**Особенности течения беременности, родов у несовершеннолетних с железодефицитной анемией**

***Ю.С.Паращук, Е.В.Благовещенский. Г.В.Мальцев***

**Харьковский национальный медицинский университет МЗ Украины, г.Харьков**

**КУОЗ «Харьковский городской родильный дом №1», г.Харьков**

 **Вступление.** Течение беременности, родов у несовершеннолетних в 30% случаев имеет патологический характер. Это обусловлено тем, что беременность наступает на фоне неподготовленного организма, незрелости механизмов адаптации. В данный возрастной период размеры костей таза не всегда достигают окончательных величин и в 10-15% случаев диагностируется узкий таз; не всегда завершается дифференциация матки, часто наблюдается половой инфантилизм; гомеостатические реакции характеризуются нестойкостью и напряжением; определяется низкая выработка (еще до наступления беременности) половых гормонов [1, 2, 3]. Под влиянием беременности возможно развитие декомпенсации в течении экстрагенитальной патологии. Актуальность проблемы заключается еще и в том, что сохраняется тенденция к увеличению числа беременности и родов у женщин юного возраста.

 В связи с этим целью работы было установление частоты акушерских и перинатальных осложнений у юных беременных с железодефицитной анемией.

 **Материалы и методы**. Для достижения поставленной цели проведено клинико-лабораторное обследование 90 юных беременных с железодефицитной анемией различной степени тяжести (основная группа) и 30 – без анемии (контрольная группа).

 Уровень пролактина, плацентарного лактогена, эстриола, прогестерона определяли с помощью иммуноферментного анализатора PR2100 (Sanofi Diagnostic Paster, Франция) с применением соответствующих тест-наборов.

 Состояние иммунологической системы изучали с помощью моноклональных антител прямым иммунофлюорисцентным тестом. Уровень IgA, IgM, IgG определяли методом радиальной иммунодифузии по Манчини с использованием моноспецифических антисывороток.

 Препараты для иммуно-морфологических исследований изучали в люминисцентном микроскопе МЛ-2 с использованием светофильтров ФС-1, СЗС-24, БС-8-2, УФС-6-3. Гистологические и гистохимические препараты изучали под световым микроскопом МБИ-16.

**Результаты и их обсуждение.** Анализ полученных результатов показал, что у несовершеннолетних беременных (основная группа) наиболее частой патологией была угроза выкидыша – 33,3% случаев (в контрольной группе – 26,7% случаев). У этих женщин чаще наступали преждевременные роды (соответственно 10,0% и 6,7%).

У 48,9% случаев развилась плацентарная дисфункция, у 24,4% - преэклампсия легкой степени тяжести, у 23,3% - выявлены признаки материнско-плодовой инфекции.

У юных беременных основной группы уровень пролактина достоверно не отличался от контрольных показателей. Сохранялось его постепенное нарастание к концу беременности, однако возрастание значений пролактина возникало позже, чем в контрольной группе - только к концу II-го триместра. У юных беременных с анемией II-III степени уровень эстриола практически всю беременность оставался сниженным и только к концу III-го триместра незначительно повышался, не достигая показателей группы контроля. Содержание прогестерона на протяжении беременности у юных беременных основной группы было достоверно сниженным по сравнению с контролем. В ІІІ триместре беременности в основной группе уровень прогестерона составлял 398,9 ± 27,14 нмоль/л, в контрольной 311,5 ± 13,5 нмоль/л (р <0,05). Выявлена зависимость уровня плацентарного лактогена от степени выраженности анемии. У юных с анемией II и III степеней содержание данного гормона во II, и особенно в III триместрах, имели тенденцию к повышению.

Изучение показателей, которые характеризуют состояние иммунологического статуса беременных основной группы указывало на наличие признаков дисбаланса в иммунной системе, изменения основных показателей клеточного и гуморального звеньев иммунитета. В большей мере изменения отмечены при анемии III степени. Выявлено снижение содержания Т- и В-лимфоцитов, в сравнении с показателями контрольной группы и это снижение имело прямую зависимость от степени анемии. В основной группе уровень Т-лимфоцитов (CD3) был достоверно снижен в сравнении с контрольной группой (42,5±1,7% и 53,6±1,8% соответственно). Выявлено снижение состояния Т-хелперов к Т-супрессорам (CD4/CD8) – 1,05±0,03 за счет повышения относительного содержания CD8. Средний уровень иммуноглобулинов IgG в основной группе был достоверно выше, чем в контрольной группе (соответственно 15,9±0,7 г/л и 9,62±0,27 г/л), причем максимально повышенным при анемии III степени. Полученные результаты свидетельствуют о высокой частоте срыва адаптационных механизмов иммунокомпетентной системы и нейрогуморальной регуляции у женщин юного возраста при беременности, осложненной железодефицитной анемией.

У 77 (85,5%) беременных основной группы роды протекали с различными осложнениями. Наиболее часто встречалось несвоевременное излитие околоплодных вод (26,7%), преждевременные роды (10,0%), слабость родовой деятельности (21,1%), родовой травматизм (70,0%). В послеродовом периоде у 21 (23,3%) юной родильницы с анемией развилась субинволюция матки, послеродовой эндометрит.

Анализ результатов иммуноморфологического исследования последов основной группы показал, что по мере усиления степени анемии, в них нарастали явления склерозирования, дистрофии. Имело место нарушение созревания ворсин, снижение коллагенизации и склерозирования стромы, усиление гемодинамических нарушений, снижение обменных процессов, что свидетельствовало о развитии функциональной недостаточности плаценты. У юных беременных при анемии III ст. в плаценте были значительно выражены инволютивно-дистрофические и дисциркуляторные изменения в сочетании со снижением интенсивности обменных процессов.

**Выводы.**

1. У юных беременных с железодефицитной анемией развивается плацентарная дисфункция, возникает срыв адаптационных механизмов в иммунокомпетентной системе и нейрогуморальной регуляции.

2. Беременность у несовершеннолетних протекает с явлениями урозы выкидыша, развитием преэлампсии, материнско-плодовой инфекции; роды чаще возникают преждевременно, наблюдается несвоевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, родовой травматизм; послеродовый период чаще осложняется субиволюцией матки, эндометритом. Эти данные необходимо учитывать в клинической практике при планировании алгоритма ведения беременности и родов.

**Литература:**

1. Гінекологія дитячого та підліткового віку: підручник /Г.М.Абабкова, О.А.Андрієць, А.М.Більченко та ін., за ред. І.Б.Вовк, О.М.Юзька, Ю.П.Вдовиченка. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – 424 с.

2. Вовк І.Б., Гойда Н.Г., Іркіна Т.К. Охорона репродуктивного здоров’я дівчат-підлітків – основи завдання служби дитячої та підліткової гінекології // Буковинський медичний вісник. – 2000. - № 2-3. – С.13.

3. Паращук Ю.С., Благовещенский Е.В. Иммуногормональная адаптация у несовершеннолетних беременных с железодефицитной анемией (ЖДА) // Буковинський медичний вісник. – 2004. – Т.8. - №2. – С.89-92.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TSIGN |  |  |
| **УКРАЇНА****МІНІСТЕРСТВО** **ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ****ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**просп. Леніна, буд.4, м. Харків, 61022тел. (057) 707-73-80; факс (057) 700-41-32 е-mail: meduniver@knmu.kharkov.ua web: http://www.knmu.kharkov.uaкод ЄДРПОУ 01896866\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_на №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | В оргкомітет конференції Асоціації акушерів-гінекологів України |

 Науковий відділ просить включити до збірки наукових праць конференції статтю Ю.С.Паращука, Є.В.Благовещенського, Г.В.Мальцева «Особенности течения беременности, родов у несовершеннолетних с железодефицитной анемией».

 Матеріали статті додаються.

Проректор ХНМУ

з наукової роботи,

доктор мед. наук, професор В.В.М’ясоєдов

**“Затверджую״**

Проректор з наукової роботи

Харківського національного

медичного університету

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

доктор мед. наук,

професор В.В.М’ясоєдов

« » 2012 р.

**ЕКСПЕРТНИЙ ВИСНОВОК ПРО МОЖЛИВІСТЬ ОПУБЛІКУВАННЯ У ВІДКРИТІЙ ПРЕСІ**

Експертна комісія Харківського національного медичного університету розглянувши статтю Ю.С.Паращука, В.Благовещенського, Г.В.Мальцева **«Особенности течения беременности, родов у несовершеннолетних с железодефицитной анемией»**, підтверджує, що в роботі не містяться відомості, передбачені наказом №273 МОН України від 28.03. 2008 р..

**Висновок: Н**а опублікування матеріалу не слід одержувати дозвіл МОЗ України. Комісія дозволяє опублікування у відкритому друку.

Голова комісії:

доктор мед. наук, професор І.В.Завгородній