

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ, МОЛОДІ І СПОРТУ  
УКРАЇНИ**

**СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ**

**КРЮК ГАННА ІВАНІВНА**

УДК: 618.5-089.888.61-089.168-053.6-08(043.3)

**РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ЮНИХ ЖІНОК,ЩО  
НАРОДЖУЮТЬ ВПЕРШЕ,РОЗРОДЖЕНИХ  
АБДОМІНАЛЬНИМ ШЛЯХОМ**

**14.01.01 – акушерство та гінекологія**

**Робота на здобуття кваліфікаційного ступеня магістра**

**Науковий керівник:**

**кандидат медичних наук  
доцент кафедри акушерства та гінекології**

**Іконописцева Наталія Анатоліївна**

**Суми 2018**

## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ .....	3
ВСТУП .....	4
РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	
1.1. Вагітність і пологи у юних першонароджуючих.....	8
1.2. Історія кесаревого розтину та його вплив на репродуктивне здоров'я жінки .....	16
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ .....	21
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ	
3.1. Клінічна характеристика пацієнток .....	23
3.2. Клінічний перебіг вагітності, операції і післяопераційного періоду .....	25
3.3. Клінічний перебіг віддаленого післяопераційного періоду .....	30
РОЗДІЛ 4. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ .....	40
ВИСНОВКИ .....	46
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ .....	48
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	49

## **ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ЖНП – жінки, що народжують вперше

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

ООН – Організація об'єднаних націй

КР – кесарів розтин

## ВСТУП

### **Актуальність проблеми**

За останнє десятиліття у всьому світі збільшилася кількість незапланованих вагітностей у неповнолітніх жінок. Кожен рік у багатьох країнах від 5% до 20% дівчат у віці 13-18 років вагітніють, а в Україні цей показник досягає 14% (ВООЗ 2010). В результаті, за рік у світі народжують 15 мільйонів дівчат-підлітків, а ще 5 мільйонів вимушені прибігати до переривання вагітності. [Коколина В. Ф., 2003; Малаев А. Б., 1999 ]

У доповідях ООН підкреслюється, що уряди багатьох країн занепокоєні цим питанням, оскільки раннє народження дітей збільшує ризик материнської смерті, а діти від молодих матерів мають вищий рівень захворюваності та смертності. [World Population Policies, 2013]

За даними соціологічного дослідження, регулярним статевим життям живе 13,6% 15 – 18-річних підлітків. Більше 30% дівчаток до 14 років мають регулярні статеві стосунки. Вік "сексуального дебюту" в Україні знижується, збільшується кількість статевих партнерів. [Ларюшева Т. М. и соавт., 2014]

Варто вказати більш обтяжений анамнез у жінок до 18 років, що виявляється високою частотою перенесених внутрішньоматкових втручань (артифіційні і мимовільні аборти), також значний рівень супутньої соматичної (тиреотоксикоз, вегето-судинна дистонія, пієлонефрит) і генітальної патології (запальні процеси і порушення менструального циклу). Одним з пояснень цих проблем є лібералізація статевих стосунків у молодіжному середовищі, ранній початок інтимних відносин на тлі низького рівня сексуальної культури. Крім того, певне значення відіграє і високий рівень шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю і наркотиків) у цій віковій групі.

Вагітність в юному віці представляє складну медико-соціальну проблему, вирішення якої залежить як від самих підлітків та їх сімей, так і від суспільства в цілому. [Л. Б. Маркін та співавт., 1997; Н. Г. Богдашкин, 1998; І. Б. Вовк та співавт., 1999; К.В. Воронин и соавт., 1999; З. М. Дубосарська, 2000]

Вагітність у підлітків, як правило, незапланована і небажана, тому ранній початок сексуальних відносин може призвести до порушення гормональної регуляції репродуктивної системи, яка в підлітковому віці не повністю налагоджена, а це, у свою чергу впливатиме на перебіг вагітності у майбутньому. [Парашук Ю. С., 2003]

Вивченню різноманітних аспектів вагітності і пологів у юному віці присвячено багато наукових публікацій. [Ю. П. Крупко-Большова, 1991; В. Ф. Коколина, 1993; Е. Б. Яковлева, 1994; В. М. Астахов, 1995; Е. Р. Anamey, 1995]

Одним з найменш вирішених питань даної проблеми є віддалені наслідки розродження неповнолітніх жінок, особливо у випадку кесаревого розтину, частота якого досягає 15,0% по всій Україні. [Григоренко П. П. і співавт., 2000; Масенко В. В., 2006 ]

Наведені дані показують, що, враховуючи всі ризики, як для матері, так і для дитини, вирішення проблеми розродження абдомінальним шляхом у жінок віком до 18 років, часто є оптимальним варіантом і заслуговує на особливу увагу, а також потребує подальшого вивчення.

### **Мета дослідження**

Знизити частоту порушень репродуктивного здоров'я юних ЖНП, розроджених шляхом КР на підставі вивчення клініко-лабораторних особливостей, а також розробка і упровадження комплексу лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів.

### **Завдання дослідження**

1. Провести оцінку клінічного перебігу вагітності, пологів і структури показів до абдомінального розродження у юних ЖНП.
2. З'ясувати особливості клінічного перебігу раннього і віддаленого періоду після КР у ЖНП до 18 років.
3. Розробити й упровадити комплекс лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів для жінок до 18 років, розроджених абдомінальним шляхом.

*Об'єкт дослідження* – репродуктивне здоров'я жінок, що народжують вперше до 18 років.

*Предмет дослідження* – перебіг вагітності та пологів у ЖНП до 18 років, структура показів до операції КР, перебіг післяопераційного періоду.

*Методи дослідження* – загально-клінічні, лабораторні, інструментальні та статистичні.

### **Практичне значення отриманих результатів**

Вивчено основні клінічні особливості перебігу вагітності і пологів, а також структура показів до операції КР у юних ЖНП. Встановлено основні особливості клінічного перебігу раннього і віддаленого періоду після КР у жінок, що народжують вперше до 18 років. Запропоновано методи контролю за ефективністю лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів після кесаревого розтину.

Розроблено і упроваджено практичні рекомендації для зниження частоти патологічних змін репродуктивного здоров'я молодих жінок після кесаревого розтину.

### **Особистий внесок здобувача**

Самостійно було проаналізовано наукову літературу з проблеми вагітності, пологів та розродження ЖНП до 18 років. Магістрантом доведені

доцільність і необхідність здійснення роботи, визначено мету, завдання, обсяг та методи дослідження, сформульовані висновки та практичні рекомендації щодо зниження частоти ранніх і віддалених післяопераційних ускладнень у ЖНП до 18 років. Особисто автором було проведено 7 пологів через природні пологові шляхи у юних ЖНП, проасистовано при оперативному розродженні в 20 випадках, які увійшли в роботу. Здобувачем зроблено статистичний аналіз та узагальнені результати.

#### **Апробація результатів роботи**

Матеріали магістерської роботи обговорювались на засіданнях міжнародної науково-практичної конференції студентів, молодих вчених, лікарів та викладачів (Суми 2016, 2017, 2018).

#### **Обсяг і структура роботи**

Робота викладена на 60 сторінках друкованого тексту, складається із вступу, огляду літератури, розділу матеріалів та методів дослідження, власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій, переліку використаних джерел. Матеріали роботи ілюстровані 15 таблицями та 1 рисунком.

# РОЗДІЛ 1

## ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

### 1.1. Вагітність і пологи у юних першонароджуючих

Підліткова вагітність є важливою медико-соціальною проблемою як в нашій країні, так і в багатьох інших. Як показують сучасні дослідження, число юних ЖНП в різних країнах не однакова. Так, в Індії – 19% від загального числа вагітних, в Греції – 5,6%, в Аргентині і Бразилії – 16,8% - 17,5% [Resmik M. D., 2002], в Шотландії – 7,0-12,5%, в Румунії, Болгарії, Росії – 7,0-10,0% [Hollingsword D. R., Felice M., 2006], в США – 7,0-9,8% [Hollingsword D. R., Felice M., 2006; Ryan G. N., Sweeney P. J., 2004], в Нідерландах – 1,2%. [Hollingsword D. R., Felice M., 2006]. Рання вагітність, як правило, є в 50,0% – 60,0% випадків незапланованою і в 30,0% – 40,0% небажаною, а тому частіше завершується штучним перериванням [Davis R. L., Tollestrup K., 1999; Cullough M., Scherman A., 2001]. На 100 вагітностей у підлітків кількість артифіційних абортів складає 69,1%, пологів – 16,4%, мимовільних викиднів – 14,5%. [Estel C., Sterch K., 2005]

У той же час 40,0% підлітків мають повторну вагітність, а 17,9% - повторні пологи. У зв'язку із зростанням числа випадків ювенільної вагітності спостерігається збільшення народжуваності у юних жінок. [Нагорная В. Ф., Краснова Ж. А., 2004; Holden G. W., Nelson P. B., 2003; Newton R. W., Hunt L. P., 2004]

Коефіцієнт народжуваності у жінок віком 15 – 19 років в Україні в 2015 році становив 26,8%, та в 2 рази перевищував відповідний показник у Польщі, у 2,6 рази у Франції, майже у 3,7 рази ніж у Фінляндії, у 5,3 рази ніж у Швеції. У розвинених країнах підліткова народжуваність (15 – 19 років) варіює від 3‰ у Швейцарії до 41‰ у США. У групі країн, що розвиваються,



амплітуда коливань значень ширша: від 5% в Алжирі, Лівії, Південній Кореї, Китаї до 190% в Нігерії, Малі, Чаді. [Щербакова Е., 2016]

Ряд дослідників зв'язують збільшення числа вагітних підлітків останніми роками з "сексуальною лібералізацією" відносин в суспільстві. [Козин Г. А., 2000; Марчук Н. І. та співавт., 2001; Мордухович А. С., 1987; Новикова З. В. и соавт., 1999; Рудюк М. П. и соавт., 1975]. Середній вік підлітків на початку статевого життя в даний час в Бразилії складає 12,1 роки, в Нігерії – 15,1, в ЮАР – 16,0, в Росії – 16,1, у Франції – 17,4 роки [Haskett M. E., Johnson C. A., Miller J. W., 2004]. У статеві відносини у віці молодше 15 років вступають 20-25% неповнолітніх вагітних. [Дидина Н. М., 2005; Евлакова В., 2004; Кобозева Н. В. и соавт., 2000; Маркін Л. Б. і співавт., 1988]. При підлітковій проституції сексуальний дебют припадає на вік 11-12 років. В ЮАР кожна п'ята неповнолітня вагітна є ВІЛ-інфікованою. [Matsuhaski Y., Felice M. E., 2001]. Деякі зарубіжні автори підкреслюють, що статеві відносини можуть бути пов'язані з любовними емоційними переживаннями дівчини, а тому половина вагітностей у підлітків закінчується пологами. [Ощуркевич О. Е., 2000; Кобозева Н. В. и соавт., 2000]

Дослідники проблеми ювенільної вагітності відзначають, що у 60-70% школярок є хронічні захворювання. Гінекологічні захворювання у підлітків складають від 10 до 18% . [Каюпова Л. С., 1989]. Одне з провідних місць займають розлади менструального циклу. [Уразаева Л. И. и соавт., 1999; Elster A. V., 1999]. Це свідчить про серйозні функціональні відхилення в регуляції репродуктивної системи і пов'язані, на думку деяких авторів, з погіршенням якості життя дітей і підлітків. [Стрижаков А. Н. и соавт., 2000; Newton R. W., Hunt L. P., 2004].

Іншою гінекологічною патологією у неповнолітніх, що часто зустрічається, є запальні захворювання. Багато вчених пов'язують це з раннім

початком статевого життя і зростанням числа захворювань, що передаються статевим шляхом. [Дрампян Г. Х., 2005; Каюпова Л. С., 1989; Уразаева Л. И. и соавт., 1999; Якубовський А. Ф., 2001]. Соматична і гінекологічна патологія впливає на перебіг гестаційного періоду, тому необхідний індивідуальний підхід у веденні вагітності і пологів у підлітків залежно від їх стану здоров'я. [Джаникян И. О. и соавт., 2005; Окоев Г. Г. и соавт., 1999; Vair P. A., Sadovnick A. D., Yee M. L., 2001]

До теперішнього часу немає єдиної точки зору який вік при вагітності і в пологах вважати юним. Одні автори вважають юними породіль у віці молодше 17 років включно [Гайдуллина Э. Ф. и соавт., 2001; Иващенко Л. А., 2000; Конке С. В., 1996], інші – молодше 20 років. [Джаникян И. О. и соавт., 2005; Добровольська Л. М., 2004; Маркін Л. Б. і співавтор., 2000]. По рекомендації ВООЗ, до юних слід відносити жінок молодше 19 років.[Иващенко Л. А., 2000]

У матеріалах ООН підлітковою вагітністю названо вагітність жінок віком до 20 років. Демографи здебільшого використовують термін «підлітковий» до осіб, які перебувають у віці 15 – 17 років. [World Population Policies, 2009]. Дані літератури, що стосуються особливостей перебігу вагітності, пологів, розвитку плода і стану новонародженого у юних жінок, суперечливі. Так, за спостереженнями S. Ziadeh [Саруханова А. А., 1999], анемія і гестози однаково часто зустрічаються як у підлітків, що народжують вперше, так і в першонароджуючих жінок 20-29 років. Тоді як патологічна прибавка маси тіла за час вагітності, гестаційний діабет, а також низька маса тіла новонароджених у жінок молодше 18 років, за його даними, зустрічаються рідше.

Більшість дослідників вважає, що вагітність і пологи в підлітковому віці протікають з великою кількістю ускладнень (від 46,8 до 84,6%), ніж у жінок більш старшого віку. [Радзінський В. О. і співавтор., 1996; Окоев Г. Г.,

2000]. При першій вагітності у підлітків частіше, ніж у дорослих породіль, виникає ризик проведення КР. При цьому, під час другої вагітності у цих же підлітків в 3 рази підвищується вірогідність передчасних пологів, народження недоношеної і мертвої дитини.

Серед інших ускладнень пологового процесу у юних жінок виявляється аномалія пологової діяльності (6,5-37,2%). [Желпакова М. С. и соавт., 2001; Зайдиева З. Н. и соавт., 2000; Капаулова А. В., 1999; Леонов И. Т. и соавт., 2000], патологічна крововтрата [Астахов В. М., 1995; Венцковский Б. М., 1998; Веренич Г. И. и соавт., 2006], вузький таз (5,7-10,8)[Воронин К. В. и соавт., 1999; Джаникян И. О. и соавт., 2005], пологовий травматизм (4,0-25,5%) [Зайдиева З. Н. и соавт., 2000; Иващенко Л. А., 2000], оперативні втручання (2,1-17%) [Воронин К. В. и соавт., 1999; Венцковский Б. М., 1998; Веренич Г. И. и соавт., 2006; Григоренко П. П. і співавт., 2000; Веренич Г. И. и соавт., 2006], передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (1,0-1,9%) [Венцковский Б. М., 1998], гнійно-інфекційні післяпологові захворювання (20,0-71,7%). [Бакуленко Л. П. і співавт., 2005; Зайдиева З. Н. и соавт., 2000]

Новонароджені у неповнолітніх матерів часто народжуються з синдромом затримки внутрішньоутробного розвитку плода (11,4-30,0%) [Иващенко Л. А., 2000], недоношеними (7,2-13,2%) [Davis R. L., Tollestrup K., Milham S., 1999; Dey N., Hatai S. K., 2002], в стані асфіксії (19,1-24,0%). [Davis R. L., Tollestrup K., Milham S., 1999]

Немовлята юних матерів мають високий ризик смерті і розвитку неонатальних захворювань тому, що організм матері ще не встиг повністю сформуватися, а також ще не пристосувався до пологів. [Хоменко А. П., 1980]

Не дивлячись на різноманітність і суперечність даних літератури про результат ранньої вагітності, практично всі автори відзначають наявність

вікових фізіологічних особливостей організму неповнолітніх. [Нагорная В. Ф., Краснова Ж. А., 2004; Колочун Г. В., 2000; Стрижаков А. Н. и соавт., 2000; Юзько О., 1996]

Подальше зниження перинатальної захворюваності і смертності – основна задача акушерства, рішення якої сприяють сучасні методи діагностики внутрішньоутробного стану плода, ретельний диспансерний нагляд за вагітними жінками з груп ризику щодо перинатальної патології. Стан здоров'я батьків і їх вік істотно впливають на розвиток плода і новонародженого, тому вивчення особливостей перебігу вагітності і пологів у юних ЖНП набуває все більшої актуальності. Ускладнення під час вагітності виявляються у кожній другій юній ЖНП. [Маркін Л. Б. і співавт., 1988; Маркин Л. Б., 1989; Якута В. И. и соавт., 1986; Ярощук Л. А., 1999]

А.С. Мордухович [46] вважає, що особливу увагу слід приділяти юним першороділлям, з екстрагенітальними захворюваннями, оскільки вони входять до групи ризику розвитку прееклампсії вагітних. Профілактика якої полягає, в першу чергу, в правильному лікуванні в умовах стаціонару існуючої екстрагенітальної патології. [Fleissing A., 2001]

За наявними даними літератури супутні захворювання екстрагенітальної патології такі: хронічний тонзиліт – 40,9%, пневмонія – 17,4%, збільшення щитовидної залози – 9,1%, хронічний пієлонефрит – 6,7%, хронічний гайморит – 5,4%, інші захворювання – 20,5%. [Комиссарова Л. М. и соавт., 2000; Колочун Г. В., 2000; Окоев Г. Г., 2000]

Частота невиношування вагітності у юних першовагітних складає від 2,3% до 19% і спостерігається, в основному, в другій половині вагітності. [Маркін Л. Б., 1989]. Вагітність ускладнюється загрозою переривання в 15,1% випадків. [Маркін Л. Б. і співавт., 2005; Юзько О., 1996]

В. С. Руденко встановив, що на рівень недоношування вагітності впливає низка медико – біологічних, соціально – гігієнічних і медико –

організаційних факторів, серед яких основним є вік матері до 16 років, спадковість у недоношуванні, відхилення у фізичному розвитку, незадовільний психоемоційний стан вагітної, перебування поза шлюбом, незапланована вагітність, недостатній рівень раннього медичного нагляду за вагітною (до 12 тижнів) та контролю за станом її здоров'я протягом вагітності. [Руденко В. С., 2003]

Е.Т. Малахова [37] відзначила, що передчасні пологи у юних ЖНП складають 7,6%, і настають, як правило, в 32-37 тижнів вагітності. Зі всієї кількості передчасних пологів 96,5% проходили в головному передлежанні. [Уразаева Л. И. и соавт., 1999]

До такої патології, як передчасні пологи, схильні жінки, зайняті фізичною працею, а також молоді жінки, що поєднують роботу з навчанням. [Комиссарова Л. М. и соавт., 2000]

Питому вагу до 39,8% серед причин переривання вагітності у юних жінок має латентна інфекція, частіше всього стрептококова або стафілококова. [Новикова З. В. И соавт., 1999]

Найчастішою причиною невиношування вагітності є сечостатева інфекція. Особливе значення надається безсимптомній бактеріурії при атипівій стертій клінічній картині. [Коколина В., 2003]

Багато дослідників встановили зниження імунітету у юних вагітних, особливо за наявності інфекції. Обсіменіння піхви патогенними і умовно-патогенними мікроорганізмами з передчасним перериванням вагітності виявляється майже постійно.

У підготовчий період більш ніж у половини юних ЖНП спостерігається сповільнене формування біологічної готовності організму до пологів, яке характеризується "незрілою" або недостатньо "зрілою" шийкою матки. Перебіг пологів ускладнюється у 57,4%. Передчасним вилиттям

навколоплідних вод у 21,7%, слабкістю пологової діяльності у 12,8%. [Тучкіна І. О., 1996; Davis R. L., Tollestrup K., Milham S., 1999]

За даними авторів[26, 27] ускладнення в пологах у юних ЖНП: передчасне вилиття навколоплідних вод – 74%, первинна слабкість пологової діяльності – 94%, вторинна слабкість пологової діяльності – 18%, дискоординувана пологова діяльність – 8%, патологічний прелімінарний період – 68%, дистоція шийки матки – 18%.

Проблема порушення скоротливої діяльності матки в пологах завжди залишається однією з головних в акушерстві.

Слабкість пологової діяльності частіше за все спостерігається на фоні прееклампсії вагітних, перенесених абортів, ГРВІ, гінекологічних захворювань (особливо запалення додатків матки), ендокринної патології, при великоваговому плоді, після загрози переривання вагітності і екстрагенітальних захворювань.

При слабкості пологової діяльності дистрес плода складає 36,5% випадків, при передчасному вилитті навколоплідних вод – 28%, при фізіологічних пологах – 11,5%, тобто в 3 рази рідше. Звертає на себе увагу збільшення частоти оперативного розродження при аномаліях пологової діяльності. Особливо збільшилася частота кесаревого розтину на користь плода. [Радзінський В. О. і співавт., 1996]

Частота пологів в тазовому передлежанні у юних ЖНП складає 15% [Назаренко Г. И. и соавт., 2000]. При пологах в тазовому передлежанні плода близько 30% новонароджених народжується в стані різного ступеню асфіксії.[Серов В. Н. и соавт., 1999; Слепокурова Л. И., 1990]

Несприятливі віддалені результати у дітей, народжених в тазовому передлежанні, виявляються у вигляді церебральних парезів, епілепсії, гідроцефалії, відставання в розумовому розвитку, вроджених вивихів кульшових суглобів тощо. [Яковлева Е. В., 1994; Яковлева Э. Б., 2001]

Перинатальна захворюваність і смертність у юних ЖНП при тазових передлежаннях плода обумовлена: асфіксією, внутрішньочерепними крововиливами, пошкодженнями спинного мозку, розривами намета мозочка, недоношеністю (незрілістю), аномаліями розвитку плода, розривами і крововиливами до органів черевної порожнини, пошкодженнями плечового сплетіння, переломами і вивихами кінцівок тощо. [Воронин К. В. и соавт., 1999]

Материнська смертність в групі жінок з тазовим передлежанням плода значно вище, ніж в групі жінок з головним його передлежанням, але вона пов'язана з виникаючими при пологах ускладненнями. Материнська смертність при тазовому передлежанні плода складає до 2% і пов'язана з травматичними пошкодженнями (аж до розриву матки), кровотечею і інфекцією. [Саруханова А. А., 1999; Серов В. Н. и соавт., 1999]

Проблема вузького тазу у юних ЖНП не втратила своєї актуальності. Загальнорівномірнорозвужений таз зустрічається у 8,9% юних ЖНП, що свідчить про незавершеність формування кісткового тазу в цьому віці, з них у 1,7% розвивається клінічно вузький таз. [Маркин Л. Б., 1989]

Раціональне ведення пологів при вузькому тазі дотепер відноситься до найважчих розділів практичного акушерства, оскільки вузький таз є однією з причин материнського і дитячого травматизму і причиною материнської і перинатальної смертності. [Earlier W., Hoff C., Zonsky S., 2004]

За даними [62] частота кесаревого розтину у юних ЖНП складає 1,2%. Кесарів розтин проводився за показами з урахуванням сучасних вимог.

У юних ЖНП кесарів розтин проводився за наступними показами: клінічно вузький таз (1,9%), передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (2,9%), поєднання екстрагенітальної та акушерської патології (7,3%), аномалії пологової діяльності (6,3%). [Фролов Р. В. и соавт., 2001; Шадріна Т. П. и соавт., 2002]

За останні роки збільшилося число операцій кесаревого розтину, проведених за показами з боку плода. Дистрес плода був показом у 6,4% випадків. В 5% показом для кесаревого розтину було неправильне положення плода і неправильне вставлення голівки; в 4,6% - тазові передлежання і в 2,9% - важкий гестоз вагітних після неефективної терапії. [Каюпова Л. С., 1989; Robinson R. B., Frank D. I., 2004].

Збільшення питомої ваги оперативного розродження позначилося на післяопераційних ускладненнях, серед яких 9,34% випадків ендометриту, 2% - ендометриту і розходження швів на шкірі, 1,6% - метроендометриту, 1% - тромбофлебиту, 0,5% - пневмонії і 0,5% - гіпотонічних кровотеч.

За даними [17], антенатальна смертність у юних ЖНП складає 0,5%, інтранатальна – 1% і дитяча до 2%. При аналізі причин антенатальної загибелі перше місце займає передчасне відшарування нормально розташованої плаценти; інтранатальної загибелі – стійка слабкість пологової діяльності. Дитяча смертність частіше за все відбувалася в результаті дихальних розладів у дітей. За даними інших авторів, перинатальна смертність новонароджених складає 2,9%. Основною причиною є асфіксія і внутрішньочерепна пологова травма. [Маркін Л. Б. і співавт., 1988; Маркин Л. Б., 1989; Яковлева Е. В., 1994; Яковлева Э. Б., 2001; Яковлева Э. Б., 1989]

Для здоров'я дітей, народжених юними матерями, характерні більш висока соматична і інфекційна захворюваність, відставання в психомоторному розвитку, що стійко зберігається в перші 3 роки життя. [Кузьменкова І. К., 1982; Степанковская Г. К. и соавт., 1999 ]

Таким чином, аналіз даних літератури показав, що така медико-соціальна проблема, як ювенільна вагітність, далека від свого вирішення і ЖНП юного віку, враховуючи великий відсоток ускладнень в пологах, слід віднести до групи підвищеного ризику щодо виникнення у них патології в пологах. Вагітність і пологи у юних ЖНП не можна вважати фізіологічними,



оскільки всі органи і системи у них знаходяться в стані функціональної напруженості через вікові особливості.

## **1.2. Історія кесаревого розтину та його вплив на репродуктивне здоров'я жінки**

Існує легенда, що термін "кесарів" розтин походить від імені Цезаря, який був народжений за допомогою оперативного втручання – кесаревого розтину. Але є відомості, що при Цезарі був прийнятий закон, який зобов'язував у випадку смерті породіллі робити спробу порятунку дитини шляхом розсічення черевної стінки й матки, та витягання плода. До XVII століття ця процедура називалася кесаревою операцією. Сам термін "кесарів розтин" увів в 1598 р. Жак Гільйомо у своїй книзі про акушерство.

Велика кількість посилань на кесарів розтин є в історії древньої Індії, Єгипту, Греції, Римської держави, Китаю.

Можливість урятувати й матір і дитя стала по-справжньому реальною лише в XIX столітті. Одне з перших письмових свідчень про успішне проведення кесаревого розтину датується 1500 р. У Швейцарії жив Якоб Нуфер. І ось коли його дружині прийшов час народжувати первістка, пологи виявилися надзвичайно важкими й довгими. Незважаючи на всі зусилля акушерок, нещасна жінка ніяк не могла розродитися. По закінченні декількох днів болісних і марних намагань зневірений чоловік, заручившись дозволом влади, приступив до операції, яку успішно провів. Жінка залишилася живою й згодом народила чоловіку ще п'ятьох дітей (у тому числі двійню!). На даний час деякі сучасні фахівці з історії медицини беруть під сумнів дійсність цієї розповіді.

З письмових свідчень про перші випадки успішного здійснення кесаревого розтину можна зробити висновок, що практично всі вони були

проведені без участі професійних фахівців і без застосування відповідного інструментарію.

Операція кесаревого розтину проводилася не тільки в Європі. В XIX ст. мандрівники повідомляли про випадки в Африці, коли місцеві цілителі успішно здійснювали операцію за власними медичними методами. В 1879 р., наприклад, один англійський мандрівник засвідчив кесарів розтин, здійснений угандійцем. Він використав серединний розріз і застосовував припікання для зупинки кровотечі, потім масажував матку, щоб змусити її скоротитися, але не зашивав її. Абдомінальна рана скріплювалася металевими голками й закривалася пастою, приготованою з коренів. Пацієнтка за свідченням очевидців видужала.

У Європі, починаючи з епохи Відродження, акушерство усе більше перетворюється в галузь медичної науки.

Розвиток кесаревого розтину безпосередньо пов'язаний з успіхами загальної хірургії, хоча вона й продовжувала залишатися варварською дисципліною. Знеболення набувало поширення в акушерстві. Особливо після застосування хлороформу при пологах у королеви Вікторії при народженні її дітей (Леопольда в 1853 р. і Беатрис в 1857 р.).

Жінки в свою чергу позбувалися від страждань при операції й були менш сприйнятливі до шоку, що був однією із провідних причин післяопераційної смертності й захворюваності. Незважаючи на все, смертність від операції залишалася високою, і причиною цього явища була інфекція. Адже хірурги оперували у своїх вуличних костюмах. Лише у середині 1860-х англійський хірург Джозеф Лістер запровадив антисептичний метод, використовуючи карболову кислоту. В подальшому заходи щодо дотримання чистоти при хірургічних операціях удосконалювалися.

На високий рівень материнської смертності того часу також впливала і хірургічна техніка виконання операції. Хірурги побоювалися зашивати розріз на матці, тому що вважали, що внутрішні шви, можуть стати джерелом інфекції. У результаті більшість жінок вмирали від інфекційних ускладнень. В 1876 р. італійський професор Едуард Порро запропонував паралельно із КР видаляти матку, тим самим, попереджаючи кровотечу й розвиток генералізованої інфекції. Це призвело до зниження частоти післяопераційного сепсису й смертності. В 1882 р. Max Sauminger з Лейпцигу наклав шви на матку на практиці. Для цього він з використав срібні дротові шви.

Першість проведення успішної операції КР належить англійці Джеймс Міранді Стюарт Беррі, яка переодягнувшись чоловіком, завербувалась в Південну Африку як військовий лікар. Саме там вона й провела операцію, приблизно між 1815 і 1821 р. [Ольгин А., 2006].

Останніми роками інтерес дослідників до проблеми кесаревого розтину значно зріс. Це пояснюється, з одного боку, зміною акушерської стратегії і розширенням показань до оперативного розродження, з іншого – збільшенням числа вагітних з рубцем на матці, ведення пологів у яких вимагає особливої уваги фахівців [Григоренко А. П. і співавт., 2001; Окоев Г. Г., Ванецян А. Л., 1999; Яковлева Э. Б., 1991].

Не дивлячись на просту техніку виконання, кесарів розтин потрібно віднести до розряду складних оперативних втручань з високою частотою післяопераційних ускладнень (від 3,3% до 54,4%) [Иващенко Л. А., 2000]. Найчастіше спостерігаються гнійно-запальні ускладнення, які посідають одне із перших місць в структурі материнської смертності. Збільшення кількості КР на 1% дає двократне підвищення рівня гнійно-запальних ускладнень [34]. Частота запальних ускладнень після кесаревого розтину складає від 13,3% до 54,3%, а у жінок з високим інфекційним ризиком

досягає 80,5% [35], при поєднанні декількох інфекційних факторів ризику – 91% [36].

Гнійно-запальні ускладнення після КР спостерігаються в 80 разів частіше, ніж після вагінальних пологів [37, 38]. У їх структурі провідне місце займають ендометрити [39], які є основною причиною генералізації інфекції і формування неповноцінного рубця на матці [40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48].

Перитоніт у наш час зустрічається відносно рідко (0,2-3,5%) [49], але летальність залишається високою 26-35%.

У структурі материнської смертності перитоніти складають 36,4% [50]. В Україні – 0,06-0,12 на 1000 пологів [51].

Висока частота та поліетіологічність гнійно-запальних ускладнень після КР потребує профілактики цих ускладнень. Одні автори [11, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92] вважають, що провідне місце в профілактиці гнійно-запальних ускладнень займають антибіотики. Але профілактичні курси антибіотикотерапії сприяють появі антибіотикорезистентних штамів госпітальної мікрофлори, що в свою чергу змінює динаміку мікробіоценозу статевих шляхів і сприяє розвитку ендометриту, перебіг якого стає затяжним і часто призводить до появи відстрочених гнійних ускладнень. [Ивашенко Л. А., 2000]

Тому інші автори [95, 96] віддають перевагу препаратам та методам, які змінюють імунний статус вагітної перед КР і підвищують реактивність організму. Вони пропонують як інвазивні (введення імуностимуляторів, внутрішньовенне УФ-опромінення крові вагітних та породіль), так і неінвазивні (гелій-неоновий лазер) методи профілактики гнійно-запальних ускладнень після кесаревого розтину.

Аналіз даних літератури показує, що однією з помітних особливостей сучасного акушерства є лібералізація показань до КР і, як наслідок, збільшення питомої ваги абдомінального розродження, що в останні роки

обумовлено розширенням показів до цієї операції, серед яких переважають відносні в інтересах плода [24, 51, 86]. Однак частота кесаревого розтину не зменшує перинатальні втрати. Материнська захворюваність і смертність після КР в 10-26 разів вище, ніж після вагінальних пологів [68, 69, 70, 71]. Не дивлячись на технічну простоту КР, цю операцію слід віднести до розряду складних оперативних втручань з високою частотою інтра- і, особливо, післяопераційних ускладнень, частота яких і в наш час досягає 20 – 47% [64, 77, 81, 103]. Одне з перших місць післяопераційних захворювань займає ендометрит, який при відсутності адекватної терапії може бути причиною генералізованої інфекції або причиною формування неповноцінного рубця на матці.[Окоев Г. Г., 2000; Ощуркевич О. Е., 2000]

Не менш важливою проблемою КР є репарація шва на матці. Вона визначає два основних моменти ускладненого перебігу цієї операції: перехід локалізованих форм післяопераційної інфекції (ендометрит) в генералізовану (перитоніт), а також перебіг пологів при наступних вагітностях.

Залишається недостатньо вивченим питання оперативного розродження у юних жінок, ускладнення та проблеми оперативної тактики у цієї групи пацієнток. Також недостатньо розроблені алгоритми та рекомендації щодо відновлення репродуктивного здоров'я у юних ЖНП після КР.

## РОЗДІЛ 2

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Відповідно до мети і завдань наукової роботи було проведено аналіз 90 історій пологів ЖНП до 18 років, які були розподілені на три групи:

- контрольна група – 30 юних ЖНП, розроджених через природні пологові шляхи;
- 1 група – 30 юних ЖНП, розроджених абдомінальним шляхом, які одержували загальноприйняті лікувально-профілактичні і реабілітаційні заходи;
- 2 група – 30 жінок що народжують вперше до 18 років, розроджених абдомінальним шляхом, які одержували додатково антигомтоксичну терапію для профілактики післяопераційних ускладнень і реабілітації репродуктивного здоров'я.

Для клінічної характеристики використовувалися дані анамнезу життя, акушерсько-гінекологічного анамнезу, перебіг вагітності, об'єктивні та лабораторні методи дослідження.

До комплексу загальноприйнятих лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів віднесено антибактеріальну терапію, вітамінотерапію, біо- й імуностимулятори (тималін, адаптогени) та фізіотерапію (магнітотерапія, ультразвук, електрофорез). (згідно з протоколами МОЗ України)

До комплексу лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів додатково було включено (окрім біо- й імуностимуляторів) антигомтоксичну терапію: траумель, енгістол, коензим – композитум і оваріум – композитум. Перші два препарати використовували в ранньому післяопераційному періоді (від 1-ої до 5-ї доби після КР в

загальноприйнятому дозуванні), а інші два –у віддаленому періоді після КР для нормалізації метаболічних процесів і дисгормональних порушень.

Вивчаючи анамнестичні дані проводилася оцінка становлення менструальної функції, професійних шкідливостей, шкідливих звичок, соціального та сімейного стану. Оцінюючи репродуктивну функцію зверталася увага на частоту артифіційних, мимовільних та пізніх абортів. Проводилася оцінка появи генітальної та екстрагенітальної патології, визначаючи показник середньої частоти захворюваності на одну жінку. При обстеженні в післяопераційному періоді зверталась увага на стан післяопераційного шва, висоту стояння дна матки в певну добу післяопераційного періоду, консистенцію органа, стан шийки матки. Вивчаючи віддалені наслідки пологів і операції КР ми звертали увагу на тривалість лактації, час відновлення менструального циклу, а також появи нової генітальної та екстрагенітальної патології впродовж одного року після розродження, а також варіанти контрацепції, що використовуються.

Статистичну обробку отриманих даних виконували за програмою "MEDSTAT". Залежно від типів даних і розв'язуваних завдань використовували параметричні і непараметричні критерії [Минцер А. П., 2005].

## РОЗДІЛ 3

### РЕЗУЛЬТАТИ ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

#### 3.1. Клінічна характеристика пацієнток

Оцінюючи соціальний статус обстежених дівчат-підлітків (табл. 3.1) встановлено, що в трьох групах переважали школярки (контрольна – 63,3%; 1 – 66,7% і 2 – 73,3%), дещо рідше зустрічалися дівчата, що навчаються в технікумі, ліцеї і вузі ( контрольна – 26, 7%; 1 – 23,3% і 2 – 20,0. Непрацюючі дівчата-підлітки зустрічались набагато рідше (контрольна – 10,0%; 1 – 10,0% і 2 – 6,7%).

Таблиця 3.1

**Соціальний статус дівчат-підлітків (%)**

Показники	Групи		
	Контрольна	1 n=30	2 n=30
Школярки	63,3	66,7	73,3
Учні технікумів, ліцеїв, ВУЗів	26,7	23,3	20,0
Непрацюючі	10,0	10,0	6,7

Для вивчення фізичного розвитку, особливостей репродуктивної системи і вираженості вторинних статевих ознак виділені вікові періоди з інтервалом в один рік. Середній вік в контрольній групі складав  $16,5 \pm 0,8$ , в 1 –  $16,9 \pm 0,3$  і в 2 –  $16,4 \pm 0,2$  року. При вивченні вікових аспектів (табл. 3.2) встановлено переважання двох основних параметрів: 16 років (контрольна – 33,3%, 1 – 30,0% і 2 – 26, 7%) і 17 років (всі групи по 36,7%).



**Вікові аспекти пацієнток (%)**

Показники	Групи		
	Контрольна n=30	1 n=30	2 n=30
До 15 років	6,7	10,0	10,0
15 років	13,3	10,0	13,3
16 років	33,3	30,0	26,7
17 років	36,7	36,7	36,7
18 років	10,0	13,3	13,3

Середній вік настання менархе у юних ЖНП складав в контрольній групі  $12,9 \pm 0,3$ , в 1 –  $12,8 \pm 0,6$  і в 2 –  $12,6 \pm 0,2$  року, що відповідає настанню першої менструації у дівчат Сумського регіону. Вік початку статевого життя у сексуально активних підлітків складав  $14,9 \pm 0,3$  років. В 100% випадків статеве життя починалося без вступу до шлюбу. Моногамних відносин дотримувалися 70% обстежених, а 30% указували на наявність двох і більше партнерів. При цьому, чим раніше дівчата починали статеве життя, тим активніше вони його вели, тим більшу кількість партнерів вони указували. Гінекологічний вік дівчат-підлітків, які живуть статевим життям, на момент початку статевого життя складав  $3,9 \pm 0,2$  року, причому практично всі не використовували контрацептивні методики.

Вивчення соматичного здоров'я юних ЖНП дозволило виявити (табл.3.3), що більшість (більше 80%) дівчат обох груп мала соматичні захворювання. Провідні місця серед них займали аденовірусна інфекція (контрольна група – 30,0%, 1 – 33,3% і 2 – 36,7%), патологія ЛОР-органів (контрольна група – 20,0%, 1 – 23,3% і 2 – 26,7%), захворювання шлунково-кишкового тракту (контрольна група – 23,3%, 1 – 20,0% і 2 – 16,7%),

ендокринна патологія (контрольна група – 10,0%, 1 – 13,3% і 2 – 10,0%) і захворювання нирок (контрольна група – 6,7%, 1 – 10,0% і 2 – 10,0%).

Таблиця 3.3

**Соматична захворюваність дівчат-підлітків (%)**

Показники	Групи		
	Контрольна n=30	1 n=30	2 n=30
Аденовірусна інфекція	30,0	33,3	36,7
ЛОР-патологія	20,0	23,3	26,7
Захворювання ШКТ	23,3	20,0	16,7
Ендокринна патологія	10,0	13,3	10,0
Захворювання нирок	6,7	10,0	10,0

Таким чином, як показали результати клінічної характеристики юних ЖНП, до моменту настання вагітності ці пацієнтки складають групу високого ризику щодо розвитку акушерських та перинатальних ускладнень.

**3.2. Клінічний перебіг вагітності, операції і післяопераційного періоду**

Дані табл. 3.4 вказують на відсутність суттєвих відмінностей між 1 та 2 групами в клінічному перебігу і половини вагітності, де основними ускладненнями були бактеріальний вагіноз (контрольна група – 3,3%, 1 – 23,3% і 2 – 20,0%), загроза переривання вагітності (1 група – 10,0%, 2 – 13,3%), анемія (1 група – 13,3%, 2 група – 10,0%), респіраторна вірусна інфекція (контрольна група – 3,3%, 1 – 16,7% і 2 – 20,0%).

**Перебіг I половини вагітності (%)**

Показники	Групи		
	Контрольна n=30	1 n=30	2 n=30
Бактеріальний вагіноз	3,3	23,3	20,0
Загроза переривання вагітності	-	10,0	13,3
Анемія	-	13,3	10,0
Респіраторна вірусна інфекція	3,3	16,7	20,0
Погіршення соматичної захворюваності	-	10,0	6,7

Після 20 тижнів вагітності (табл. 3.5) суттєвих відмінностей між групами не спостерігалось. Слід відмітити суттєвий рівень в обох основних групах анемії вагітних (контрольна група – 20,0%, 1 – 53,3% та 2 – 56,7%), плацентарної недостатності (контрольна група – 10,0%, 1 – 33,3% та 2 – 30,0%) та преєклампсії (контрольна група – 3,3%, 1 – 20,0% і 2 – 23,3%).

**Перебіг II половини вагітності**

Показник	Групи		
	Контрольна n=30	1 n=30	2 n=30
Преєклампсія	3,3	20,0	23,3
Анемія вагітних	20,0	53,3	56,7

Плацентарна недостатність	10,0	33,3	30,0
Загроза передчасних пологів	3,3	10,0	13,3
Респіраторна вірусна інфекція	3,3	10,0	6,7
Погіршення соматичної захворюваності	-	6,7	10,0
Бактеріальний вагіноз	3,3	33,3	30,0

Нами проаналізовано клінічний перебіг пологів у юних ЖНП всіх трьох груп (табл. 3.6). Найчастіше було відмічено передчасний розрив плодових оболонок (контрольна група – 10,0%, 1 – 33,3% і 2 – 30,0%) і як наслідок – різні варіанти аномалій пологової діяльності (контрольна група – 6,7%, 1 – 20,0% та 2 – 23,3%), в структурі яких переважала дискоординована пологова діяльність (в 5 з 13 випадків – 38,5%).

Таблиця 3.6

**Ускладнений перебіг пологів (%)**

Показник	Групи		
	Контрольна n=30	1 n=30	2 n=30
Аномалії пологової діяльності:	6,7	20,0	23,3
Первинна слабкість	6,7	3,3	3,3
Вторинна слабкість	-	6,7	6,7
Дискоординована пологова діяльність	-	6,7	10,0
Слабкість потуг	-	3,3	3,3
Передчасний розрив	10,0	33,3	30,0

плодових оболонок			
Дистрес плода	-	10,0	13,3

Представлені дані щодо структури показів до операції КР (табл. 3.7) свідчать про чотири основних покази: клінічно вузький таз (1 група – 20,0% і 2 – 23,3%), гострий дистрес плода (1 група – 23,3% і 2 – 20,0%), неефективне лікування аномалій пологової діяльності (1 група – 16,7% і 2 – 13,3%) та тазове передлежання великовагового плода (1 група – 13,3% і 2 – 16,7%). Решта варіантів показів мали місце в поодиноких випадках. В плановому порядку (тазове передлежання великовагового плода, екстрагенітальна патологія, передлежання плаценти) було прооперовано 20,0% юних ЖНП 1-ї групи і 26,7% - в 2-й групі. Решта прооперована в ургентному порядку. При недоношеній вагітності (тяжкі форми прееклампсії й передчасне відшарування плаценти) було прооперовано 13,3% з 1 групи і 10,0% - з 2 групи. Дуже важливим є той факт, що суттєвих відмінностей між основними групами щодо варіанта показів не відмічалось.

Таблиця 3.7

**Покази до абдомінального розродження (%)**

Показник	Групи	
	1 n=30	2 n=30
Клінічно вузький таз	20,0	23,3
Гострий дистрес плода	23,3	20,0
Аномалії пологової діяльності	16,7	13,3
Тазове передлежання великовагового плода	13,3	16,7

Тяжка форма прееклампсії	6,7	6,7
Екстрагенітальна патологія	3,3	6,7
Передлежання плаценти	3,3	3,3
Передчасне відшарування плаценти	6,7	3,3
Поперечне і косе положення плода	6,7	6,7

Аналізуючи безпосереднє використання запропонованої лікувально-профілактичної методики у юних ЖНП 2-ї групи необхідно відзначити відсутність алергічних реакцій та індивідуальної непереносимості комплексних біологічних препаратів.

Середня вага новонароджених склала в контрольній групі – 2541,0±450,0 г.; в 1 та 2 групі – 2780,0±450,0 г. Зріст в групі контролю – 49±0,8см., в 1 та 2 групі – 50 см±1см. Аналіз оцінок за шкалою Апгар показав, що на першій хвилині життя стан дітей народжених шляхом КР є гіршим в порівнянні з групою контролю (7,0±0,5 та 8,0±0,5 відповідно).

Основним підтвердженням клінічної ефективності комплексного підходу до зниження післяопераційних захворювань є результати клінічного перебігу післяопераційного періоду (рис. 3.1).

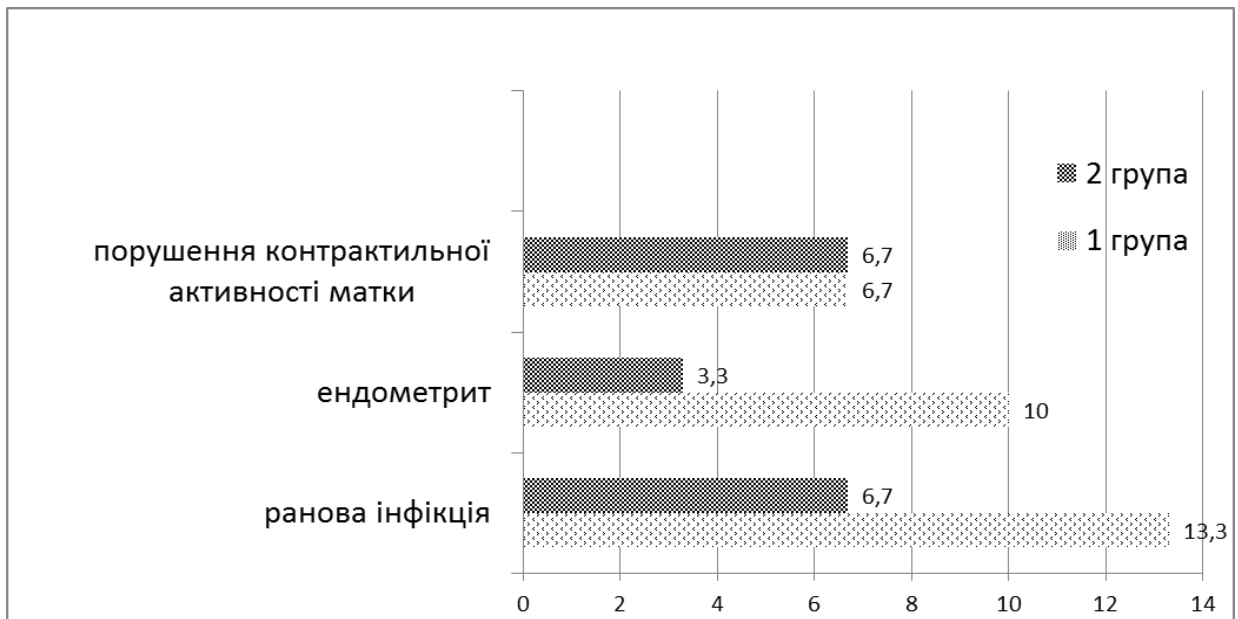


Рис. 3.1 Результати клінічного перебігу післяопераційного періоду (%).

Завдяки такому підходу нам вдалося суттєво зменшити рівень ранової інфекції (з 13,3% в 1 групі до 6,7% в 2 групі), ендометриту (з 10,0% до 3,3% відповідно) та порушень контрактильної активності матки у вигляді її субінволюції та лохіометри (з 16,7% до 6,7%). Це сприяло зниженню тривалості післяопераційного перебування в стаціонарі з  $10,6 \pm 1,0$  доби до  $7,0 \pm 0,5$  доби ( $p < 0,01$ ), що свідчить про економічну ефективність запропонованої лікувально-профілактичної методики.

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, комплексний підхід до профілактики післяопераційних гнійно-запальних ускладнень у юних ЖНП, розроджених шляхом операції КР, дозволяє суттєво знизити післяопераційну захворюваність та перебування хворих у стаціонарі. Особливий інтерес представляють віддалені результати, особливо у вивченні стану репродуктивного здоров'я юних жінок.

### 3.3. Клінічний перебіг віддаленого післяопераційного періоду

Одним з головних моментів, що впливають на початок використання лікувально-профілактичних заходів, є припинення лактації. Цей показник був ідентичним в 1 та 2 групах та складав  $4,2 \pm 0,2$  і  $4,1 \pm 0,3$  місяця відповідно ( $p > 0,05$ ). Час відновлення менструальної функції після припинення лактації складав  $1,7 \pm 0,1$  місяця в обох групах ( $p > 0,05$ ). Методика відновного лікування змістовно описана у 2 розділі.

При оцінці клінічного перебігу віддаленого післяопераційного періоду ми керувалися частотою патологічної симптоматики, яка представлена в табл. 3.8.

Виходячи з отриманих даних, через 0,5 року після розродження клінічні симптоми мали місце в поодиноких випадках (від 3,3% до 6,7%) незалежно від методики ведення хворих. Але вже через рік після КР, відмічалася достовірна різниця: больовий синдром (20,0% порівняно з 10,0%;  $p < 0,01$ ), порушення циклічності (20,0% проти 10,0%;  $p < 0,01$ ) та болі, що не піддаються лікуванню (16,7% порівняно з 10,0%;  $p < 0,05$ ).

Таблиця 3.8

#### Клінічна симптоматика віддаленого періоду після кесаревого розтину (%)

Показники	Групи жінок та терміни обстеження			
	1 n=30		2 n=30	
	0,5 року	1 рік	0,5 року	1 рік
Больовий синдром	6,7	20,0	6,7	10,0**
Альгоменорея	3,3	10,0	3,3	6,7
Порушення циклічності	6,7	20,0	6,7	10,0**
Міжменструальні кров'яністі виділення	3,3	13,3	3,3	6,7**



Болі при коїтусі	6,7	13,3	6,7	10,0
Зниження сексуальної функції	3,3	13,3	3,3	10,0
Болі, що не піддаються лікуванню	6,7	16,7	6,7	10,0*

Достовірність р відносно 1 групи

\*< 0,05

\*\*< 0,01

\*\*\*< 0,001

Через 1,5 року (табл. 3.9) ця різниця ставала ще більш відчутною, але найбільш виражена вона спостерігалася через 2 роки після абдомінального розродження. При цьому, найчастіше зустрічалися різні порушення менструального циклу: порушення циклічності (36,7% проти 13,3%;  $p < 0,01$ ), альгоменорея (26,7% порівняно з 13,3%;  $p < 0,01$ ), міжменструальні кров'яністі виділення (26,7% проти 10,0%;  $p < 0,01$ ), а також больовий синдром (30,0% порівняно з 13,3%;  $p < 0,01$ ).

Таблиця 3.9

**Клінічна симптоматика віддаленого періоду після кесаревого розтину (%)**

Показники	Групи жінок та терміни обстеження			
	1 n=30		2 n=30	
	1,5 року	2 роки	1,5 року	2 роки
Больовий синдром	23,3	30,0	10,0**	13,3**
Альгоменорея	20,0	26,7	10,0**	13,3**
Порушення циклічності	26,7	36,7	13,3**	13,3**
Міжменструальні	20,0	26,7	10,0**	10,0**

кров'янисті виділення				
Болі при коїтусі	16,7	20,0	10,0*	13,3*
Зниження сексуальної функції	20,0	20,0	16,7	16,7
Болі, що не піддаються лікуванню	20,0	20,0	13,3*	13,3*

Достовірність р відносно 1 групи

\* < 0,05

\*\* < 0,01

\*\*\* < 0,001

Дані табл. 3.10 свідчать, що нейроендокринні симптоми у юних ЖНП після КР через 0,5 року мали місце в поодиноких випадках (від 3,3% до 6,7%). Через 1 рік різниця зустрічалась тільки при оцінці частоти депресії, яка складала 13,3% в 1 групі і 6,7% ( $p < 0,01$ ) – в 2.

Таблиця 3.10

### Нейроендокринні симптоми (%)

Показники	Групи жінок та терміни обстеження			
	1 n=30		2 n=30	
	0,5 року	1 рік	0,5 року	1 рік
Втомленість	3,3	10,0	3,3	6,7
Нервозність	3,3	10,0	3,3	6,7
Депресія	3,3	13,3	3,3	6,7**
Дратівливість	6,7	10,0	3,3	6,7
Порушення пам'яті	3,3	6,7	6,7	6,7

Пітливість	3,3	6,7	3,3	3,3
Збільшення ваги	6,7	10,0	3,3	6,7
Дизуричні розлади	6,7	10,0	3,3	6,7
Безсоння	3,3	10,0	3,3	3,3

Достовірність р відносно 1 групи

\*< 0,05

\*\*< 0,01

\*\*\*< 0,001

Через 1,5 року (табл. 3.11) відмінності зустрічалися набагато частіше, в тому числі нервозність (20,0% проти 13,3%;  $p<0,05$ ), депресія (20,0% проти 10,0%;  $p<0,05$ ) та втомленість (16,7% порівняно з 10,0%;  $p<0,05$ ). Через 2 роки ця тенденція зберігалася, а додатково в 1 групі частіше зустрічалося безсоння (16,7% проти 10,0%;  $p<0,05$ ).

Таблиця 3.11

### Нейроендокринні симптоми (%)

Показники	Групи жінок та терміни обстеження			
	1 n=30		2 n=30	
	1,5 року	2 роки	1,5 року	1 роки
Втомленість	16,7	23,3	10,0*	13,3*
Нервозність	20,0	23,3	13,3*	13,3*
Депресія	20,0	23,3	10,0**	10,0**
Дратівливість	20,0	20,0	10,0**	13,3*

Порушення пам'яті	10,0	10,0	6,7	10,0
Пітливість	10,0	10,0	6,7	6,7
Збільшення ваги	13,3	16,7	10,0	13,3
Дизуричні розлади	10,0	13,3	10,0	10,0
Безсоння	10,0	16,7	6,7	10,0*

Достовірність р відносно 1 групи

\* < 0,05

\*\* < 0,01

\*\*\* < 0,001

Безумовно, така виражена різниця патологічної симптоматики відобразилася і на частоті нової генітальної патології (табл. 3.12). При цьому, упродовж першого року після абдомінального розродження вона зустрічалася в поодиноких випадках (від 3,3% до 6,7%) і за групами не відрізнялася ( $p > 0,05$ ).

Таблиця 3.12

### Генітальна патологія (%)

Показники	Групи жінок та терміни обстеження			
	1 n=30		2 n=30	
	0,5 року	1 рік	0,5 року	1 рік
Бактеріальний вагіноз	3,3	10,0	3,3	6,7
Ендоцервіцит	-	6,7	-	3,3
Ерозія шийки матки	-	3,3	-	6,7

Сальпінгофорит	3,3	10,0	3,3	6,7
Ендометрит	-	3,3	-	-
Дисфункціональні маткові кровотечі	3,3	10,0	3,3	6,7

Достовірність р відносно 1 групи

\*< 0,05

\*\*< 0,01

\*\*\*< 0,001

Через 1,5 року (табл. 3.13) найбільш виражені відмінності склали: бактеріальний вагіноз ( 20,0 % порівняно з 10,0%;  $p < 0,01$  ), дисфункціональні маткові кровотечі (20,0% проти 10,0%;  $p < 0,01$ ) та сальпінгофорити (16,7% порівняно з 10,0%;  $p < 0,05$ ). Надалі, через 2 роки, ця різниця стала більш відчутною, практично, з боку всіх показників, що вивчаються, але більш виражена за рахунок дисфункціональних маткових кровотеч (26,7% проти 10,0%;  $p < 0,01$ ); бактеріального вагінозу (23,3% порівняно з 13,3%;  $p < 0,05$ ) та сальпінгофоритів (23,3% проти 13,3%;  $p < 0,05$ ). У пацієток, які отримували загальноприйняте відновне лікування, спостерігався високий рівень ендометритів – (16,7% порівняно з 6,7%;  $p < 0,01$ ).

Таблиця 3.13

### Генітальна патологія (%)

Показники	Групи жінок та терміни обстеження			
	1 n=30		2 n=30	
	1,5 року	2 роки	1,5 року	2 роки

Бактеріальний вагіноз	20,0	23,3	10,0**	13,3*
Ендоцервіцит	13,3	20,0	6,7**	13,3*
Ерозія шийки матки	10,0	20,0	6,7	10,0**
Сальпінгофорит	16,7	23,3	10,0*	13,3*
Ендометрит	6,7	16,7	3,3	6,7
Дисфункціональні маткові кровотечі	20,0	26,7	10,0**	10,0**

Достовірність р відносно 1 групи

\* < 0,05

\*\* < 0,01

\*\*\* < 0,001

Відносно високий рівень супутньої екстрагенітальної патології (табл. 3.14) був зумовлений значною її частотою ще до розродження. Через 0,5 року достовірних відмінностей за групами не спостерігалось ( $p > 0,05$ ). Через 1 рік у жінок 1 групи була вище тільки частота пієлонефриту (20,0% проти 13,3%;  $p < 0,05$ ).

Таблиця 3.14

### Екстрагенітальна патологія (%)

Показники	Групи жінок та терміни обстеження			
	1 n=30		2 n=30	
	0,5 року	1 рік	0,5 року	1 рік
Нейроциркуляторна астенія	13,3	23,3	3,3	13,3*
Тиреотоксикоз	6,7	10,0	6,7	13,3
Гіпотиреоз	3,3	3,3	3,3	3,3

Пієлонефрит	13,3	20,0	13,3	13,3*
Ожиріння	10,0	13,3	10,0	13,3
Гепатохолецистит	10,0	13,3	10,0	13,3
Обструктивний бронхіт	3,3	6,7	-	3,3

Достовірність р відносно 1 групи

\*< 0,05

\*\*< 0,01

\*\*\*< 0,001

Надалі, як через 1,5 року, так і через 2 роки (табл. 3.15), додатково став вище рівень нейроциркуляторної астенії (30% порівняно з 16,7%;  $p<0,05$ ) та тиреоїдної патології (20,0% проти 13,3%;  $p<0,05$ ). Використання розробленого нами комплексу лікувально-профілактичних заходів на підставі використання антигомотоксичної терапії не дозволило суттєво збільшити частоту основних нозологічних форм соматичної захворюваності, що додатково свідчить про ефективність запропонованого відновного лікування.

Таблиця 3.15

### Екстрагенітальна патологія (%)

Показники	Групи жінок та терміни обстеження			
	1 n=30		2 n=30	
	1,5 року	2 роки	1,5 року	2 роки
Нейроциркуляторна астенія	30,0	30,0	16,7	16,7*
Тиреотоксикоз	20,0	10,0	20,0	10,0
Гіпотиреоз	3,3	3,3	3,3	3,3

Пієлонефрит	13,3	13,3	13,3	13,3*
Ожиріння	10,0	10,0	10,0	10,0
Гепатохолецистит	10,0	10,0	10,0	10,0
Обструктивний бронхіт	3,3	6,7	-	3,3

Достовірність р відносно 1 групи

\*< 0,05

\*\*< 0,01

\*\*\*< 0,001

Оцінюючи клінічний перебіг віддаленого післяопераційного періоду необхідно відмітити, що випадків вагітності у жінок 2 групи у досліджуваний період не спостерігалось, в той час, як в 1 групі цей показник складав 20,0%, що, природньо, є достатньо високим, враховуючи молодий вік, 2-річний період після КР і має негативне значення для репродуктивного здоров'я молодих жінок.

Отже, використання розробленого комплексу відновного лікування після КР у юних ЖНП дозволяє знизити частоту розвитку порушень менструального циклу в 2,67 рази, ендометриту – в 2,5, бактеріального вагінозу – в 1,75, сальпінгофориту – в 1,75, нейроциркуляторної астенії – в 1,8, тиреоїдної патології – в 1,4 та пієлонефриту – в 1,4 рази.



## РОЗДІЛ 4

### АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Згідно з одержаними нами результатами середній вік в контрольній групі складав  $16,5 \pm 0,8$  року, в 1 –  $16,9 \pm 0,3$ , в 2 –  $16,4 \pm 0,2$  року, що майже не відрізняється між собою ( $p > 0,05$ ). При оцінці соціального статусу встановлено, що у всіх трьох групах переважали школярки (контрольна група – 63,3%; 1 – 66,7% і 2 – 73,3%), дещо рідше зустрічалися дівчата, що навчаються в технікумах, ліцєях і вузах (контрольна група – 26,7%; 1 – 23,3% і 2 – 20,0%). Непрацюючі дівчата-підлітки зустрічалися ще рідше (контрольна група – 10,0%; 1 – 10,0% і 2 – 6,7%).

За даними сучасної літератури [27, 92] особливе значення в клінічній оцінці перебігу гестаційного періоду і пологів у юних ЖНП мають особливості становлення менструальної функції. За нашими даними середній вік настання менархе у юних ЖНП складав в контрольній групі  $12,9 \pm 0,3$  року, в 1 –  $12,8 \pm 0,6$ , в 2 –  $12,6 \pm 0,2$  року, що майже не відрізняється між собою ( $p > 0,05$ ) і відповідає настанню першої менструації у дівчат Сумського регіону.

Вік початку статевого життя у сексуально активних підлітків складав  $14,9 \pm 0,3$  року. В 100% випадків статеве життя починалося без вступу до шлюбу. Моногамних відносин дотримувалися 70% обстежених, а 30% указували на наявність двох і більше партнерів. При цьому, чим раніше дівчата починали статеве життя, тим активніше вони його вели, тим більшу кількість партнерів вони указували. Гінекологічний вік дівчат-підлітків, які живуть статевим життям, на момент початку статевого життя складав  $3,9 \pm 0,2$  року, причому практично всі не користувалися контрацептивами. Одержані результати підтверджують думку провідних фахівців як у нашій країні, так і

за рубежем [Мордухович А. С., 1987], що відсутність чітких рекомендацій з питань планування сім'ї у дівчат-підлітків призводить до ранньої вагітності, яка в більшості випадків (за нашими даними в 73,3%) є небажаною і її прогресування зумовлено рядом суб'єктивних причин медико-соціального характеру.

Вивчення соматичного здоров'я юних ЖНП встановило, що більшість (83,3%) дівчат обох груп мали обтяжений соматичний анамнез. Провідні місця серед них займали: аденовірусні інфекції (контрольна група – 30,0%; 1 – 33,3% і 2 – 36,7%), патологія ЛОР-органів (контрольна група – 20,0%; 1 – 23,3% і 2 – 26,7%), захворювання шлунково-кишкового тракту (контрольна група – 23,3%; 1 – 20,0% і 2 – 16,7%), ендокринна патологія (контрольна група – 10,0%; 1 – 13,3% і 2 – 10,0%) і захворювання нирок (контрольна група – 6,7%; 1 – 10,0% і 2 – 10,0%), що погоджується з даними сучасної літератури про високий рівень соматичної захворюваності [2].

Отже, як показали результати клінічної характеристики, ці пацієнтки відносяться до групи високого ризику щодо розвитку акушерських і перинатальних ускладнень, що диктує необхідність індивідуального підходу при розробці тактики ведення у них вагітності і пологів.

Дані вітчизняної і зарубіжної літератури [75] свідчать про високу частоту ускладнень гестаційного періоду у ЖНП до 18 років. При оцінці одержаних нами результатів основними ускладненнями були бактеріальний вагіноз (контрольна група – 3,3%; 1 – 23,3% та 2 – 20,0%), загроза переривання вагітності (1 група – 10,0% та 2 – 13,3%), анемія (1 група – 13,3% та 2 група – 10,0%) і респіраторна вірусна інфекція (контрольна група – 3,3%; 1 – 16,7% і 2 – 20,0%).

Серед основних ускладнень клінічного перебігу пологів у юних ЖНП переважали передчасний розрив плодових оболонок (контрольна група – 10,0%; 1 група – 33,3% і 2 – 30,0%) і як наслідок – різні варіанти аномалій

пологової діяльності (контрольна група – 6,7%; 1 – 20,0% та 2 – 23,3%), в структурі яких переважала дискоординована пологова діяльність (в 5 з 13 випадків – 38,5%).

Представлені дані про структуру показів до операції КР широко обговорюються в сучасній літературі [11, 84]. При цьому можна виділити чотири основні покази: клінічно вузький таз (1 група – 20,0% і 2 – 23,3%), гострий дистрес плода (1 група – 23,3% і 2 – 20,0%), неефективне лікування аномалій пологової діяльності (1 група – 16,7% і 2 – 13,3%) і тазове передлежання великовагового плода (1 група – 13,3% і 2 – 16,7%). Решта варіантів показів мали місце в поодиноких випадках. В плановому порядку (тазове передлежання великовагового плода, екстрагенітальна патологія, передлежання плаценти) було прооперовано 20,0% юних ЖНП 1-ї групи і 26,7% - в 2-й групі. Всі інші прооперовані в ургентному порядку. При недоношеній вагітності (тяжкі форми прееклампсії і передчасне відшарування плаценти) було прооперовано 13,3% з 1 групи і 10,0% - з 2 групи. Дуже важливим є той факт, що суттєвих відмінностей між основними групами щодо варіанту показів не відмічалось.

Аналізуючи безпосереднє використання запропонованої лікувально-профілактичної методики у юних ЖНП 2 групи необхідно відзначити відсутність алергічних реакцій і індивідуальної непереносимості антигомотоксичних препаратів.

Основним підтвердженням клінічної ефективності комплексного підходу до зниження післяопераційних захворювань є результати клінічного перебігу післяопераційного періоду [32, 98]. Завдяки такому підходу нам вдалося суттєво зменшити рівень ранової інфекції (з 13,3% в 1 групі до 6,7% в 2 групі), ендометриту (з 10,0% до 3,3% відповідно) та порушень контрактильної активності матки у вигляді її субінволюції та лохіометри (з 16,7% до 6,7% відповідно). Це сприяло зниженню тривалості

післяопераційного перебування в стаціонарі з  $10,6 \pm 1,0$  днів до  $7,0 \pm 0,5$  ( $p < 0,01$ ), що свідчить про економічну ефективність запропонованої лікувально-профілактичної методики.

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, комплексний підхід до профілактики післяопераційних гнійно-запальних ускладнень у юних ЖНП, розроджених КР, дозволяє суттєво знизити післяопераційну захворюваність та перебування хворих у стаціонарі. Разом з тим, особливий інтерес представляють віддалені результати, особливо в плані стану репродуктивного здоров'я юних жінок.

Одним з головних моментів, що впливають на початок використання лікувально-профілактичних заходів, є припинення лактації. Цей показник був ідентичним в 1 та 2 групах та складав  $4,2 \pm 0,2$  і  $4,1 \pm 0,3$  місяця відповідно ( $p > 0,05$ ). Час відновлення менструальної функції після припинення лактації складав  $1,7 \pm 0,1$  місяця в обох групах ( $p > 0,05$ ). Тут слід додати, що алергічних реакцій та випадків індивідуальної непереносимості антигомотоксичних препаратів не спостерігалось.

При оцінці клінічного перебігу віддаленого післяпологового періоду ми керувалися частотою основної патологічної симптоматики, яка описана в сучасній літературі [70, 75]. Виходячи з отриманих даних, через 0,5 року після розродження клінічні симптоми мали місце в поодиноких випадках (від 3,3% до 6,7%) незалежно від методики ведення хворих. Однак, вже через рік після КР, при використанні антигомотоксичної терапії можна було відмітити різницю показників: больовий синдром (20,0% порівняно з 10,0%;  $p < 0,01$ ), порушення циклічності (20,0% проти 10,0%;  $p < 0,01$ ) та болі, що не піддаються лікуванню (16,7% порівняно з 10,0%;  $p < 0,05$ ).

Через 1,5 року ця різниця ставала ще більш відчутною, але найбільш вона спостерігалася через 2 роки після абдомінального розродження. Найчастіше зустрічалися різні порушення менструального циклу:

порушення циклічності (36,7% в 1 групі проти 13,3% в 2;  $p < 0,01$ ), альгоменорея (26,7% в 1 групі порівняно з 13,3% в 2;  $p < 0,01$ ), міжменструальні кров'янисті виділення (26,7% в 1 групі проти 10,0% в 2;  $p < 0,01$ ), та больовий синдром (30,0% в 1 групі порівняно з 13,3% в 2 групі;  $p < 0,01$ ).

Одержані нами результати свідчать, що нейроендокринні симптоми у юних ЖНП після КР через 0,5 року мали місце в поодиноких випадках (від 3,3% до 6,7%). Через 1 рік різниця зустрічалась тільки при оцінці частоти депресії, яка складала 13,3% в 1 групі і 6,7% ( $p < 0,01$ ) – в 2. Через 1,5 року відмінності зустрічалися набагато частіше, в тому числі: нервозність (20,0% проти 13,3%;  $p < 0,05$ ), депресія (20,0% проти 10,0%;  $p < 0,05$ ) та втомленість (16,7% порівняно з 10,0%;  $p < 0,05$ ). Через 2 роки ця тенденція зберігалася. Додатково в 1 групі частіше зустрічалось безсоння (16,7% проти 10,0%;  $p < 0,05$ ). Тут необхідно відзначити, що наявність нейроендокринної симптоматики було зумовлено не тільки перенесеною операцією КР, але і рядом соціальних моментів, пов'язаних з вагітністю в ранньому віці, що також описано в літературі [5, 15].

Така виражена різниця патологічної симптоматики відобразилася і на частоті нової генітальної патології. Упродовж першого року після КР вона зустрічалася в поодиноких випадках (від 3,3% до 6,7%) і за групами не відрізнялася ( $p > 0,05$ ). Але вже через 1,5 року найбільш виражені відмінності складали: бактеріальні вагінози (20,0 % порівняно з 10,0%;  $p < 0,01$ ), дисфункціональні маткові кровотечі (20,0% проти 10,0%;  $p < 0,01$ ) та сальпінгофорити (16,7% порівняно з 10,0%;  $p < 0,05$ ). Через 2 роки, ця різниця стала більш відчутною, практично, з боку всіх показників, що вивчаються, але більш виражена за рахунок дисфункціональних маткових кровотеч (26,7% проти 10,0%;  $p < 0,01$ ); бактеріального вагінозу (23,3% порівняно з 13,3%;  $p < 0,05$ ) та сальпінгофоритів (23,3% проти 13,3%;

$p < 0,05$ ). У пацієнток, які отримували загальноприйняте відновне лікування, був високий рівень ендометритів, – (16,7% порівняно з 6,7%;  $p < 0,01$ ).

Відносно високий рівень супутньої екстрагенітальної патології був зумовлений значною її частотою ще до розродження. Через 0,5 року відмінностей за групами майже не спостерігалось ( $p > 0,05$ ). Через 1 рік у жінок 1 групи була вище тільки частота пієлонефриту (20,0% проти 13,3%;  $p < 0,05$ ). Надалі, як через 1,5 року, так і через 2 роки, став вище рівень нейроциркуляторної астенії (30% порівняно з 16,7%;  $p < 0,05$ ) та тиреоїдної патології (20,0% проти 13,3%;  $p < 0,05$ ). Використання комплексу лікувально-профілактичних заходів на підставі використання антигомотоксичної терапії не дозволило суттєво збільшити частоту основних нозологічних форм соматичної захворюваності, що додатково свідчить про ефективність запропонованого відновного лікування.

Оцінюючи клінічний перебіг віддаленого післяопераційного періоду необхідно відмітити, що випадків вагітності у жінок 2 групи у досліджуваний період не спостерігалось, в той час, як в 1 групі цей показник складав 20,0%, що, природньо, є достатньо високим, враховуючи молодий вік, 2-річний період після кесаревого розтину і має негативне значення для репродуктивного здоров'я молодих жінок.

Отже, використання розробленого комплексу відновного лікування після кесаревого розтину у юних ЖНП дозволяє знизити частоту розвитку порушень менструального циклу в 2,7 рази, ендометриту – в 2,5, бактеріального вагінозу – в 1,75, сальпінгофориту – в 1,75, нейроциркуляторної астенії – в 1,8, тиреоїдної патології – в 1,4 та пієлонефриту – в 1,4 рази.

## ВИСНОВКИ

По результатам клінічних досліджень, юні ЖНП складають групу високого ризику щодо розвитку акушерських ускладнень.

1. Клінічний перебіг вагітності у юних ЖНП характеризується високою частотою анемії вагітних (56,7%), плацентарної недостатності (33,3%) та преєклампсії (23,3%), що призводить до значного рівня передчасного розриву плодових оболонок (33,3%) і аномалій пологової діяльності (23,3%), в структурі яких переважає дискоординувана пологова діяльність (38,5%).
2. У структурі показів до кесаревого розтину у юних ЖНП переважають клінічно вузький таз (23,3%), гострий дистрес плода (23,3%), неефективне лікування аномалій пологової діяльності (16,7%) і тазове передлежання великовагового плоду (16,7%). В плановому порядку виконується тільки 20,0% операцій і при доношеній вагітності – 86,7%.
3. Абдомінальне розродження у юних ЖНП супроводжується високою частотою післяопераційних ускладнень у вигляді ранової інфекції (13,3%), ендометриту (10,0%) та порушень контрактильної активності матки (16,7%).
4. Кесарів розтин у юних ЖНП є чинником ризику розвитку генітальної патології впродовж 2 років після розродження з переважанням дисфункціональних маткових кровотеч (26,7%), бактеріального вагінозу (23,3%), хронічного сальпінгофориту (23,3%) й ендометриту (16,7%).
5. Використання запропонованих лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів дозволяє знизити у юних ЖНП, розроджених шляхом операції КР, частоту як ранніх ускладнень (ранової інфекції – в 2 рази, ендометриту – в 3, порушень контрактильної активності

матки – в 2,5 рази), так і віддалених (порушень менструального циклу в 2,7 рази, хронічного ендометриту – в 2,5, бактеріального вагінозу – в 1,8 і хронічного сальпінгофориту – в 1,8 рази).



## ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Кесарів розтин у юних ЖНП є чинником ризику порушень репродуктивного здоров'я і призводить до зростання гінекологічної захворюваності і нейроендокринної симптоматики.
2. Для зниження частоти патологічних змін з боку репродуктивної системи у юних ЖНП необхідно використовувати додатково до загальноприйнятих лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів антигомотоксичну терапію: в ранньому післяопераційному періоді препарати траумель й енгістол, а для відновного лікування – коензим – композитум і оваріум – композитум в загальноприйнятому дозуванні.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Александр Ольгин. Кесарю – кесарево. "Медицинские аспекты здоровья женщины". №3. – 2006.
2. Астахов В.М. До питання про психоемоційний статус юних вагітних // Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 1995. – №5. – С. 37-38.
3. Байтерян И.К., Яруллин А.Х. Продолжительность родовой деятельности в различных возрастных группах. //Казанский медицинский журнал. – 2003. – Т.64. - №4. – С.305.
4. Бакуленко Л.П., Нестерова А.А., Захарова Л.В. Некоторые показатели иммунной системы при нефропатии беременных. // Тезисы докладов Пленума правления Всесоюзного научного общества акушеров-гинекологов "Пути снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности при поздних токсикозах беременных". – М., 2005. – С. 8-9
5. Бедный М.С. Беременность и роды у юных первородящих // Демографические факторы здоровья. – М., 2004. – С. 16-18
6. Венцовский Б.М. Некоторые дискуссионные вопросы кесарева сечения // Зб. наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – Сімферополь. – 1998. – С.40-43
7. Веренич Г.И., Кузьменкова И.К. Лечение и профилактика патологических состояний у детей в период новорожденности. – Минск. – 2006. – С. 11-12
8. Воронин К.В., Козинец Г.И., Сердюк В.Н. Ранние гемореологические нарушения у беременных с риском развития позднего токсикоза // Акушерство и гинекология – 1999. - №10. – С. 34-36
9. Гайдуллина Э.А., Шадрина Т.Н. Течение беременности и родов у юных женщин и особенности адаптации их новорожденных по материалам 4

- родильного дома // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. – Казань. – 2001. – С. 31-32
10. Григоренко А.П., Жилко О.Л., Якубовський А.Ф., Шинкарчук В.В. / Роль та місце кесаревого розтину при передчасному розродженні. Зб. наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – Київ. – 2001. – С. 168-171
11. Григоренко П.П., Приймак І.А., Григоренко А.П. Проблеми і перспективи кесарева розтину в сучасному акушерстві // Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 2000. – №1. – С.68-69
12. Джаникян И.О., Саарян С.В. Особенности течения родов и состояние новорожденных у возрастных первородящих женщин // Актуальные вопросы акушерства. – Ереван. – 2005. – С. 78-83
13. Диагностика и лечение инфекций половых органов у беременных: Метод. рекомендации/ Одес. гос. мед. ун-т, Укр. центр науч. мед. информ. и пат. – лиценз. работы; Сост.: В.Ф. Нагорная, Ж.А. Краснова. – К., 2004. – 32 с.
14. Дидина Н.М. Беременность после 30 лет // Здоровье. – 2005 – №5. – С.16
15. Дідух Т.Е., Козодой Г.В., Корчинська Р.А. Особливості перебігу вагітності та пологів у юних першонароджуючих Київської області. // Тези доповідей конференції молодих вчених "Актуальні питання акушерства та гінекології". – Київ. – 2003. – С. 51
16. Вовк І. Б., Тимченко О. І., Ревенько О. О. Аборт – предиктор порушень репродуктивного здоров'я жінки// Здоров'я України. – 2014. – Берез., Тематич.номер. – С. 33 – 47
17. Добровольська Л.М. Ультразвукова діагностика фетоплацентарної недостатності // Тези доповідей Науково- практичної конференції

- акушерів-гінекологів України. "Функціональні методи дослідження в акушерстві та гінекології". – Донецьк. – 2004. – С 66-67
18. Драмлян Г.Х. Сравнительное изучение морфологических особенностей миометрия нижнего сегмента матки пожилых и старых первородящих женщин на тканевом, клеточном и субклеточном уровнях // Актуальные вопросы акушерской и перинатальной патологии в группах высокого риска. – 2005. – Вып. 2. – С. 139-151
19. Дубоссарська З.М. Сучасні методи діагностики затримки внутрішньоутробного розвитку плода // Тези доповідей науково-практичної конференції акушерів-гінекологів України. – Донецьк. – 2000. – С. 69
20. Евлакова В. Вырождение и роды у юных // Мед. газета. – 2004. – 21 декабря. – С. 4
21. Желпакова М.С., Мезинова Н.Н. Факторы риска перинатальной смертности у первородящих старшего возраста и их профилактика // Здоровоохранение Казахстана. – 2001. – №10. – С. 73-75
22. Зайдиева З.Н., Мусаева О.Х., Нурмагомедов С.Н. Течение беременности и исходы родов у первородящих старше 30 лет // Акушерство и гинекология. – 2000. – №8. – С. 37-38
23. Иващенко Л.А. Беременность и роды у несовершеннолетних // Тезисы Всесоюзной конференции по акушерству и гинекологии у подростков, 2-я.М., 2000. – С. 33
24. Игнатьева Р.К., Инагомова Д.А. Беременность и роды в подростковом возрасте // Советское здравоохранение. – 2000. – №5. – С. 38-42
25. Караулова А.В. Клиническая иммунология: Учебник для студентов медицинских вузов. – М.: МИА, 1999. – 604с.

- 26.Каюпова Л.С. Профилактика перинатальной патологии у первородящих старшего возраста. // Перинатальная охрана плода. – Алма-Ата. – 1989. – С. 65-67
- 27.Квашенко Б.К., Возняк І.М., Галенда М.П. Вагітність та пологи у неповнолітніх жінок, мешканок сільської місцевості // Тези доповідей X з'їзду акушерів-гінекологів України. – Одеса. – 1996. – С. 24
- 28.Слабкий Г. О., Горбунко О. В. Екстрена контрацепція: Монографія. – Донецьк: Східний видавничий дім,2008. – 247 с. (С.129); Репродуктивне та статеве здоров'я підлітків в Україні (Ситуаційний аналіз)/ ФНООН, МОЗУкраїни, УАПС. – К., 2004. – С.54 – 59
- 29.Кобозева Н.В., Кузнецова М.Н., Гуркин Ю.А. Особенности течения беременности и родов в юном возрасте // Гинекология детей и подростков. – М.: Медицина, 2001. – С. 234-243
- 30.Козин Г.А. Беременность и роды у первородящих женщин старшего возраста // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии на современном этапе. – Пермь. – 2000. – С. 71-72
- 31.Козин Г.А. Течение беременности и родов у юных первородящих. // Тезисы докладов 1 съезда акушеров- гинекологов Пермской области "Актуальные вопросы акушерства и гинекологии на современном этапе". – 1989. – С. 72-74
- 32.Коколина В. Особенности течения беременности и родов у юных первородящих // Врач. – 2003. – №7. – С. 42-44
- 33.Коломейчук Л.В., Резніченко Г.І., Резніченко Ю.Г. Функціональні методи дослідження при перенесеній вагітності // Тези доповідей науково-практичної конференції акушерів-гінекологів України "Функціональні методи дослідження в акушерстві та гінекології". – Донецьк. – 2004. – С. 100

34. Комиссарова Л.М., Чернуха Е.А., Пучко Т.К. Оптимизация кесарева сечения // Акушерство и гинекология. – 2000. – №1. – С.14-16
35. Паращук Ю. С. Репродуктивне здоров'я дівчаток – підлітків – К.: Здоров'я, 2003. – 112с.
36. Колочун Г.В. Імунокорекція та ентеросорбція у жінок з факторами ризику виникнення гнійно-септичних ускладнень, розроджених операцією кесарського розтину: Автореф. дис. канд.мед.наук: 14.01.01/МОЗ України, Він. держ. мед. університет. – В. – 2000. – 20 с.
37. Конке С.В. Реакция на родовой стресс симптоматико-адреналовой и гипоталамо-надпочечниковой систем молодых первородящих // Акушерство и гинекология. – 1996. – №1. – С. 41-42
38. Кузьменкова І.К. Частота рождения детей с различной массой тела в зависимости от возраста родителей // Тезисы докладов XI Всесоюзного съезда детских врачей. М. – 1982. – С. 169
39. Леонов И.Т., Орел В.И. Медикосоциальная характеристика здоровья юных матерей в период беременности и родов // Вопросы охраны материнства и детства. – 2000. – №4. – С. 15-17
40. Леонов И.Т. Состояние здоровья детей, рожденных юными женщинами // Педиатрия. – 2000. – №3. – С. 65-67
41. Летучих А.А., Бокарева Т.В., Крайс Л.Н. Беременность и роды у первородящих старше 30 лет. // Вопросы охраны материнства и детства. – 1979. – №11. – С. 79
42. Лисакович М.В., Шейбак М.П. Состояние новорожденных, рожденных юными матерями // Педиатрия. – 2002. – С. 54-55
43. Малаев А.Б. Состояние фетоплацентарной системы у "старых" первородящих // Тезисы X конференция молодых ученых медиков Укр.ССР. "Актуальные вопросы акушерства и гинекологии". – Киев. – 1999. – С. 81-82

44. Малахова Е.Т., Анихимовский. Течение беременности и родов у первородящих 15-18 лет // Здоровоохранение Белоруссии. – 1989. – №3. – С. 12-14
45. Мамутова Д.М. Течение и исход беременности и родов у юных, пожилых и старых первородящих женщин: Автореф. дисертации канд. мед. наук. – Фрунзе. – 1996. – 25 с.
46. Маркін Л.Б., Ощуркевич О.Є., Каритко О.О. Оцінка перинатальних факторів ризику перинатальної патології у первородящих літнього віку // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2000. – №2. – С. 55-56
47. Маркин Л.Б., Ощуркевич О.Е. Морфофункциональные патологии в эксперименте и клинике. – Львов. – 2005. – С. 134
48. Маркін Л.Б., Ощуркевич О.Є. Програмовані роди у первородящих похилого віку // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1988. – №5. – С. 54-56
49. Маркин Л.Б. Состояние плода у пожилых первородящих по данным кардиотокографии и ультразвукового исследования // Проблемы патологии в эксперименте и клинике. – Львов. – 1989. – 133 с.
50. Марчук Н.І., Соколова І.І., Луньков О.Г. Варіант ушивання тіла матки при кесаревому розтині // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2001. – №3. – С.125-126
51. Филиппова Г. Г. Психологические особенности ранней беременности и их влияние на развитие репродуктивного поведения.
52. Масенко В.В. Діагностика та профілактика пізніх гестозів у юних жінок на доклінічному етапі // Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 2006. – №4. – С.96-98
53. Минцер А.П. Новые информационные технологии в медицине // Журнал практического врача. – 2005. – №2. – С.33-35

54. Мордухович А.С. Ведение беременности и родов у юных, пожилых и старых первородящих. Методические рекомендации Ташкентского медицинского института. – Ташкент. – 1987. – 16 с.
55. Назаренко Г.И., Кишкун А.А. Клиническая оценка результатов лабораторных исследований. – М.: Медицина, 2000. – 544 с.
56. Новикова З.В., Николаев Е.И., Чернуха Е.А. Тактика ведения родов у пожилых первородящих женщин. // Вопросы охраны материнства и детства. – 1999. – №5. – С. 45-47
57. Окоев Г.Г., Ванецян А.Л. Морфологические особенности миометрия и плаценты пожилых и старых первородящих // Актуальные вопросы акушерской и перинатальной патологии в группах высокого риска. – 1999. – Вып.2. – С.119-126
58. Окоев Г.Г. Ведение беременности и родов у возрастных первородящих // Тезисы научных сообщений IV Закавказской конференции геронтологов и гериатров. – Ереван. – 2000. – С. 248-250
59. Ощуркевич О.Е. Программированные роды. Авт. дисс. канд. мед. наук. – Киев. – 2000. – 16 с.
60. Радзінський В.О., Ткачова І.І., Тареева Т.Г. Вагітність і пологи у жінок після 40 років // Тези доповідей X з'їзду акушерів-гінекологів України. – Одеса. – 1996. – С. 36
61. Рудюк М.П., Жученко П.Г., Сытник И.А. Беременность и роды у первородящих женщин. – Киев. – 1975. – С. 125
62. Щербакова Е. Подростковая рождаемость снизилась, но остается проблемой в наименее развитых странах // Демоскоп. – 2010. – №419 – 420.
63. Стрижаков А.Н., Баев О.Р., Рыбин М.В. Выбор оптимального метода родоразрешения в снижении перинатальных потерь // Акушерство и гинекология. – 2000. – №5. – С.12-17



64. Саруханова А.А. Структурная характеристика плаценты у первородящих различного возраста // Компенсаторно-приспособительные процессы внутренних органов в клинике и эксперименте. – Ташкент. – 1999. – С. 50-53
65. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Практическое акушерство: (Руководство для врачей). – М.: Медицина. – 1999. – 250 с.
66. Слепокурова Л.И. Социально-гигиенические характеристики первородящих женщин старше 30 лет // Советское здравоохранение. – 1990. – №1. – С.30-33
67. Соколова Н.С. Вопросы изучения исходов беременности у женщин // Здравоохранение Российской Федерации. – 1990. – №3. – С. 13-15
68. Степанковская Г.К., Мельник А.П., Богданова Г.Ю. Особенности течения и ведения родов у пожилых первородящих // Соматическая патология у научных работников. – Киев. – 1999. – С. 77-80
69. Тимошенко Л.В., Хименко М.В., Герасимова Т.В. Особливості перебігу пологів, послідового та післяпологового періодів, а також деяких показників ендокринологічного стану у первородящих старших вікових груп // Тези доповідей X з'їзду акушерів-гінекологів України. – Одеса. – 1996. – С. 39
70. Тучкіна І.О. Використання сучасних ультразвукових методів обстеження в підготованні юних вагітних до раціонального ведення пологів // Тези доповідей X з'їзду акушерів-гінекологів України. – Одеса. – 1996. – С. 40-41
71. Уразаева Л.И., Сюдюкова А.Х. Исход беременности и родов у юных первородящих // Организация акушерско-гинекологической помощи: Поздние токсикозы беременных. – Уфа. – 1999. – С. 55-56

- 72.Фролов Р.В., Егорова Т.Г., Пономарева О.К. Беременность и роды у юных первородящих. // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии на современном этапе. – Пермь. – 2001. – С. 86
- 73.Шадрин Т.П., Гайдуллина Э.А., Тухватуллина Л.М. Течение беременности, родов у юных женщин и состояние здоровья их детей // Казанский медицинский журнал. – 2002. – Т.73. – №3. – с. 203-205
- 74.Шадрин Т.П., Тухватуллина Л.М. Особенности беременности и родов у юных женщин // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. – Казань. – 2001. – С. 69-70
- 75.Шорлуян А.П. Особенности течения беременности и родов у молодых первородящих //Актуальные проблемы хирургии. – Ставрополь. – 2000. – С. 194-198
- 76.Юзько О. Передчасний розрив плідних оболонок у вагітних жінок // Чернівці, 1996. – С 49-122
- 77.Хоменко А. П. Смертность младенцев на Украине в зависимости от возраста матери и очередности рождения ребенка// Семья и воспроизводство населения: Изб. произв. – М.: Статистика, 1980. – С. 132 – 144 (С.135)
- 78.Яковлева Е.В. Особливості перебігу вагітності та пологів у підлітків // Педіатрія, акушерство та гінекології. – 1994. – №2. – С. 55-57
- 79.Яковлева Э.Б. Патология у новорожденных, рожденных юными первородящими // Педиатрия. – 2001. – №3. – С. 62-65
- 80.Яковлева Э.Б. Прогнозирование состояния здоровья новорожденных у юных беременных // Тезисы докладов XV Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов "Пути снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности". – Донецк. – 1989. – С. 798

81. Яковлева Э.Б. Юные беременные, как группа риска акушерской и перинатальной патологии. Автореф. дисс. доктора мед. наук. – Киев. – 1991. – С. 35
82. Якубовський А.Ф. Протікання вагітності і пологів у юних первородок // Тези доповідей конференції молодих вчених "Актуальні питання акушерства та гінекології". – Київ. – 2001. – С. 206
83. Якубовський А.Ф., Шатківська Н.С. Вагітність і пологи в юних первородок // Тези доповідей X з'їзду акушерів-гінекологів України. – Одеса. – 1996. – С. 43
84. Руденко В. С. Характеристика здоров'я дітей, які народились недоношеними в сільській місцевості, та шляхи їх реабілітації. Автореф. ... канд. мед. наук. – К. – 2003. – 16с.
85. Якута В.И., Малахова Е.Т., Бошко Н.М. Особенности родов, осложненных токсикозом у женщин до 20 лет // Поздние токсикозы беременных. – Минск, 1986. – С. 143-144
86. Ярощук Л.А. Течение беременности и родов у юных первородок // Актуальные проблемы практической медицины. – Ставрополь. – 1999. – С. 180-182
87. Baird P.A., Sadovnick A.D., Yee M.L. Maternal age and birth defects a population study // Lancet. – 2001. – No.8. – P. 527-530
88. Chittacharoen A., Suthutvoravut S., Pongthai S. Manual removal of placenta at Ramathibodi Hospital // J. of the Medical Association of Thailand. – 2003. – No.1. – P. 52-55
89. Cullough M., Scherman A. Adolescent pregnancy: contributing factors and strategies for prevention // Adolescence. – 2001. – No.1. – P. 806-816
90. Davis R.L., Tollestrup K., Milham S. Trends in teenage smoking during pregnancy // Am. J. Dis. Child. – 1999. – No. 12. – P. 1297-1301

91. World population Policies 2009// Department of Economic and Social Affairs Population Division. – United Nations Publication. – New York, 2010 (p.464, p.344)
92. Dey N., Hatai S.K. A study of caesarean section cases with special reference to maternal and neonatal outcome. // J. of the Indian Medical Association. – 2002. – No.6. – P. 149-151
93. Earlier W., Hoff C, Zonsky S. Earlier maturation of pregnant black and white adolescents // Am. J. Dis. Child. – 2004. – No. 10. – P. 981-986
94. Elster A.B. Young mothers // Amer. J. Obstet. Gynec. – 1999. – No.8. – P. 845-847
95. Fleissing A. Are women given enough information by staff during labour and delivery // Midwifery. – 2001. – No.6. – P. 70-75
96. World population Policies 2013// Department of Economic and Social Affairs Population Division; United Nations Publication. – New York, 2014
97. Garn S.M., Petzold A.S. Characteristics of the Mother and Child in Teenage Pregnancy // Am. J. Dis. Child. – 2003. – No.4. – P. 365-368
98. Haskett M.E., Johnson C.A., Miller J.W. Individual differences in risk of child abuse by adolescent mothers: assessment in the perinatal period // J. of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. – 2004. – No.3. – P. 461- 476
99. Holden G.W., Nelson P.B., Velasquez J. Cognitive, psychosocial, and reported sexual behavior differences between pregnant and nonpregnant adolescents // Adolescence. – 2003. – Fall. – P. 557-572
100. Hollingsworth D.R., Felice M. Teenage pregnancy: A multiracial sociologic problem // Amer. J. Obstet. Gynec. – 2006. – No.4. – P. 741-746
101. Jacobsen L., Wilkinson C, Owen P. Teenage pregnancy, Seek the views of teenagers // BMJ. – 2003. – No.6. – P. 1750

102. Kovacs M., Krol R.S., Voti L. Early onset psychopathology and the risk for teenage pregnancy among clinically referred girls // J. of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 2004. – No. 1. – P. 106-113
103. Lorenz. U., Grindel B., Rothe J. Jugendsexualität und Schwangerschaften besonderer Aspekt in der prophylaktischen. Betreuung Jugendlicher // Z. artl. Fortbild. – 2005. – 79, I. – P. 17-20
104. Maciak B.J., Spitz A.M., Strauss L.T. Pregnancy and birth rates among sexually experienced US teenagers // JAMA. – 2005. – No.15. – P. 2069-2071
105. Matsuhashi Y., Felice M.E. Adolescent body image during pregnancy // J. of Adolescent Health. – 2001. – No.6. – P. 313-315
106. Newton R.W., Hunt L.P. Maternal growth during pregnancy // Brit. med. J. – 2004. – P. 1191-1194
107. Resmick M.D. Adolescent pregnancy options // J. of School Health. – 2002. – No.9. – P. 298-303
108. Robinson R.B., Frank D.I. The relation between selfesteem, sexual activity, and pregnancy // Adolescence. – 2004. – Spring. – P. 27-35
109. Ryan G.H., Sweeney P,J, Attitudes of adolescents toward pregnancy and contraception // Amer. J. Obstet. Gynec. – 2004. – No.3. – P. 358-362