

## ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ



Агабабян Лариса Рубеновна, Ахмедова Азиза Тайировна, Турсунова Нозанин,  
Ахтамова Насиба Юлдош кизи

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

### САМАРҚАНД ВИЛОЯТИ ЁШ АЁЛЛАРИДА РЕПРОДУКТИВ ФУНКЦИЯНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Агабабян Лариса Рубеновна, Ахмедова Азиза Тайировна, Турсунова Нозанин,  
Ахтамова Насиба Юлдош кизи

Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

### FEATURES OF REPRODUCTIVE FUNCTION IN YOUNG WOMEN OF THE SAMARKAND REGION

Agababiyeva Larisa Rubenovna, Akhmedova Aziza Tayirovna, Tursunova Nozaniya,  
Ahtamova Nasiba Yuldosh kizi

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: <https://orcid.org/0000-0002-9153-3800>

---

**Резюме.** Ёш аёлларда ҳомиладорлик жисдий синовдир, чунки ҳомиладорлик ва туғиш тананинг функционал ва психологик етуқлиги, мослашиш механизmlарининг етарли емаслиги шaroитида юзага келади, бу эса она ва ҳомила учун юқори асоратлар хавфини келтириб чиқаради.

**Калим сўзлар:** репродуктив функция, ҳомиладорлик, туғиш.

**Abstract.** Pregnancy at a young age is a serious test, since pregnancy and childbirth occur in conditions of functional and psychological immaturity of the body, inadequate adaptation mechanisms, which creates a high risk of complications for both mother and fetus.

**Key words:** reproductive function, pregnancy, childbirth.

---

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

Частота беременности у подростков за последние 20 лет возросла во многих странах и имеет выраженную тенденцию к дальнейшему увели-

чению. Ежегодно в мире проходят роды у 15 млн подростков, что составляет 2,0-4,5% от общего количества родов [1].

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

Благополучное течение беременности, нормальное созревание плода, жизнеспособность и здоровье будущего ребенка зависят от физического состояния матери и ее нервно-психического

статуса. Эмоциональное напряжение, связанное с внебрачной беременностью, оказывает существенное влияние на частоту и тяжесть гестоза беременности. Так, ряд исследователей в своих работах показывают, что при ювенильной беременности гестоз встречается в 12,0-76,55% наблюдений [4, 5, 6].

Неблагополучное состояние женщины обуславливает более высокий уровень таких осложнений беременности, как анемия - в 4,0-78,0% [1], преждевременная отслойка плаценты - в 1,0-1,9% [6], угроза прерывания беременности - в 4,7-49,9% [1, 7, 8], хроническая фетоплацентарная недостаточность - в 11,0-76,0% [8].

Стрессы и эмоциональное напряжение приводит к иммунологическим сдвигам в организме беременных, снижая его устойчивость к воздействиям внешней среды. Установлена зависимость между частотой осложнений беременности и «гинекологическим» возрастом: чем меньше «гинекологический» возраст, тем чаще преждевременные роды, гестозы, патология внутриутробного плода.

Ведущие факторы преждевременных родов - незрелость нейроэндокринной системы женского организма, проявляющаяся в сниженной продукции гормонов (ХГ, эстрогенов, пролактина), незавершенном формировании нервно-рецепторного аппарата матки, гипоксемии и другие. У этой категории женщин из-за несвоевременного и нерегулярного обращения за медицинской помощью в 1,5 раза чаще наблюдаются экстрагенитальные заболевания во время беременности. Наиболее часто - заболевания мочевыделительной системы, эндокринные и обменные нарушения, болезни сердечно-сосудистой системы.

Следует отметить, что в 42,5% случаев в течение беременности выявляется наличие хронических очагов инфекции нередко в сочетании с острыми заболеваниями верхних дыхательных путей. В структуре гинекологических заболеваний преобладают воспалительные процессы в области влагалища и шейки матки, как до, так и во время беременности [7].

Вынашивание беременности в юном возрасте является серьезным испытанием, так как беременность и роды протекают в условиях функциональной незрелости организма, неадекватности адаптационных механизмов, что создает высокий риск осложнений как для матери, так и для плода; некоторые возрастные особенности организма девушки-подростка накладывают отпечаток на течение беременности и родового акта.

Родовой акт сопровождается не только мобилизацией физических сил роженицы, но и большим нервным напряжением, чувством страха и болью, с возникновением которых включаются

все защитные и компенсаторные механизмы организма. Стрессовые ситуации и интенсивные эмоции отрицательно влияют на кровообращение и сократительную деятельность матки, обуславливая слабость родовых сил и гипоксию плода [9].

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

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

У молодых первородящих наиболее сильными родовыми стрессами являются затянувшиеся роды и продолжительный безводный промежуток. Большой процент несвоевременного излития околоплодных вод связан с высоким расположением предлежащей части и функциональной несостоятельностью нижнего сегмента матки. Частое возникновение этого вида патологии связано с нарушением режима, особенно в последние месяцы беременности (половые сношения, физическая нагрузка и т. д.). Имеет значение и высокий процент инфицирования цервикального канала.

У каждой второй несовершеннолетней во время беременности имеется инфекция урогенитального тракта (микоплазмоз, хламидиоз, кандидоз). При гистологическом исследовании плаценты обнаружены различные поражения воспалительного характера (плацентит, децидуит, хориоамнионит и пр.) [7].

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

несовершеннолетних, является фактором снижения толерантности к кровопотере в родах.

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

По данным проведенного исследования В.Е. Радзинского, средняя продолжительность родов у юных составила  $8,7 \pm 2,5$  часа, у женщин оптимального репродуктивного возраста -  $9,6 \pm 2,8$  часа ( $p < 0,01$ ). Длительность первого периода родов у пациенток основной группы -  $8,1 \pm 2,5$  часа, в контрольной -  $8,9 \pm 2,8$  часа, длительность второго периода - соответственно  $23,2 \pm 7,0$  мин против  $24,9 \pm 9,6$  мин, третьего периода -  $8,4 \pm 4,8$  мин против  $9,3 \pm 4,9$  мин (для всех случаев  $p < 0,01$ ).

Таким образом, у юных женщин наблюдалась значимо меньшая продолжительность родового акта. Самопроизвольные роды произошли у 365 (94,0%) юных участниц и у 404 (97,0%) женщин 20–29 лет ( $p > 0,05$ ). Кесарево сечение произвели у 23 (6,0%) девочек-подростков и у 12 (2,9%) взрослых ( $p > 0,05$ ), при этом доля экстренного оперативного родоразрешения среди женщин основной группы составила 78,0%, среди женщин контрольной - 92,0% ( $p < 0,05$ ). Быстрые и стремительные роды у юных женщин происходили почти в 2 раза чаще, чем у женщин 20–29 лет: 12,9% против 6,7% ( $p < 0,05$ ), затяжные роды - у 0,8% и 1,4% соответственно ( $p > 0,05$ ).

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

Согласно проведенному исследованию, статистически незначимое, но все же некоторое увеличение числа преждевременных родов у юных женщин.

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

$2,54$  см, у женщин 20–29 лет -  $51,7 \pm 2,2$  см ( $p < 0,05$ ).

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

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

Среди осложнений беременности у матерей-подростков преобладают анемия, угроза прерывания беременности, угроза преждевременных родов, быстрые и стремительные роды, многоводие, узкий таз. Биологическая незрелость организма матерей-подростков предопределяет неблагоприятные перинатальные исходы, такие как маловесность, более низкие баллы по шкале Апгар.

#### Литература:

1. Кетова А.А., Коростелева Е.С., Ковалкина А.А. К вопросу о сохранении репродуктивного здоровья подростков. В кн.: Семья в современном мире. Сборник трудов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Курск; 2017: 67–71. [Ketova A.A., Korosteleva E.S., Kovalkina A.A. K voprosu o sohraneniі reprodaktivnogo zdorov'ya podrostkov. V kn.: Sem'ya v sovremennom mire. Sbornik trudov Vserossijskoj nauchno-prakticheskoi konferencii s mezhdunarodnym uchastiem. Kursk; 2017: 67–71. (in Russian)]
2. В.Е. Радзинский, М.Б. Хамошина, И.А. Чакчурина, А.А. Оразмурадова, Акушерские и перинатальные осложнения у юных первородящих. *Obstetrics and perinatology. Gynecology* No. 7 (162), 2019
3. Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Короткова С.А., Полякова Е.И., Геворгян А.П. и др. Анализ гинекологической заболеваемости девочек и девушек в Москве. *Пробл. репродукции*. 2017; 23(6): 60–5. [Sibirskaya E.V., Adamyan L.V., Koltunov I.E., Korotkova S.A., Polyakova E.I., Gevorgyan A.P. i dr. Analiz ginekologicheskoi zabolevaemosti devochek i devushek v Moskve. *Probl. reproduksii*. 2017; 23(6): 60–5. (in Russian)]
4. Luttges D.C., Leyton M.C., Leal F.I., Troncoso E.P., Molina G.T. Implications of chilean legal framework in teen pregnancy prevention: conflict and insecurity in health professionals. *Rev. Med. Chil*. 2016; 144(10): 1260–5. DOI: 10.4067/S0034-98872016001000004

5. Ларюшева Т.М., Истомина И.Г., Баранов А.Н. Сравнительная характеристика клинических показателей течения беременности и родов у женщин подросткового и оптимального репродуктивного возраста. Журн. акушерства и женских болезней. 2016; 65(1): 34–42. [Laryusheva T.M., Istomina I.G., Baranov A.N. Sravnitel'naya harakteristika klinicheskikh pokazatelej techeniya beremennosti i rodov u zhenshchin podrostkovogo i optimal'nogo reproduktivnogo vozrasta. Zhurn. akusherstva i zhenskih boleznej. 2016; 65(1): 34–42. (in Russian)]
6. Загдай С.П., Ермашева М.А. Особенности состояния здоровья юной матери и ее ребенка. Смоленский мед. альманах. 2017; 1: 138–42. [Zagday S.P., Ermasheva M.A. Osobennosti sostoyaniya zdorov'ya yunoy materi i ee rebenka. Smolenskij med.al'manah. 2017; 1: 138–42. (in Russian)]
7. Степашов Н.С., Бердникова Т.В. Брак и материнство юных матерей. В кн.: Семья в современном мире. Сборник трудов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Курск; 2017: 141–45. [Stepashov N.S., Berdnikova T.V. Brak i materinstvo yunyh materej. V kn.: Sem'ya v sovremennom mire. Sbornik trudov Vserossijskoj nauchno-prakticheskoy konferencii s mezhdunarodnym uchastiem. Kursk; 2017: 141–5. (in Russian)]
8. Черных А.В., Белов Е.В., Шевцов А.Н. Антропометрические показатели поперечносуженного таза у юных первородящих. Новая наука: от идеи к результату. 2016; 1–2: 5–7. [Chernyh A.V., Belov E.V., Shevcov A.N. Antropometricheskie pokazateli poperechnosuzhennogo taza u yunyh pervorodyashchih. Novaya nauka: ot idei k rezul'tatu. 2016; 1–2: 5–7. (in Russian)]
9. Баринов С.В., Шамина И.В., Тирская Ю.И., Ралко В.В., Дудкова Г.В., Фрикель Е.А. и др. Течение беременности и исходы родов в возрастном аспекте. Фундаментальная и клиническая медицина. 2016; 1(2): 18–24. [Barinov S.V., Shamina I.V., Tirskaya Yu.I., Ralko V.V., Dudkova G.V., Frikel' E.A. i dr. Techenie beremennosti i iskhody rodov v vozrastnom aspekte. Fundamental'naya i klinicheskaya medicina. 2016; 1(2): 18–24. (in Russian)]
10. Шевлюкова Т.П., Чабанова Н.Б., Галиева Г.Д., Боечко Д.И. Особенности течения гестационного периода и родов в подростковом возрасте. Актуальные научные исследования в современном мире. 2017; 6–2(26): 110–13.1. [Shevlyukova T.P., Chabanova N.B., Galieva G.D., Boechko D.I. Osobennosti techeniya gestacionnogo perioda i rodov v podrostkovom vozraste. Aktual'nye nauchnye issledovaniya v sovremennom mire. 2017; 6–2(26): 110–13.1. (in Russian)]

#### **ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Агабабян Л.Р., Ахмедова А.Т., Турсунова Н.,  
Ахтамова Н.Ю.*

**Резюме.** Беременность в юном возрасте является серьезным испытанием, так как беременность и роды протекают в условиях функциональной и психологической незрелости организма, неадекватности адаптационных механизмов, что создает высокий риск осложнений как для матери, так и для плода.

**Ключевые слова:** репродуктивная функция, беременность, роды.