родильницами среднего возраста нами также обнаружено не было.

На следующем этапе, наши пациентки были разделены на две группы, в зависимости от возраста на момент родов. Первую группу составили 49 (10,1%) пациенток, возраст которых на момент родоразрешения составлял 13-15 лет, вторую группу – 434 (89,9%) несовершеннолетние женщины, возраст которых на момент родоразрешения составлял 16-17 лет. Основные клинические характеристики несовершеннолетних пациенток в зависимости от возраста родов представлены на рисунке.

Параметр	13-15 лет	16-17 лет	p
Количество	49	434	
Средний возраст, лет	14,7±0,5	16,6±0,5	
Менархе, лет	11,6±1,2	12,6±1,1	p<0,001
Половая жизнь, лет	13,5±1,0	14,8±1,1	p<0,001
На учете в ЖК, нед	22,4±7,5	15,8±6,9	p<0,001
Вес в срок родов, кг	69,3±13,4	69,2±10,9	
ОПВ, кг	13,9±4,6	13,1±5,2	
Патологическая прибавка в весе, %	6 (20,0%)	90 (33,8%)	p<0,01
Артериальная гипертензия, %	1 (2,0%)	14 (5,3%)	p<0,01
Гемоглобин, г/л	114,2±10,9	114,3±14,4	
Общий белок, г/л	63,4±6,6	66,6±6,7	
ПТИ, %	101,7±39,1	103,7±17,8	
Фибриноген, г/л	4,5±2,1	4,2±0,8	
Многоводие	4 (8,2%)	11 (2,5%)	p<0,01
Срок родов, недель	38,1±2,0	38,8±2,3	
ОПР, часов	8,4±2,0	8,8±2,8	
Безводный период, часов	4,8±3,4	6,3±2,6	p<0,01
Кровопотеря в родах через ЕРП, мл	212,8±35,8	239,8±86,8	p<0,001
Масса новорожденного, грамм	3348,8±550,7	3284,4±534,1	
Рост новорожденного, см	50,49±2,7	50,4±2,9	
Средний койко-день	6,7±2,0	5,9±1,6	p<0,01

Средний возраст менархе и возраст начала половой жизни у пациенток младшей возрастной группы был достоверно ниже, чем у пациенток старшей группы. На учете в женской консультации не состояли достоверно больше беременных младшей группы (2 (6,7%), чем беременных старшей группы (7 (1,6%).

Средний срок беременности на момент постановки на учет был достоверно больше в младшей группе, по сравнению со старшей.

В структуре соматической патологии у несовершеннолетних беременных женщин обеих возрастных групп преобладали заболевания мочевыделительной системы (причем обострения хронического пиелонефрита при беременности или гестационный пиелонефрит достоверно чаще встречались в старшей возрастной группе). По частоте встречаемости других соматических заболеваний достоверных отличий получено не было.

Достоверной разницы по заболеваемости половыми инфекциями обнаружено не было. В то же время, такие серьезные заболевания, как гонорея и сифилис были обнаружены только в старшей возрастной группе. Гепатиты В и С также встречались только в старшей возрастной группе. Ожирением до беременности страдали достоверно меньше пациенток младшей группы (2 (4,1%), чем старшей возрастной группы (47 (17,7%). Достоверной разницы в частоте встречаемости таких осложнений беременности, как гестоз и угроза прерывания беременности и анемия беременных в группах по возрастам не было. Патологическая прибавка массы тела была выявлена достоверно реже у пациенток младшей группы (6 (20,0%), чем в старшей (90 (33,8%). Артериальная гипертензия также была

выявлена достоверно реже у пациенток младшей группы (1 (2,0%), чем в старшей (14 (5,3%). Хотя достоверных отличий в частоте встречаемости связанной с гестозом протеинурии в группах по возрастам не было, количество белка в моче больше 1 грамма достоверно чаще встречалось у пациенток младшей группы (2 (6,7%), чем у пациенток старшей группы (2 (0,8%). По данным УЗИ многоводие отмечено достоверно чаще у пациенток младшей группы (4 (8,2%), чем у пациенток старшей группы (11 (2,5%). По данным гистологического исследования последа признаки острого инфекционного процесса наблюдались в младшей возрастной группе в 8 раз чаще, чем в старшей (11 (40,7%) против 12 (4,9%), хронического же, напротив – в старшей группе в 9 раз чаще, чем в младшей (84 (34,1%) против 1(3,7%).

Средняя кровопотеря в родах через естественные родовые пути в младшей возрастной группе, была достоверно меньше, чем в старшей возрастной группе. Средний койко-день в младшей возрастной группе был достоверно больше, чем в старшей группе.

	13-15	16-17	p
Патология	Частота, %	Частота, %	
Преждевременное излитие околоплодных вод	1 (2,0%)	74 (17,1%)	P<0,01
Родовозбуждение	2 (4,1%)	32 (7,4%)	
Слабость родовой деятельности	2 (4,1%)	31 (7,1%)	
Начавшаяся гипоксия плода	3 (6,1%)	43 (9,9%)	
Угрожающий разрыв промежности	11 (22,4%)	48 (11,1%)	P<0,05
Перинеотомия	30 (61,2%)	186 (42, 9%)	P<0,05
Разрывы шейки матки 1 степени	4 (8,2%)	16 (3,7%)	
2 степени	0	5 (1%)	
Разрывы влагалища	0	10 (2,1%)	
Кровотечение	0	11 (2,5%)	
Хориоамнионит в родах	0	8 (1,7%)	
Задержка частей последа	0	9 (1,9%)	
Акушерские щипцы	0	5 (1,0%)	
Вакуум-экстракция плода	0	3 (0,6%)	
Быстрые и стремительные роды	0	49 (11,3%)	

Преждевременное излитие околоплодных вод в младшей группе встречалось достоверно реже, чем в старшей возрастной группе. Безводный период был достоверно дольше в старшей возрастной группе. Угрожающий разрыв промежности встречался в младшей группе достоверно чаще, чем в старшей группе. Перинеотомия, соответственно, была выполнена достоверно чаще в младшей группе (61,2%), чем в старшей (42,9%). Кефалогематома была выявлена у 3 (6%) новорожденных только в младшей группе. Две (0,5%) 17-летние несовершеннолетние родильницы отказались от ребенка и самовольно покинули роддом. В младшей возрастной группе отказов от ребенка не было.

На следующем этапе нашей работы мы проанализировали состояние медицинской помощи несовершеннолетним, решившим сохранить ребенка, в таком мегаполисе, как Санкт-Петербург. В Санкт-Петербурге система оказания комплексной медицинской и медико-социальной помощи несовершеннолетним беременным женщинам, решившим сохранить ребенка, находится в стадии формирования. Первым этапом этой службы являются врачи и психологи школ и средних профессиональных училищ (колледжей). Вторым этапом являются акушеры-гинекологи и психологи районных молодежных консультаций и женских консультаций города, куда направляются подростки из организованных коллективов, а также приходят “самотеком”. Третий этап - городской консультативно-диагностический центр репродуктивного здоровья подростков “Ювента”. По нашим данным, более 90% беременных несовершеннолетних, решивших сохранить ребенка знают, что такой Центр для подростков в Санкт-Петербурге существует, а около 30%

обращались в него по той или иной причине как до настоящей беременности, так и во время нее. Четвертый этап представлен гинекологическими отделениями детских и взрослых больниц, родильными домами города. Из приведенной выше структуры оказания медико-социальной помощи несовершеннолетним беременным женщинам, решившим сохранить ребенка следует, что среди лечебно-профилактических учреждений города отсутствуют структуры, непосредственно специализирующиеся на оказании медико-социальной помощи несовершеннолетним в период беременности (особенно на больших сроках беременности), родов и в послеродовом периоде.

В соответствии с распоряжением Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга от 26.12.2012 года мощность коечного фонда СПбГБУЗ “Родильный дом №10” составляет 210 коек. На рисунке представлен профиль и мощность отделений родильного дома №10, из которых следует, что для несовершеннолетних пациенток выделено по 15 коек на отделениях патологии беременности и на послеродовых отделениях.

Всего	**210 коек**
I Акушерское отделение патологии беременности	**45 коек**
- для несовершеннолетних беременных	**10 коек**
II Акушерское отделение патологии беременности	**25 коек**
- для несовершеннолетних беременных	**5 коек**
I Акушерское физиологическое отделение	**50 коек**
- для несовершеннолетних родильниц	**10 коек**
II Акушерское отделение патологии	**40 коек**
- для несовершеннолетних родильниц	**5 коек**
Амбулаторно-консультативное отделение	

СПбГБУЗ “Родильный дом №10” является динамически развивающимся учреждением второй группы, обладающим значительными мощностями и высококвалифицированными кадрами. Родильный дом занимается ведением родов у несовершеннолетних, начиная с 1998 года. Расширенная Программа комплексной медицинской, медико-социальной, психологической и юридической помощи "Ведение беременности и родов у несовершеннолетних женщин" существует на базе СПБГБУЗ Родильный дом № 10" с 2012 года. Суть созданной Программы состоит в следующем. Несовершеннолетняя беременная (возраст до 18 лет), имеющая полис ОМС, может на любом сроке беременности обратиться в амбулаторно-поликлиническое отделение роддома № 10 (или встать на учет/перевестись в ЖК №26). Врач женской консультации, в которой несовершеннолетняя беременная состоит на учете, также может обратиться по телефону в амбулаторно-поликлиническое отделение роддома № 10 с просьбой записать несовершеннолетнюю беременную на первичный прием к ведущему специалисту родильного дома. Участие в Программе "Ведение беременности и родов у несовершеннолетних женщин" не заменяет ведение несовершеннолетней беременной в женской консультации, а дополняет его по желанию женщины. Все консультации, госпитализации на отделения, занятия в Центре подготовки к родам проводятся для несовершеннолетних беременных бесплатно для нее. После 20 недель беременности несовершеннолетняя беременная записывается своим лечащим врачом родильного дома № 10 на занятия в Центр Подготовки к родам. Также в обязательном порядке несовершеннолетняя беременная записывается своим лечащим врачом на первичную консультацию к психологу. На все приемы акушера-гинеколога и психолога несовершеннолетняя беременная по желанию может приходить с родителями или официальными представителями или же со своим молодым человеком (отцом ребенка). Особую роль в ведении беременности у несовершеннолетних в амбулаторно-поликлиническом отделении играет Центр Подготовки к родам, где помимо занятий лечебной физкультурой для беременных, несовершеннолетним читаются лекции по акушерству, девочки учатся ухаживать за новорожденными, отдельные занятия проводят

психолог, юрист и социальный работник. При необходимости, врач акушер-гинеколог направляет несовершеннолетнюю беременную на госпитализацию в отделение патологии беременности родильного дома. С целью подготовки к родам и родоразрешения при доношенном сроке (около 38 недель) беременности лечащий врач акушер-гинеколог заранее направляет всех несовершеннолетних беременных на отделение патологии беременности. Госпитализация осуществляется в двухместные палаты “Маленькая мама”. Роды у несовершеннолетних женщин осуществляются в родильном отделении в одноместном родильном зале “Маленькая мама”. По желанию несовершеннолетней женщины роды ведутся в присутствии ее близкого человека. При выписке несовершеннолетней маме предлагается посетить консультацию врача акушера-гинеколога, неонатолога, психолога в течение 1 месяца после выписки и сделать УЗИ.

Для совершенствования работы с беременными несовершеннолетними и улучшения качества оказания им комплексной медицинской и медико-социальной помощи разработаны следующие направления работы.

1.Разработка маршрутов движения несовершеннолетних беременных женщин внутри специализированного Центра по ведению беременности и родов у несовершеннолетних. Разработка мероприятий по информированию населения о деятельности специализированного Центра.

Условно мы выделяем три маршрута: длинный (когда пациентка наблюдается у нас с ранних сроков беременности и заканчивает родами и послеродовым периодом), средний (при котором пациентка впервые обращается к нам на доношенном сроке уже в отделение патологии беременности) и короткий (при котором пациентка приезжает только непосредственно в родах). Приоритетным для нас является длинный маршрут.

2. Разработка специализированных программ по ведению беременности у несовершеннолетних в амбулаторных условиях. Нами разработаны специальные программы ведения беременности у несовершеннолетних, наполнение которых медицинскими услугами согласуется с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. N 572н “Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология” и зависит от того, на каком сроке беременная обратилась в амбулаторно-поликлиническое отделение, от ее возраста, состояния соматического и репродуктивного здоровья, а также особенностей течения беременности. Разработаны варианты базовых, стандартных и расширенных программ для несовершеннолетних по триместрам.

3. Определение, в дополнение к уже существующим подразделениям и должностным ставкам, дополнительного кадрового состава для осуществления комплексной медицинской, медико-социальной, психологической и реабилитационной помощи несовершеннолетним беременным женщинам. Целесообразным считаем участие следующих дополнительных специалистов:

А.Юрист и социальный работник, консультирующий несовершеннолетних беременных касательно их прав вообще и родительских прав, в частности, а также разъясняющий возможность получения различных социальных льгот и гарантий. В Центре для несовершеннолетних на базе СПБГБУЗ “Родильный дом № 10” консультирует штатный юрист родильного дома.

Б.Семейный психолог. Для осуществления психологической помощи в штате Центра для несовершеннолетних должен быть клинический психолог, имеющий опыт работы с подростками, беременными женщинами и опыт психологического консультирования по вопросам семьи.

В.Для осуществления физической реабилитации несовершеннолетних беременных женщин в штате работают два врача акушера-гинеколога, имеющие дополнительный сертификат врача-специалиста по спортивной медицине (восстановительной медицине), владеющие навыками организации лечебной физкультуры для беременных женщин, а также инструктор

по лечебной физкультуре, имеющий непосредственный опыт проведения занятий лечебной физкультурой с беременными женщинами;

Г. Врач-физиотерапевт в послеродовом или послеоперационном периоде осуществляет воздействие на организм молодой матери физических методов лечения, позволяющее быстрее восстановиться после беременности и родов.

4. Определение потребности в дополнительной материально-технической базе, необходимой для полноценного функционирования специализированного Центра по ведению беременности и родов у несовершеннолетних. Кроме подразделений стационара, в Программе по ведению беременности и родов у несовершеннолетних широко используются стационар - замещающие технологии - палата дневного стационара, рассчитанная на пять коек, где получают лечение несовершеннолетние беременные, не нуждающиеся в круглосуточном наблюдении. Также созданы:

- спортивный зал для проведения занятий лечебной физкультурой в составе Центра подготовки к родам;
- лекционный зал для проведения групповых лекций по подготовке к родам и уходу за новорожденными детьми;
- кабинет для индивидуальных консультаций психолога, юриста, социального работника.

Важно отметить тот факт, что предлагаемая структура специализированного Центра не предполагает формирование отдельного юридического лица, отдельного лечебно-профилактического учреждения, что, безусловно, экономически не выгодно, учитывая не очень большое количество родов у несовершеннолетних даже в таком мегаполисе, как Санкт-Петербург, а предполагает размещение необходимых структурных элементов специализированного Центра для беременных несовершеннолетних на базе крупного акушерского учреждения, так сказать, внедрение структурных элементов Центра в существующие подразделения крупного роддома.

По нашим данным, основными проблемами ведения беременности и родов у несовершеннолетних на общих основаниях в городской сети являются поздняя первая явка в женскую консультацию, не регулярное посещение несовершеннолетними женской консультации, большая частота поступления несовершеннолетних в родильный дом непосредственно в родах и редкая их госпитализация на доношенном сроке в отделения патологии беременности для проведения психофизиологической подготовки к родам, отсутствие должного лабораторно-инструментального обследования перед родами, низкая частота регуляции сократительной деятельности матки в родах и обезболивания родов у несовершеннолетних.

Поэтому на следующем этапе нашей работы, мы проанализировали организационные основы оказания медицинской помощи несовершеннолетним, особенности течения беременности и родов и их исходы у несовершеннолетних, существовавшие в СПбГБУЗ “Родильный дом №10” до организации специализированной Программы по ведению беременности и родов у несовершеннолетних (первая группа (2010-2011 гг.) - 55 человек) и после организации Программы (вторая группа (2012-2014гг.) - 144 человека). В отдельную группу (третья группа - 102 человека) были выделены несовершеннолетние беременные, прошедшие в родильном доме по длинному маршруту, то есть начавшие наблюдаться в амбулаторно - поликлиническом отделении родильного дома или ЖК №26, как только узнали о беременности.

Параметр	До создания Центра	С момента создания Центра	Прошедшие по “длинному” маршруту
Годы	2010-2011	2012-2014	2012-2014
Количество пациенток	55	144	102
% от родивших	13,8%	24,8%	

несовершеннолетних в Санкт-Петербурге			
Наблюдались до родов в роддоме	10 (18,2%)	102 (70,8%)*	102 (100%)**#

p<0,001*, p<0,001**, p<0,001#

* - сравнение между первой и второй группами

** - сравнение между первой и третьей группами

- сравнение между второй и третьей группам

Параметр	До создания Центра	С момента создания Центра	Прошедшие по "длинному" маршруту
Состояли на учете в ЖК	52 (94,5%)	144 (100%)	102 (100%)
Поступили в родах	45 (81,8%)	42 (29,2%)*	0
Госпитализировались в отделение патологии беременности	10 (18,2%)	102 (70,8%)*	102 (100%)**#
Выполнена допплерометрия кровотоков в родильном доме	2 (3,6%)	124 (86,1%)*	102 (100%)**#
Выполнен клинический анализ крови в роддоме до родов	10 (18,2%)	84 (58,3%)*	102 (100%)**#
Выполнен общий анализ мочи в роддоме до родов	14 (25,5%)	84 (58,3%)*	102 (100%)**#
Выполнен биохимический анализ крови в роддоме до родов	5 (9,1%)	70 (48,6%)*	102 (100%)**#
Выполнена коагулограмма в роддоме до родов	5 (9,1%)	70 (48,6%)*	102 (100%)**#

p<0,001*, p<0,001**, p<0,001#

* - сравнение между первой и второй группами

** - сравнение между первой и третьей группами

- сравнение между второй и третьей группами

За 2010-2011 годы (до образования Программы по ведению беременности и родов у несовершеннолетних) в СПбГБУЗ "Родильный дом №10" были родоразрешены 13,8% от всех несовершеннолетних, родивших в Санкт-Петербурге за это время. С момента образования Программы для несовершеннолетних (2012г.), доля несовершеннолетних женщин, родивших в СПбГБУЗ "Родильный дом №10" возросла до 24,8% от всех несовершеннолетних, родивших в Санкт-Петербурге за 3 года 2012-2014гг.. При этом в первой группе (до образования Программы) до родов в СПбГБУЗ "Родильный дом №10" наблюдались только 10 (18,2%) беременных, что достоверно меньше, чем во второй группе (после образования Программы) (20 (70,8%) и в третьей группе (прошедшие по длинному маршруту) – наблюдались все 100% несовершеннолетних беременных женщин.

Только непосредственно в родах поступило достоверно больше пациенток первой группы, чем второй группы. В третьей группе подобных случаев не было, все пациентки наблюдались в рамках Программы для несовершеннолетних заранее до родов. Предварительно госпитализировались в отделение патологии беременности в 38 недель для обследования, определения тактики родоразрешения и проведения психофизиологической подготовки к родам достоверно меньше беременных первой группы, чем второй и третьей.

Допплерометрия кровотоков в системе мать-плацента-плод, клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови и коагулограмма в родильном доме до родов достоверно чаще выполнялись во второй группе, чем в первой. В третьей группе эти исследования до родов были выполнены всем пациенткам. Также следует отметить, что все пациентки второй и третьей групп были консультированы психологом непосредственно в родильном доме, в первой группе подобные консультации не проводились.

Параметр	**До создания Центра**	**С момента создания Центра**	**Прошедшие по "длинному" маршруту**	**p**
На учете в ЖК	16,3±8,2	15,1±7,6	13,1±6,4	p=0,07**
Анемия	18 (32,7%), из них 2 (3,6%) – тяжелой степени	46 (31,9%), легкой и средней степени	20 (19,6%), только легкой степени	p<0,05#
Преждевременные роды	4 (7,3%)	7 (4,9%)	4 (3,9%)	
Запоздалые роды	1 (1,8%)	1 (0,7%)	0	
Перинеотомия	31 (56,4%)	39 (27,1%)	27 (26,5%)	p<0,01*,**
Разрывы шейки матки	6 (10,9%)	18 (12,5%)	6 (5,9%)	p=0,07 #
Разрывы влагалища	7 (12,7%)	11 (7,6%)	4 (3,9%)	p<0,05**
Задержка частей последа	3 (5,6%)	7 (4,9%)	5 (4,9%)	

* - сравнение между первой и второй группами

** - сравнение между первой и третьей группами

\# - сравнение между второй и третьей группами

Срок постановки на учет в женскую консультацию в группе до создания Программы был больше (16,3±8,2), чем в группе, посетившей наш Центр, как только узнали о беременности (то есть по длинному маршруту (13,1±6,4) (p=0,07).

Анемия была выявлена у 18 (32,7%) беременных несовершеннолетних в первой группе (причем, у 2 (3,7%) девочек диагностирована анемия тяжелой степени), во второй группе анемия отмечена у 46 (31,9%) (преобладала анемия легкой степени тяжести, случаев анемии тяжелой степени тяжести отмечено не было), в третьей группе анемия встречалась достоверно реже, чем во второй группе, у 20 (19,6%) девочек (только легкая степень анемии).

Разрывы шейки матки встречались в третьей группе реже, чем в первой и во второй группах (при сравнении между второй и третьей группами p=0,07). Разрывы влагалища в первой группе встречались достоверно чаще, чем в третьей группах.

Вероятно, это можно объяснить тем, что у пациенток третьей группы, которые находились перед родами на отделении патологии беременности, проводилась тщательная санация влагалища перед родами с целью профилактики материнского травматизма в родах в результате воспалительных изменений тканей влагалища.

Перинеотомия была выполнена в первой группе, достоверно чаще, чем во второй и третьей.

Следует также отметить, что в третьей группе не было запоздалых родов, наложения вакуум-экстрактора или акушерских щипцов, равно как и родов с патологической кровопотерей и случаев асфиксии новорожденного.

Быстрыми и стремительными достоверно чаще роды были у рожениц первой группы, чем у пациенток второй группы. В третьей группы быстрых и стремительных родов не было. Вероятно, это связано с отсутствием должной регуляции родовой деятельности у пациенток, рожавших до создания специализированной Программы по ведению беременности и родов у несовершеннолетних.

Обезболивание родов, произошедших через естественные родовые пути, также было проведено достоверно реже роженицам, рожавшим на общем потоке, до создания специализированной Программы.

В первой группе роды произошли дома у 2 (3,6%) несовершеннолетних беременных, 1 (1,8%) беременная из первой группы отказалась от ребенка в родильном доме. Во второй и третьей группе родов дома и отказов от ребенка не было.

Параметр	До создания Центра	С момента создания Центра	Прошедшие по "длинному" маршруту	p
Акушерские щипцы	1 (1,8%)	1 (0,7%)	0	
Вакуум-экстракция плода	1 (1,8%)	1 (0,7%)	0	
Быстрые и стремительные роды	12 (21,8%)	4 (2,8%)	0	p<0,01*
Патологическая кровопотеря	4 (7,3%)	3 (2,1%)	0	
Асфиксия новорожденного	2 (3,6%)	3 (2,1%)	0	
Частота обезболивания родов через ЕРП	11 (22,0%)	74 (67,3%)	59 (75,6%)	p<0,001*, **
Роды произошли дома	2 (3,6%)	0	0	
Отказалась от ребенка	1 (1,8%)	0	0	

* - сравнение между первой и второй группами

** - сравнение между первой и третьей группами

- сравнение между второй и третьей группами

Далее мы проанализировали организационные основы оказания медицинской помощи беременным несовершеннолетним, особенности течения беременности и родов и их исходы у несовершеннолетних, родивших в общегородской сети ЛПУ (первая группа (2013-2014 гг.) - 51 человек) и в СПбГБУЗ "Родильный дом №10" после организации на его базе Центра по ведению беременности и родов у несовершеннолетних (вторая группа (2012-2014гг.) - 144 человека. Третью группу (102 человека) по-прежнему составили несовершеннолетние беременные, прошедшие в родильном доме по длинному маршруту, то есть начавшие наблюдаться в Центре по ведению беременности и родов у несовершеннолетних, как только узнали о беременности.

Параметр	Несовершеннолетние, родившие в общегородской сети	Несовершеннолетние, родившие в Центре для несовершеннолетних	Несовершеннолетние, прошедшие по "длинному" пути маршрутизации в Центре для несовершеннолетних	p
Годы	2013-2014	2012-2014	2012-2014	
Общее количество пациенток, вошедших в анализ	51	144	102	
Поступили в родах	36 (70,6%)	42 (29,2%)	0	p<0,001*
Предварительно госпитализировались в дородовое отделение	15 (29,4%)	102 (70,8%)	102 (100%)	p<0,001* p<0,001** p<0,001#
Выполнена допплерометрия кровотоков в родильном доме	15 (29,4%)	124 (86,1%)	102 (100%)	p<0,001* p<0,001** p<0,001#
Выполнен биохимический анализ крови	15 (29,4%)	70 (48,6%)	102 (100%)	p<0,05* p<0,001** p<0,001#
Выполнена коагулограмма	15 (29,4%)	70 (48,6%)	102 (100%)	p<0,05* p<0,001*,#
Перинеотомия **Разрывы влагалища**	25 (49,0%) 6 (11,7%)	39 (27,1%) 11 (7,6%)	27 (26,5%) 4 (3,9%)	p<0,05* p<0,05** p=0,06*
Быстрые и стремительные роды	11 (21,6%)	4 (2,8%)	0	p<0,001*

* - сравнение между первой и второй группами

** - сравнение между первой и третьей группами

- сравнение между второй и третьей группами

Результаты анализа организационных основ оказания медицинской помощи беременным несовершеннолетним, особенностей течения беременности и родов и их исходов у несовершеннолетних, родивших в общегородской сети ЛПУ, фактически повторили подобные результаты по несовершеннолетним, родившим в СПбГБУЗ "Родильный дом №10" до создания Центра для несовершеннолетних. Достоверно чаще девочки поступили непосредственно в родах, а не на отделение патологии беременности для

обследования, определения тактики родоразрешения и проведения психофизиологической подготовки к родам. Их не консультировал психолог непосредственно в родильном доме, им достоверно реже выполнялась допплерометрия кровотоков в системе мать-плацента-плод, клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови и коагулограмма в родильном доме до родов. У них достоверно больше была частота быстрых и стремительных родов вследствие отсутствия должной регуляции родовой деятельности, равно как и частота разрывов влагалища и перинеотомий.

Весьма важным в деятельности любого лечебного учреждения является то, как сами пациентки оценивают качество медицинской помощи.

Оцениваемый параметр	"Отлично"	"Хорошо"	"Удовл"	"Неуд"	Средний балл
Работа врачей	78,4%	14,9%	6,7%	0	4,7
Работа среднего медперсонала	65,4%	19,7%	13,3%	1,6%	4,1
Бытовые условия	88,2%	10,2%	1,6%	0	4,8
Питание	70,2%	22,3%	7,5%	0	4,4

На слайде представлены оценки, которые несовершеннолетние пациентки поставили различным компонентам Программы "Маленькая мама". В целом, всем опрошенным пациенткам, кроме одной (1,6%), понравилось в Центре по ведению беременности и родов у несовершеннолетних "Маленькая мама" на базе СПбГБУЗ "Родильный дом №10". В то же время, своим наблюдением в районных женских консультациях довольны лишь 32,7% наших респонденток, с основной мотивировкой "плохое отношение к беременным подросткам".

ВЫВОДЫ

1. Раннее наступление беременности определяется комплексом медико-социальных факторов, характеризующих условия и образ жизни девушек: отсутствие постоянного места работы или учебы (44,5%), дружба с мужчинами старше них самих (90,2%), курение до (62,4%) и во время (29,7%) беременности, неполные родительские семьи (59,7%) с большим количеством детей (2,3±0,9), отсутствие элементарных знаний о способах контрацепции (41,3%), беременность от более старших мужчин (возраст девушки 16,3 ±1,3; возраст отца ребенка 20,3±1,9) и нерегулярные половые связи даже во время беременности (67,7%).
2. Существуют определенные особенности течения беременности и родов, отличающих несовершеннолетних женщин от женщин среднего репродуктивного возраста. У несовершеннолетних женщин при беременности достоверно чаще отмечаются патологическая прибавка массы тела за беременность (30,4% и 14,5%), несвоевременное излитие околоплодных вод (44,3% и 30,9%) и перинеотомия в родах (44,7% и 21,8%), они достоверно позже встают на учет по беременности (16,6±7,2 недель и 14,0±6,8 недель). Достоверно больше у несовершеннолетних общая прибавка массы тела (13,3±5,0 кг. и 10,8±2,7 кг.), общая продолжительность родов (8,8±2,7 часов и 7,4 ± 2,8 часов) и длительность безводного промежутка (8,7±2,7 часов и 5,3±3,9 часов).
3. Существуют определенные особенности течения беременности и родов несовершеннолетних женщин в зависимости от возраста, в котором происходят роды. У несовершеннолетних беременных женщин 13-15 лет достоверно чаще, по сравнению с беременными 16-17 лет, встречаются многоводие (8,2% и 2,5%), признаки острого инфекционного процесса в последе (40,7% и 4,9%), у них достоверно больше частота возникновения угрожающего разрыва промежности

(22,4% и 11,1%) и, соответственно, перинеотомии (61,2% и 42,9%) и средний койко-день (6,7±2,0 дней и 5,9 ± 1,2 дней), они достоверно позже встают на учет по беременности (22,4±7,5 недель и 15,8±6,9 недель). У несовершеннолетних беременных женщин 16-17 лет достоверно чаще, по сравнению 13-15-летними беременными, встречаются патологическая прибавка массы тела (33,8% и 20,0%), артериальная гипертензия (5,3% и 2,0%) и признаки хронического инфекционного процесса в последе (34,1% и 3,7%), у них достоверно больше средняя кровопотеря в родах через естественные родовые пути (239,0±83,8 мл и 212,8±35,8 мл), длительность безводного промежутка (6,3±2,6 часов и 4,8±3,4 часов) и частота преждевременного излития околоплодных вод (17,1% и 2,0%).

4. Среди лечебно-профилактических учреждений такого мегаполиса, как Санкт-Петербург, отсутствуют структуры, непосредственно специализирующиеся на оказании медицинской и медико-социальной помощи несовершеннолетним в период беременности (особенно на больших сроках беременности), родов и в послеродовом периоде.
5. Существуют значительные трудности при ведении беременности и родов у несовершеннолетних на общих основаниях в городской сети ЛПУ: поздняя первая явка в женскую консультацию, не регулярное посещение несовершеннолетними женской консультации, большая частота поступления несовершеннолетних в родильный дом непосредственно в родах и редкая их госпитализация на доношенном сроке в отделения патологии беременности для проведения психофизиологической подготовки к родам, отсутствие должного лабораторно-инструментального обследования перед родами, низкая частота регуляции сократительной деятельности матки в родах и обезболивания родов у несовершеннолетних.
6. У несовершеннолетних пациенток, наблюдающихся во время беременности и родоразрешенных в условиях специализированного Центра по ведению беременности и родов у несовершеннолетних, частота и степень тяжести осложнений беременности и родов меньше, чем у несовершеннолетних, наблюдающихся во время беременности и родоразрешенных вне специализированного Центра: преобладают легкие степени тяжести гестоза и анемии беременных, в родах достоверно реже частота быстрых и стремительных родов (2,8% и 21,8%), перинеотомии (26,5% и 56,4%) и разрывов влагалища (3,9% и 12,7%), реже частота разрывов шейки матки (5,9% и 12,5%), достоверно чаще проводится клинико-лабораторное обследование непосредственно перед родами, своевременная регуляция сократительной деятельности матки в родах и обезболивание родов (75,6% и 22,0%).
7. Удовлетворенность пациенток наблюдением во время беременности и родов в специализированном Центре по ведению беременности и родов у несовершеннолетних достоверно выше, по сравнению с общегородской сетью (98,2% и 32,7%). Ни одна из пациенток Центра не родила дома и не отказалась от ребенка в родильном доме.
8. Опыт работы специализированного Центра по ведению беременности и родов у несовершеннолетних “Маленькая мама” на базе СПбГБУЗ “Родильный дом №10” требует распространения на другие города России. Необходима разработка и внедрение национальной программы оказания комплексной медицинской помощи и медико-социальной защиты несовершеннолетним беременным женщинам, решившим сохранить ребенка.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ДЛЯ ВНЕДРЕНИЯ В ПРАКТИКУ

1. Следует учитывать новые данные о состоянии соматического и репродуктивного здоровья современных девочек-подростков при консультировании в детских поликлиниках и женских консультациях.

2. Необходимо принимать во внимание новые данные об особенностях течения беременности и родов, в том числе, в зависимости от возраста родов, у современных несовершеннолетних беременных при ведении их в условиях женских консультаций и родильных домов.
3. Следует учитывать социальные характеристики несовершеннолетних беременных, решивших сохранить ребенка в мегаполисе, при консультировании несовершеннолетних беременных в рамках планирования семьи и профилактики отказов от новорожденного.
4. В условиях мегаполиса следует создавать на базе акушерских учреждений 2 группы единые специализированные Центры для беременных несовершеннолетних, оказывающие комплексную медицинскую и медико-социальную помощь несовершеннолетним женщинам, решившим сохранить беременность, от момента постановки на учет по беременности и заканчивая родами и поздним послеродовым периодом, с целью улучшения качества оказания им медицинской помощи.
5. Рекомендуется внедрять в работу городских ЛПУ мегаполиса рекомендаций по направлению всех несовершеннолетних беременных в единый Центр по ведению беременности и родов у несовершеннолетних на базе акушерского учреждения 2 группы для постановки на учет в Программу по ведению беременности и родов у несовершеннолетних и последующего родоразрешения.

6. При проведении ведомственного и вневедомственного контроля качества оказания медицинской помощи несовершеннолетним в женских консультациях и родильных домах во время беременности и в родах рекомендуется оценивать следующие индикаторы качества оказания медицинской помощи: регулярность посещения несовершеннолетними женской консультации, наличие консультаций психолога до и после родов, частота поступления несовершеннолетних в родильный дом непосредственно в родах и частота госпитализаций на доношенном сроке в отделения патологии беременности, частота регуляции сократительной деятельности матки в родах с целью профилактики быстрых и стремительных родов и частота обезболивания родов у несовершеннолетних.