

DOI: 10.52705/2788-6190-2025-02.1-04
УДК 618.3/.5053.6-055.25-036.1-037

Прогнозування перебігу вагітності та пологів у дівчат-підлітків

А. О. Семенюк

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика,
м. Київ

Мета дослідження: розробити та впровадити алгоритм прогнозування перебігу вагітності та пологів у дівчат-підлітків.

Матеріали та методи. Для виконання поставленої мети за визначенням прогнозу результатів вагітності і порушень репродуктивної функції була проведена детальна оцінка сексуальної і репродуктивної поведінки 100 дівчат-підлітків віком 12–18 років. Як джерела інформації в дослідженні використовувалися первинні медичні документи: історія розвитку дитини або медична карта дитини; історія хвороби; історія переривання вагітності; індивідуальна карта вагітної і породіллі; обмінна карта пологового будинку; історія пологів; історія розвитку новонародженого. Отримані дані заносилися в розроблені автором анкети. Одна з анкет містила інформацію про медико-соціальне обстеження дівчини-підлітка для вивчення особистого і родинного анамнезу. Інша анкета про особливості перебігу і результату вагітності, пологів, а також про стан новонародженого у юних жінок.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, лабораторні, інструментальні та статистичні методи.

Результати. Широке впровадження сучасних технологій в акушерську практику сприяло зниженню материнської і перинатальної захворюваності і смертності в розвинених країнах і окремих медичних установах у нашій країні. Але, незважаючи на ці досягнення, залишаються дискусійними питання алгоритму ведення вагітності і пологів у жінок високого перинатального ризику, зокрема і про використання різних скринінгових методів дослідження. Усе це насамперед спонукало як медичну науку, так і практичну охорону здоров'я до більш пильного вивчення питань, що стосуються юного материнства. Необхідне створення і впровадження нових форм диспансеризації дівчат і дівчат-підлітків, організації серед них реабілітаційних і оздоровчих програм з метою підвищення репродуктивного потенціалу населення.

У юних вагітних досить часто виявляються психологічна нестійкість, боязнь пологів. Через це при підготовці підлітків до пологів особлива увага була приділена психопрофілактичним заходам, направленим на створення хорошого емоційного фону й впевненості в сприятливому завершенні пологів. Особливу увагу слід приділяти знеболенню пологів.

Висновки. Функціональна незрілість адаптаційних механізмів організму первородящих підлітків разом з неадекватною психоемоційною напругою через

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

низький рівень соціально-психологічної готовності до материнства визначає велику частоту ускладнень вагітності, пологів, порушень лактації і перинатальної патології в цього контингенту первородящих.

Ключові слова: вагітність, пологи, прогнозування, дівчата-підлітки.

Детермінантами репродуктивного здоров'я є репродуктивне здоров'я дітей і підлітків, безпечне статеве життя, ефективні і доступні методи регулювання народжуваності, безпечне виношування і народження здорової дитини, профілактика і своєчасне лікування злоякісних захворювань і інших захворювань репродуктивної системи [1–3].

Незважаючи на те, що серед жінок основної групи дитородного віку наголошується зниження народжуваності, в групі жінок юного віку число пологів постійно зростає [4–6]. У віковій групі від 13 до 18 років цей показник досягає високого рівня в багатьох країнах [7–9].

Щороку у світі відбуваються пологи у 15 млн підлітків, що становить 2,0–4,5% від загальної кількості пологів. Ювенільна вагітність є серйозною медико-соціальною проблемою як в нашій країні, так і за кордоном [10–14].

Проте динамічний розвиток сучасного соціуму диктує необхідність продовження досліджень з вивчення епідеміології юного материнства з комплексною оцінкою соціальних чинників, що провокують виникнення ускладнень (перебіг) вагітності, пологів і їх результатів з метою вдосконалення лікувально-профілактичних, реабілітаційних методів і прогнозування охорони здоров'я майбутніх поколінь.

Мета дослідження: розробити та впровадити алгоритм прогнозування перебігу вагітності та пологів у дівчат-підлітків.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для виконання поставленої мети за визначенням прогнозу результатів вагітності і порушень репродуктивної функції була проведена детальна оцінка сексуальної і репродуктивної поведінки 100 дівчат-підлітків віком 12–18 років. Як джерела інформації в дослідженні використовували первинні медичні документи:

- історія розвитку дитини або медична карта дитини;
- історія хвороби;
- історія переривання вагітності;
- індивідуальна карта вагітної і породіллі;
- обмінна карта пологового будинку;
- історія пологів;
- історія розвитку новонародженого.

Отримані дані заносилися в розроблені автором анкети. Одна з анкет містила інформацію про медико-соціальне обстеження дівчини-підлітка для вивчення особистого і родинного анамнезу. Інша анкета містила інформацію про особливості перебігу і результат вагітності, пологів, а також про стан новонародженого у юних жінок.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, лабораторні, інструментальні та статистичні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Прогностичний підхід вельми важливий у дитячій і підлітковій гінекології та акушерстві, головним завданням якої є не лише охорона життя і здоров'я дитини, але і повноцінне формування його репродуктивної системи для відтворення здорового потомства.

Вивчення репродуктивного потенціалу дівчат-підлітків з метою подальшої розробки програми прогнозування ускладнень (результат) вагітності юних жінок нами було

проведено на підставі порівняльної оцінки індивідуального репродуктивного потенціалу дівчат-підлітків. У зв'язку з наміченою програмою дослідження нами були вивчені:

1. Соціально-гігієнічна характеристика юних жінок з урахуванням їх поглядів на способи планування сім'ї і використання тих або інших засобів і методів профілактики непланованої вагітності. Передбачено вивчення сімейного стану, психологічного мікроклімату в сім'ї, взаємовідношення з батьками, соціального статусу, освітнього рівня, умов життя і роботи, способу життя (куріння, вживання алкоголю, пристрасть до наркотиків і токсичних речовин), оцінки рівня стану здоров'я.
2. Наміри юної жінки відносно народження дітей при плануванні родинного життя.
3. Відношення до планування сім'ї як до методу регуляції народжуваності. Стосунки до дошлюбних зв'язків. Перевага методів запобігання небажаної вагітності (аборт, контрацепції).
4. Причини абортів (медичні, соціальні тощо).
5. Проблеми юної матері.
6. Причини вагітності, відношення батьків, близьких, партнера.
7. Перебіг вагітності і пологів.
8. Оцінка стану новонародженого.

Кількість обстежуваних підлітків забезпечила необхідний об'єм вибіркової сукупності (100 чоловік), групи дівчат були віком 13–18 років.

У результаті застосування методу аналізу дискримінанта нами були виділені основні прогностичні ознаки і побудована нова прогностична таблиця, що включає ознаки, які мали досить високі вагові коефіцієнти і сприяли швидкому заповненню бази даних для побудови прогнозу вагітності, пологів і стану плоду.

Під час оцінювання ролі чинників ризику і необхідності його внесення до первинного списку прогностичних ознак ми керувалися як власними дослідженнями, так і даними клінічних досліджень, літератури. Всі ознаки були пронумеровані від Хо до Х39 і розбиті на діапазони. Кількість полів в кожній ознаці була різною, наприклад ознаку «вік юної матері» містив 6 полів з 13 до 18 років, а ознака «перший статевий зв'язок» – 3 поля (випадкова, за бажанням, статеве насильство).

Прогнозування ускладнень (результату) вагітності юних жінок дає можливість визначити основні напрями у профілактиці можливих порушень репродуктивної функції в даного контингенту осіб і провести профілактичні заходи шляхом впливу на керовані чинники ризику.

Для роботи з програмою складена прогностична таблиця, що складається з трьох частин:

- ускладнення вагітності (1–3 ступеня);
- ускладнення пологів (1–3 ступеня);
- ускладнення стану плода (1–3 ступеня).

Результативні ознаки ускладнень вагітності розподілені за ступенем тяжкості:

- I ступінь – набряки вагітних, вірусні захворювання, загроза переривання вагітності, гестоз 1-го ступеня тяжкості.
- II ступінь – загроза переривання вагітності, плацентарна дисфункція, затримка росту плода, гестаційний пієлонефрит, гестоз 2-го ступеня тяжкості, інфекції, що передаються статевим шляхом.
- III ступінь – гестоз 3-го ступеня тяжкості.

Результативні ознаки ускладнень пологів:

- I ступінь: тривалість безводного проміжку до 6 год, травми м'яких тканин пологових шляхів, гіпертонія в пологах.

- II ступінь: тривалість безводного проміжку 7–12 год, первинна слабкість пологової діяльності, гестоз 1-го ступеня тяжкості.
- III ступінь: тривалість безводного проміжку 13–24 год, вторинна слабкість пологової діяльності, дискоординація пологової діяльності, часткове відшарування нормально розташованої плаценти, кесарів розтин.

Результативні ознаки з боку плода:

- I ступінь: анемія 1-го ступеня, жовтяниця легкого ступеня, токсична еритема, перинатальне ушкодження ЦНС 1-го ступеня (легке), СДР ДН 0–1 ступеня.
- II ступінь: анемія 2–3-го ступеня, жовтяниця середнього, важкого ступеня тяжкості, перинатальне ушкодження ЦНС середнього ступеня, СДР ДН1-П
- III ступінь: перинатальне ушкодження ЦНС (з внутрішньошлуночковим крововиливом, з внутрішньочерепним крововиливом судоми, кома), СДР (недоношеність 3-го ступеня), внутрішньоутробне інфікування, ДВС-синдром.

Перший ступінь ризику вагітності включає шість чинників:

- Х₀ – вік юної жінки;
- Х₁ – вік початку статевого життя;
- Х₃ – завершення попередньої вагітності;
- Х₆ – шкідливі звички;
- Х₁₀ – тип родини;
- Х₂₆ – екстрагенітальна патологія.

Для визначення наявності першого ступеня ризику вагітності згідно з табл. 1 знаходимо А (співвідношення Х₀ к Х₁); В (Х₃ до Х₆); С (Х₁₀ до Х₂₆) і використовуємо рівняння регресії: $УВ-1 = 0.284 + 0.771Х_0 + 0.418 Х_1 + 0.28Х_3 + 0.458Х_6 + - 0.298Х_{10} + 0.033Х_{26}$, обчислюємо прогноз, сумуючи А, В, С.

Таблиця 1

Прогностична таблиця для ускладнень вагітності першого ступеня

А

Х ₀ Х ₁	0	2	4	6	8	10
0	2.8	18.3	33.7	49.1	64.5	79.9
2	12.0	27.4	42.8	58.3	73.7	89.1
4	21.2	36.6	52.0	67.4	82.8	98.3
6	30.3	45.7	61.2	76.6	92.0	107.4
8	39.5	54.9	70.3	85.7	101.2	116.6
10	48.6	64.1	79.5	94.9	110.3	125.7

В

Х ₃ , Х ₆	0	2	4	6	8	10
2	-5.6	2.8	11.1	19.5	27.8	36.2
4	-11.2	-2.8	5.5	13.9	22.2	30.6
6	-16.8	-8.4	-0.1	8.3	16.6	25.0
8	-22.4	-14.0	-5.7	2.7	11.0	19.4
10	-28.0	-19.6	-11.3	-2.9	5.4	13.8

С

X10 X26	0	2	4	6	8
0	0,0	-6.0	-11.9	-17.9	-23.8
2	-4.7	-10.6	-16.6	-22.5	-28.5
4	-9.3	-15.3	-21.2	-27.2	-33.2
6	-14.0	-19.9	-25.9	-31.9	-37.8
8	-18.6	-24.6	-30.6	-36.5	-42.5
Ю	-23.3	-29.3	-35.2	-41.2	-47.1
12	-28.0	-33.9	-39.9	-45.8	-51.8
14	-32.6	-38.6	-44.5	-50.5	-56.5
16	-37.3	-43.2	-49.2	-55.2	-61.1
18	-41.9	-47.9	-53.9	-59.8	-65.8
20	-46.6	-52.6	-58.5	-64.5	-70.4

При здобутті позитивного результату вірогідність наявності ускладнення вагітності першого ступеня.

Для практичних цілей прогнозування величини узагальненого показника ускладнення вагітності другого ступеня може бути рекомендоване наступне рівняння регресії.

$$УВ-2 = -0.3185 + 0.283 \cdot X8 - 0.268 \cdot X9 + 0.588 \cdot X16 + 0.283 \cdot X26$$

Обчислюємо прогноз, підсумовуючи А, В (табл. 2).

Таблиця 2

Прогностична таблиця для ускладнень вагітності другого ступеня

А

X8 X9	0	2	4	6	8	10
0	0	5.7	11.3	17	22.4	28,3
10	-27	-21.3	-15.7	-10	-4.6	1.3

В

X16 X29	0	2	4
0	-3	-15	-27
2	2	-9	-21
4	8	-4	-15
6	14	2	-10
8	19	8	-4
10	25	13	2
12	31	19	7
14	36	25	13
16	42	30	19
18	48	36	24
20	53	42	30

Третій ступінь ускладнення вагітності включає чотири чинники: X1 – вік початку статевого життя; X2 – відношення між батьками; X29 (перебіг даної вагітності) і X11 (спостереження в жіночій консультації) (табл. 3).

Як і при першому ступені ускладнення вагітності, знаходимо А (співвідношення X1 до X2), В (X29 до X11), використовуючи рівняння регресії:

$$Dob-3 = -2.128 + 0.62 \cdot X1 - 0.749 \cdot X2 + 0.42 \cdot X29 - 0.63 \cdot X11.$$

Таблиця 3

Прогностична таблиця для ускладнень вагітності третього ступеня

А

X1, X2	0	2	4	6	8	10
0	-21.3	-8.9	3.5	15.9	28.3	40.7
2	-36.3	-23.9	-11.5	0.9	13.3	25.7
4	-51.2	-38.8	-26.4	-14.0	-16	10.8

В

X29 X11	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30
2	-4.2	4.2	13	21	29	37	46	55	63	71	80	88	96	105	113
4	-16.6	-8.2	0	36	17	25	34	42	51	59	67.4	76	84	93	101
6	-29.4	-21	-13.8	-4.2	12	21	29	38	46	54.6	63	71	80	88	
8	-41.6	-33	-25	-16.4	-8	0	9	17	26	34	42.4	51	59	68	76

Набуте позитивне значення прогнозу, підсумовуючи А і В у рівнянні регресії, свідчить про вірогідність розвитку гестозу важкого ступеня.

Чинниками ризику для ускладнень пологів першого ступеня є: X5 – перший статевий зв'язок, X6 – зловживання алкогольними напоями, X8 – куріння, X9 – вживання токсичних і наркотичних речовин, X12 – оцінка стану свого здоров'я, X27 – планування справжньої вагітності (табл. 4).

Для прогнозуючого показника ускладнень пологів першого ступеня рівняння регресії набирає наступного вигляду:

$$УП-1 = -2.284 - 0.315X5 + 0.024X6 + 0.266X8 + 0.244X9 - 0.226X12 + 0.76X27$$

Таблиця 4

Прогностична таблиця для ускладнень пологів першого ступеня

А

X5 X6	2	4	6
0	-29	-35	-42
2	-29	-35	-41
4	-28	-34	-41
6	-28	-34	-40
8	-27	-34	-40
10	-27	-33	-39

В

X8 X9	0	2	4	6	8	10
0	0	5	11	16	21	27
10	-24	-19	-14	-8	-3	2

С

X12 X27	0	4
4	30	21
6	46	37

Прогнозуючи ускладнення пологів першого ступеня, підсумовуємо А (відношення Х5 до Х6), В (Х8 до Х9), С (Х12 до Х27).

Згідно з проведенням аналізом дискримінанта для ускладнення пологів 2-го ступеня, основними прогностичними ознаками були раннє безладне статеве життя і високий ризик інфекцій, що передаються статевим шляхом (табл. 5).

Рівняння регресії набирає вигляду:

$$УП-2 = -1.6765 + 1.036X26 + 0.376 X29$$

Таблиця 5

Прогностична таблиця для ускладнень пологів другого ступеня

X26 X29	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30
2	28	35.7	43.3	50.7	58.3	65.7	73.3	80.7	88.4	95.7	103.4	110.7	118.5	126	134
4	49	56.4	64	71.4	79	86.4	94	101.4	109	116.4	124	131.4	139	147	154
6	69.5	77	84.6	92	100	107	114.6	122	130	137	144.7	152	160	167	175
8	90.5	98	105.6	113	120.6	128	135.6	143	151	158	166.7	173	181	188	196

Третій ступінь ризику пологів має чотири найбільш значущих чинника: Х4 – перший статевий зв'язок, Х8 – з якого віку курить, Х26 – екстрагенітальні захворювання, Х29 – перебіг справжньої вагітності (табл. 6).

Для прогностичного значення показника ускладнення пологів третього ступеня рівняння регресії набирає вигляду:

$$УП-3 = -3.0305 + 0.277X4 + 0.063X8 - 0.42X26 + 0.306X29$$

Таблиця 6

Прогностична таблиця для ускладнень пологів третього ступеня

А

X8 X4	0	2	4	6	8	10
2	5.5	6.8	8	9.3	10.5	11.8
4	11	12.3	13.5	14.8	16	17.3
6	16.6	17.9	19	20.4	21.6	23

В

X29 X26	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30
0	6	12.2	18.4	24.5	30.6	36.7	42.8	49	55	61	67.3	73.4	80	85.7	92
2	2.4	38	10	16	22	28	34.4	40.6	46.6	52.6	59	65	71.6	77	83.6
4	-10.8	-4.6	1.6	7.7	13.8	20	26	32	38	44	50.5	56.6	63	69	75
6	-19	-12.8	-6.6	-0.5	56	11.7	17.8	24	30	36	42.3	48.4	55	60.7	67
8	-27.6	-21.4	-15.2	-9.1	-3	3.1	9.2	15.4	21.4	27.4	33.7	40	46.4	52	58.4
10	-36	-30	-23.6	-17.5	-11.4	-5.1	0.8	5	13	19	25	31.4	38	43.7	50
12	-44.4	-38	-32	-26	20	13.7	-7.6	-1.4	4.6	10.6	17	23	30	35.3	41.6
14	-53	-47	-40.6	-34.5	-28.4	-22.3	-16	-10	-4	2	8.3	14.4	21	26.7	33
16	-61	54.8	-48.6	-42.5	-36.4	-30.3	-24	-18	-12	-6	0.3	6.4	13	18.7	25
18	-70	-63.4	-57	-51	-45	-39	-33	-26.6	20.6	14.6	-8.3	-2.2	4.4	10	16.4
20	-78	-72	-65.6	-60	-53.4	-47.3	-41	-35	-29	23	16.7	-10.6	-4	1.7	8

Чинниками ризику для ускладнень плода і новонародженого першого ступеня вважали: Х₀ – вік юної жінки, Х₈ – з якого віку курить, Х₁₁ – санітарно-гігієнічні умови житла, Х₁₃ – харчування в сім'ї, Х₃₄ – оцінка новонародженого за шкалою Апгар на 1-й хвилині, Х₃₉ – стан новонародженого (табл. 7).

Для прогностичного значення показника для рівняння регресії ускладнення плода першого ступеня набирає вигляду:

$$УПІН-1 = 0.04825 + 0.269X_0 + 0.261X_8 + 0.181X_{11} + 0.446X_{13} + 0.356X_{34} + 1.229X_{39}$$

Таблиця 7

Прогностична таблиця для ускладнень плода першого ступеня

А

X ₀ X ₈	0	2	4	6	8	10
0	0	5.4	10.8	16	21.5	27
2	-5.2	од	5.6	10.8	16.3	22
4	-10.4	-5	0.4	5.6	11	16.6
6	-15.7	-10.3	-4.9	0.3	5.5	11.3
8	-21	-15.6	-10.2	-5	0.5	6
10	-26	-20.6	-15.2	-10	4.5	1

В

X ₁₁ X ₁₃	2	4	6
0	3.6	7.2	11
2	12.5	16	20
4	21.4	25	28.8

С

X34 X39	0	2	4	6	8
0	0	7.1	14,2	21.4	28.5
2	2.5	9.6	16.7	24	31
4	4.9	12	19	26.3	33.4
6	7.4	14.5	21.6	29	36
8	9.8	17	24	31	38.3
10	12.3	19.4	26.5	33.7	41

Чинниками ризику для ускладнень плода і новонародженого другого ступеня є: X13 – харчування в сім'ї, X24 – звернення по медичну допомогу, X29 – перебіг справжньої вагітності, X34 – оцінка новонародженого за шкалою Апгар на 1-й хвилині, X35 – оцінка новонародженого за шкалою Апгар на 5-й хвилині, X39 – стан новонародженого (табл. 8).

Для прогностичного значення показника для рівняння регресії ускладнення плода другого ступеня має вигляд:

$$УПін-2 = -5.361 + 0.673X13 + 1.05X24 + 0.081X29 + 0.376X34 + 229X35 + 0,2X39$$

Таблиця 8

Прогностична таблиця для ускладнення плода другого ступеня

А

X13 X24	0	2	4
0	0	13.5	27
4	4.2	17.7	31.2

В

X29 X39	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30
0	1.6	3.2	4.9	6.5	8	9.7	11.3	13	14.6	16.2	17.8	19.4	21	22.7	24.3
2	5.6	7.2	8.9	10.5	12	13.7	15.3	17	18.6	20.2	21.8	23.4	25	26.7	28.3
4	9.6	11.2	13	14.5	16	17.7	19.3	21	22.6	24.2	26	27.4	29	30.7	32.3
6	13.6	15.2	16.9	18.5	20	21.7	23.3	25	26.6	28.2	29.8	31.4	33	34.7	36.3
8	17.6	19.2	20.9	22.5	24	25.7	27.3	29	30.6	32.2	33.8	35.4	37	38.7	40.3
10	21.6	23.2	24.9	26.5	28	29.7	31.3	33	34.6	36.2	37.8	39.4	41	42.7	44.3

С

Х34 Х35	0	2	4	6	8
0	0	7.5	15	22.6	30
4	-11.6	-4,1	3.4	11	18.4
6	-13.7	-6.2	1.3	8.9	16.3
8	-18.3	-10.8	-3.3	4.3	11.7
10	-22.9	-15.4	•7.9	-0.3	7.1

Визначаючи наявність ускладнень для плода другого ступеня знаходимо суму А (Х13 до Х24), В (Х29 до Х39) і С (Х34 до Х35).

Чинниками ризику для ускладнень плода і новонародженого третього ступеня були: Х30 – ультразвукові ознаки інфекції, Х31 – термін розродження. Х34 – оцінка новонародженого за шкалою Апгар на 1-й хвилині, Х35 – оцінка новонародженого за шкалою Апгар на 5-й хвилині, Х37 – ускладнення з боку плода, Х33 – дані нейросонографії (табл. 9).

Для прогностичного значення показника для рівняння регресії ускладнення плода третього ступеня має вигляд:

$$УПін-3 = -3.751 + 0.289Х30 + 0.403Х31 + 0.304 Х34 - 0.167Х35 + 0.269Х37 + 0.263Х38$$

Таблиця 9

Прогностична таблиця для ускладнень плода третього ступеня

А

Х30 Х31	0	2	4	6	8
0	0	5.8	11.6	17.3	23
4	16	21.8	27.6	33.3	39

В

Х34 Х35	0	2	4	6	8
0	0	6	12,2	18.2	24.3
4	-6.7	-0.7	5.5	11.5	17.6
6	-10	-4	2.2	8,2	14,3
8	-13,5	-7.5	-1,3	4.7	10.8
10	-16,7	-10.7	-4.5	1.5	7.6

С

X37 X38	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20
0	0	5,4	10,8	16	21,5	27	32,3	37,7	43	48,4	53,8
2	-5,3	0,1	5,5	10,7	16,2	21,7	27	32,4	37,7	43	48,5
4	-10,5	-5,1	0,3	5,5	11	16,5	21,8	27,2	32,5	37,9	43,3
6	-15,8	-10,4	-5	0,2	5,7	11,2	16,5	21,9	27,2	32,6	38
8	-21	-15,6	-10,2	-5	0,5	6	11,3	16,7	22	27,4	32,8
10	-26,3	-20,9	-15,5	-10,3	-4,8	0,7	6	11,4	16,7	22,1	27,5

Для наявності ризику ускладнень плода третього ступеня знаходимо суму А (Х30 до Х31), В (Х34 до Х35) і С (Х37 до Х38).

Прогнозування ускладнень (результату) вагітності у 100 юних жінок продемонструвало, що частота ускладнень перебуває в кореляційній залежності від віку, зі зменшенням якого частота їх зростала.

Згідно з нашими даними, впровадження програми прогнозування дозволило завчасно виявити юних жінок з високою вірогідністю несприятливого результату вагітності для матері і плода і провести в кожному індивідуальному випадку своєчасну профілактику можливих порушень репродуктивної функції в даного контингенту осіб шляхом впливу на керовані чинники ризику.

Широке впровадження сучасних технологій в акушерську практику привело до зниження материнської і перинатальної захворюваності і смертності в розвинених країнах і окремих медичних установах в нашій країні. Але, незважаючи на ці досягнення, залишаються дискусійними питання алгоритму ведення вагітності і пологів у жінок високого перинатального ризику, зокрема і при використанні різних скринінгових методів дослідження.

Усе це спонукало як медичну науку, так і практичну охорону здоров'я до більшого вивчення питань, що стосуються юного материнства. Необхідно створення і впровадження нових форм диспансеризації дівчаток і дівчат-підлітків, організації серед них реабілітаційних і оздоровчих програм з метою підвищення репродуктивного потенціалу населення.

Результати дослідження свідчать, що у юних вагітних досить часто виявляють психологічну нестійкість, боязнь пологів. Через це при підготовці підлітків до пологів особлива увага була приділена психопрофілактичним заходам, направленим на створення хорошого емоційного фону й упевненості в сприятливому завершенні пологів. Особливу увагу слід приділяти знеболенню пологів.

ВИСНОВКИ

Резюмуючи усе вищевикладене, слід підкреслити, що функціональна незрілість адаптаційних механізмів організму первородящих підлітків разом з неадекватним психоемоційним напруженням через низький рівень соціально-психологічної готовності до материнства визначає велику частоту ускладнень вагітності, пологів, порушень лактації і перинатальної патології у цього контингенту первородящих.

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

Adolescent girls have prognostication of motion of pregnancy and births

A. O. Semenyuk

The objective: to develop and inculcate the algorithm of prognostication of motion of pregnancy and births for adolescent girls.

Materials and methods. For the performance of the put goal on determination of prognosis of results of pregnancy violations of reproductive function the detailed estimation of sexual and reproductive conduct was conducted 100 adolescent girls in age 12–18. As information generators in research were used primary medical documents: history of development of child or medical map of child; hospital chart; history of terminating pregnancy; individual map of pregnant and puerperas; exchange map of maternity hospital; history of births; history of development new-born. Findings were added to the questionnaires developed by an author. One of questionnaires contained information about the medical-and-social inspection of adolescent girls, for the study of the personal and domestic anamnesis. Other questionnaire about the features of motion and result of pregnancy, births, and also about the state new-born for young women.

To the complex of the conducted researches clinical, laboratory instrumental and statistical methods were included.

Results. Wide introduction of modern technologies in obstetric practice resulted in the decline of maternal and perinatal morbidity and mortality in the developed countries and separate medical establishments in our country. But, without regard to these achievements, questions of algorithm of conduct of pregnancy and births are debatable for the women of high perinatal risk, including about the use of different screening methods of research. All of it in same queue induced both medical science and practical health protection to more intent study of questions which touch young maternity. Necessary creation and introduction of new forms of the health centre system of girls and adolescent girls, organization among them of the rehabilitation and health programs is with the purpose of increase of reproductive potential of population.

For young pregnant psychological instability, dread of births, appear often enough. From it at preparation of teenagers to births the special attention was spared to the psycho-prophylactic measures, directed on creation of good emotional background and confidence in favourable completion of births. The special attention it follows to spare to anaesthetizing of births.

Conclusions. Functional immaturity of adaptation mechanisms of organism of primiparous of teenagers together with inadequate psycho-emotional tension through the low level of social-and-psychological readiness to maternity determines large frequency of complications of pregnancy, births, violations of lactation and perinatal pathology at this contingent of primiparous.

Keywords: pregnancy, births, prognostications, adolescent girls.

Інформація про автора

Семенюк Андрій Олександрович – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

ORCID: 0009-0001-0652-7562; e-mail: andrijsemenu@gmail.com

Information about the author

Semenyuk Andrey O. – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

ORCID: 0009-0001-0652-7562; e-mail: andrijsemenu@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ahamed M., 2022. Placental lead-induced oxidative stress and preterm delivery / M. Ahamed, P. K. Mehrotra, P. Kumar, M. K. Siddiqui // Environ. Toxicol. Pharmacol. :27:70-4.
2. Alfievic Z., 2021. Doppler ultrasonography in high-risk pregnancies: systematic review with meta-analysis / Z. Alfievic, J.P. Neilson // Am. J. Obstet. Gynecol.:172:1379–87.

3. Angel J.L., 2020. Aggressive perinatal care for high-order multiple gestations: Does good perinatal outcome justify aggressive assisted reproductive techniques? / Angel J.L., Kalter C.S., Morales W.J. // *Am. J. Obstet. Gynecol.*:181:2:253-9.
4. Atalla R.K., 2022. Newborn acid-base status and umbilical cord morphology / R.K. Atalla, K. Abrams, S.C. Bell // *Obstet. Gynecol.* :92:865-98.
5. Barker D. J., 2023. The obstetric origins of health for a lifetime / D.J. Barker, K.L. Thornburg // *Clin Obstet Gynecol.*:56:3:511-5.
6. Bektukhambetov Y., 2021. Metabolic and immunologic aspects of fetoplacental insufficiency / Y. Bektukhambetov, A. Mamyrbayev, T. Dzharkegov [et al.] // *Am J. Reprod Immunol.*:76:4:299-306.
7. Behrman, 2022. R.E. Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention / R.E. Behrman, A.S. Butler (editors). – Washington (DC):1232.
8. Bogatti P., 2023. Feto-placental haemodynamics in growth retardation : A pulsed Doppler study / Bogatti P., Vaglio P.C., Rustia D. // *Europ. J. Obstet. Gynecol.*:31:3:213-9.
9. Butchon R., 2023. Birth rates and pregnancy complications in adolescent pregnant women giving birth in the hospitals / R. Butchon, T. Liabsuetrakul, E. McNeil, Y. Suchonwanich // *J Med Assoc Thai.*:97:8:41-4.
10. Buchholz E.S., 2023. Children of adolescent mothers: are they at risk for abuse? / Buchholz E.S., Korn-Bursztyn C. // *Adolescence.* :2:361-82.
11. Callaway L.K., 2023. Pregnancy outcomes in women of very advanced maternal age / L.K. Callaway, K. Lust, H.D. McIntyre // *Aust N Z J Obstet Gynaecol.*:45:12-6.
12. Campbell S., 2023. Doppler investigation of the fetal circulation / S. Campbell, S. Vyas, K.H. Nicolaides // *J. of Perinatal Med.*:19:12:21-6.
13. Chan B.C., 2022. Influence of parity on the obstetric performance of mothers aged 40 years and above / B.C. Chan, T.T. Lao // *Hum. Reprod.*:14:833-7.
14. Chernausk S.D., 2022. Update: consequences of abnormal fetal growth / S.D. Chernausk // *J. Clin Endocrinol Metab.*:97:3:689-95.