

<https://doi.org/10.34883/PI.2024.14.6.003>
УДК 618.3-039.11-053.6



Можейко Л.Ф.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Современные проблемы подростковой беременности и их решение

Конфликт интересов: не заявлен.

Подана: 02.12.2024

Принята: 09.12.2024

Контакты: lfmozheiko@gmail.com

Резюме

Введение. Подростковая беременность является важной медицинской и социальной проблемой не только в нашей стране, но и во всех странах мира. Ранняя беременность в 50–60% случаев является незапланированной и нежеланной, поэтому чаще завершается искусственным прерыванием. При этом психотравмирующие факторы, обусловленные нежелательной беременностью, приводят к тяжелым внутренним переживаниям и подростков, и их родителей, что в дальнейшем сопровождается серьезными нравственными проблемами в семье, личными трагедиями, ухудшающими качество жизни юных женщин.

Раннее начало сексуального поведения, внебрачные половые связи, низкий уровень гигиенической и половой культуры среди подростков, плохая осведомленность о методах контрацепции и редкое их использование – наиболее значимые факторы риска беременности у несовершеннолетних. Учитывая тенденцию к увеличению числа беременностей у юных пациентов, необходимы дальнейшие научные разработки по их предупреждению.

Цель. Провести оценку медицинских и социальных аспектов ювенильной беременности, предложить комплекс организационных и лечебно-профилактических мероприятий по снижению осложнений, предупреждению нежелательной беременности, сохранению репродуктивного здоровья и фертильной функции.

Материалы и методы. В исследование включены 98 юных беременных женщин, находившихся на диспансерном учете и родоразрешенных в акушерском стационаре УЗ «1-я ГКБ» г. Минска. Для проведения исследований выбран метод клинического катамнестического наблюдения. В качестве материала для исследования использовалась медицинская документация акушерского стационара УЗ «1-я ГКБ» г. Минска: «Обменная карта, форма № 113/у», «Медицинская карта стационарного пациента, форма № 003/у-07».

Результаты. Учитывая неснижающуюся тенденцию роста числа беременностей у несовершеннолетних пациентов, необходимы дальнейшие научные разработки и их внедрение в практику, в том числе в специализированные центры для молодежи, с целью повышения качества оказываемой медицинской, психологической и социальной помощи.

Заключение. Научные исследования в этом направлении должны быть продолжены для разработки комплексной системы мероприятий, включающих образовательные

программы для родителей, педагогов, учащихся школ, вузов, пропагандирующих семейные ценности, вопросы планирования семьи, современные методы контрацепции, борьбу с абортами, что будет направлено на сохранение репродуктивного здоровья и фертильности.

Ключевые слова: подростки, беременность, контрацепция

Mozheiko L.

Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Modern Problems of Teenage Pregnancy and Their Solution

Conflict of interest: nothing to declare.

Submitted: 02.12.2024

Accepted: 09.12.2024

Contacts: lfmozheiko@gmail.com

Abstract

Introduction. Teenage pregnancy is an important not only medical but also social problem both in our country and in all countries of the world. Early pregnancy in 50–60% of cases is unplanned and unwanted, and therefore often ends in artificial termination. At the same time, psychotraumatic factors caused by unwanted pregnancy lead to severe internal experiences not only for teenagers, but also for their parents, which is subsequently accompanied by serious moral problems in the family, personal tragedies that worsen the quality of life of young women.

Early onset of sexual behavior, extramarital sexual relations, low level of hygiene and sexual culture among adolescents, poor awareness of contraceptive methods and their rare use are the most significant risk factors for pregnancy in minors. Given the tendency to increase the number of pregnancies in young patients, further scientific developments are needed to prevent it.

Purpose. To assess the medical and social aspects of juvenile pregnancy, to propose a set of organizational and therapeutic and preventive measures to reduce complications, prevent unwanted pregnancy, and preserve reproductive health and fertile function.

Materials and methods. The study included 98 young pregnant women who were registered for dispensary care and delivered in the obstetric hospital of the State Health Institution "1st City Clinical Hospital" of Minsk. The method of clinical follow-up observation was chosen for the study. The medical documentation of the obstetric hospital of the State Health Institution "1st City Clinical Hospital" of Minsk was used as the material for the study: "Exchange card, form No. 113/u", "Medical card of an inpatient, form No. 003/u-07".

Results. Given the non-decreasing trend in the number of pregnancies among underage patients, further scientific developments and their implementation in practice are needed, including in specialized centers for young people with the aim of improving the quality of medical, psychological and social care provided to them.

Conclusion. Scientific research in this area should be continued to develop a comprehensive system of measures, including educational programs for parents, teachers, school and university students, promoting family values, family planning issues, modern methods of contraception, the fight against abortions, which will be aimed at preserving reproductive health and fertility.

Keywords: adolescents, pregnancy, contraception

■ ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы подростковой беременности сохраняется в разных странах всего мирового сообщества [3]. По данным экспертов ВОЗ, в 2023 г. количество беременностей среди подростков в возрасте 15–19 лет в странах с низким или средним уровнем дохода достигло 21 млн. Лидируют по числу подростковых беременностей страны Африки. Так, в Нигерии – 203 случая на 1000 подростков, в Мали – 175 на 1000 юных женщин. В странах СНГ уровень подростковой беременности значительно ниже. В России коэффициент подростковых родов среди девушек 15–19 лет составляет – 25 на 1000 юных женщин, в Казахстане – 6 на 1000, в Республике Беларусь – 1 на 1000.

Несмотря на тот факт, что девушки-подростки достигают половой зрелости к 16 годам, их полная физиологическая и социальная зрелость происходит позже. В большинстве случаев у девушек 16–17 лет таз достигает размеров, допускающих рождение плода средних размеров. Однако беременность и роды вызывают серьезные изменения как в физическом, так и в психическом развитии юных женщин в возрасте 14–16 лет. Вследствие раннего полового развития, в особенности на фоне продолжающейся акселерации, существует диспропорция между половой и социально-психологической зрелостью. Юные беременные, по мнению большинства исследователей, ни физически, ни морально, ни социально не подготовлены к материнству [4, 6].

Оценивая трудности, которые испытывают юные матери, можно заключить, что на первом месте находятся материальные (69,1%), затем бытовые (59,7%), на моральные трудности указывают 29,8% опрошенных. Кроме того, значительная доля молодых матерей отмечают физическую усталость, угнетенное состояние и другие проблемы, связанные с ранним материнством.

Ввиду отсутствия полной социально-экономической независимости от родителей подростки часто сталкиваются со значительными трудностями при принятии серьезных решений в своей личной и семейной жизни, это нередко приводит к тяжелым внутренним переживаниям не только подростков, но и их родителей и сопровождается серьезными нравственными проблемами, личными трагедиями, ухудшающими качество жизни молодых женщин [1, 2, 5].

Как свидетельствуют проведенные исследования, к наиболее частым факторам, способствующим наступлению ювенильной беременности, относятся сложные взаимоотношения между матерью и дочерью, финансовые проблемы в семье, развод родителей, ранние беременности у близких родственников и друзей, вредные привычки (курение, употребление алкоголя, наркотиков), недостаточное внимание к вопросам сексуального воспитания в семье и школе [4, 5].

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализировать медицинские и социальные аспекты ювенильной беременности, предложить комплекс организационных и лечебно-профилактических мероприятий по снижению осложнений, предупреждению нежелательной беременности и сохранению репродуктивного здоровья.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для проведения исследований выбран метод клинического катamnестического наблюдения. В качестве материала для исследования использовалась медицинская документация акушерского стационара УЗ «1-я ГКБ» г. Минска: «Обменная карта, форма № 113/у», «Медицинская карта стационарного пациента, форма № 003/у-07».

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В исследование включены 98 юных беременных женщин, родоразрешенных в акушерском стационаре УЗ «1-я ГКБ» г. Минска, их средний возраст составил $16,2 \pm 1,1$ года.

Большинство (69,4%) несовершеннолетних девушек не имели высшего образования, 30,6% – являлись ученицами средних школ, 38,8% – средних специальных учебных заведений (техникумы, ПТУ и др.), не работали и не учились – 4 (4,0%) девушки. Среди работающих несовершеннолетних мам (18,4%) наиболее распространенными профессиями были парикмахер, мастер маникюра, официант, продавец, упаковщик, уборщик помещений. При анкетировании юные беременные отмечали, что именно в учебных заведениях они сталкивались с осуждением, а нередко и с враждебностью со стороны сверстников. Более того, указывали, что им редко удается получить профессиональные навыки, чтобы они могли работать и содержать семью, а желающих взять их на работу работодателей слишком мало [2, 6].

Хочется отметить, что ранняя сексуальная активность, по выражению Альберта Клеменса, является «знаменем времени» со всеми вытекающими последствиями. В связи с изменившимися понятиями о морали и нравственности, особенностями репродуктивного поведения подростков на сегодняшний день частая смена половых партнеров является достаточно распространенной тенденцией, причем наблюдается она во многих странах мира, независимо от уровня экономического развития. Для подросткового возраста неожиданная беременность означает полную растерянность, отсутствие настроенности на материнство, резкое изменение социального и экономического статуса, жизненных возможностей и планов. Кроме того, беременность у подростков является чаще всего результатом внебрачной связи.

Результаты анализа семейного положения свидетельствуют, что зарегистрированный брак среди девушек подросткового возраста наблюдался в 45 (45,9%) случаях, из них 23 (23,5%) пациентки оформили брачные отношения до беременности, 22 (22,4%) – во время беременности. Одинокими незамужними были 55 (56,1%) юных беременных.

При оценке становления репродуктивной системы установлено, что средний возраст менархе у обследованных юных пациентов составил 12,47 года, нарушение менструальной функции наблюдалось в 25 (25,5%) случаях. Средний возраст полового дебюта был $15,3 \pm 0,8$ года. Следует отметить, что беременность практически у всех

подростков наступила в течение 1,5–2 лет от начала половой жизни, что свидетельствует о недостаточной осведомленности молодежи по вопросам контрацепции.

Из методов контрацепции наиболее часто использовали прерванный половой акт – 32 (32,7%) пациентки, презерватив – 24 (24,5%). К экстренной контрацепции прибегали юные женщины в 4 (4%) случаях. При этом 42 (42,8%) пациентки вообще не использовали методы контрацепции.

Согласно проведенному исследованию, молодые женщины имели высокий индекс соматической патологии, инфекционных заболеваний, накопленных в подростковом периоде жизни. Так, результаты оценки перенесенной соматической патологии свидетельствуют, что практически все девочки подросткового возраста (97,9%) до наступления беременности имели высокий удельный вес инфекционных заболеваний: ОРИ (63,3%), хронический тонзиллит (20,4%), синусит (10,2%), другие инфекции (4,0%).

Гинекологическую заболеваемость следует рассматривать как основной показатель репродуктивного здоровья подростков. Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют, что к 17 годам жизни патология репродуктивной системы регистрируется у 18–35% девушек. По результатам собственного наблюдения, из перенесенной гинекологической патологии наиболее часто выявляли кольпит (36,7%), эрозию шейки матки (18,4%), ИППП (ВПЧ 5,1%, ВПГ 4,7%, хламидиоз 2%), аднексит (7,1%), СПКЯ (4,1%) и в 3,1% случаев встречалась другая гинекологическая патология. Высокая частота инфицированности полового тракта, а также отсутствие психопрофилактической подготовки подростков к родам часто приводят к родовому травматизму. Включение в схему лечения рекомбинантного интерферона альфа-2b с антиоксидантами в суппозиториях (виферон) в дозе 1 000 000 ME 2 раза в день в течение 10 дней оказывает противовирусный и иммуномодулирующий эффект, повышая активность иммунного ответа организма на патогены [3].

Важным фактором, свидетельствующим о неподготовленности юных женщин к выполнению материнских функций, является позднее обращение в женскую консультацию. Из всех обследованных юных женщин на диспансерном учете в женской консультации состояли 82 (83,6%) юные беременные, в то же время 16 (16,4%) беременных на учете по беременности вообще не состояли и не обследовались. Средний срок гестации на момент постановки на диспансерный учет по беременности составил $16,5 \pm 6,3$ недели. До 12 недель гестации на диспансерный учет встали 57 (58,1%) юных беременных, а во втором триместре обратились в женскую консультацию для постановки на диспансерный учет 25 (25,5%). Необходимо отметить, что даже среди тех юных матерей, которые состояли на учете по беременности, фактически каждая 7-я пренебрегала регулярным наблюдением врача и выполнением всех рекомендаций.

Одной из важных особенностей, характеризующих современных подростков, является подверженность вредным привычкам (алкоголь, курение, наркотики), которые особенно распространены среди современной молодежи, включая будущих матерей.

Социально-гигиеническая характеристика жизни и воспитания подростков показывает, что раннее начало сексуальной жизни связано с целым рядом факторов, и прежде всего с низкой сексуальной культурой и наличием вредных привычек. Большинство будущих юных матерей воспитывались в неполных семьях с низким образовательным уровнем и неблагоприятным психологическим микроклиматом. Все это со

всей очевидностью приводит к раннему началу сексуальной жизни и зачатию ребенка. Согласно данным проведенного исследования, до беременности курили 59 (60,2%) юных женщин, продолжали курить и во время беременности большинство из них – 31 (31,6%). Средний возраст начала курения составил $11,6 \pm 0,8$ года. Алкогольные напитки до беременности употребляли 29 (29,5%), слабоалкогольные коктейли во время беременности принимали 9 (9,2%) юных беременных женщин. Возможно, алкоголизация является наиболее распространенным сценарием первого сексуального контакта, под ее влиянием девушки-подростки становятся раскованными и нередко сами настойчиво предлагают молодым людям вступать с ними в интимные отношения [9].

Общеизвестно, что здоровье человека закладывается еще в антенатальном периоде, поэтому все действия, связанные с проведением мероприятий, направленных на улучшение здоровья матери и ребенка, создание условий для лучшего физического и психического развития детей, в конечном счете являются фундаментом будущего здоровья населения страны в целом.

Экстрагенитальная патология наблюдалась у 56 (57,1%) юных первобеременных женщин. В структуре соматической патологии у несовершеннолетних беременных преобладали заболевания дыхательной системы – у 43 (43,8%), патология мочевыделительной системы (цистит, пиелонефрит) – у 12 (12,2%) юных женщин, у 10 (10,2%) беременных диагностирована эндокринная патология (субклинический гипотиреоз, нарушения жирового обмена) и у 8 (8,1%) – сердечно-сосудистые заболевания.

В периоде становления репродуктивной системы происходит перестройка организма и развитие нейроэндокринных специфических влияний половых желез, обуславливающих переход организма из детского состояния в половозрелое. Подростковая нейроэндокринная система особенно чувствительна к целому ряду эндо- и экзогенных факторов. Изменения деятельности коры головного мозга, возникшие как реакции на раздражение, оказывают влияние на функцию репродуктивной системы главным образом через гипоталамус. Социальная дезадаптация у юных первородящих женщин нередко приводит к негативному психологическому восприятию беременности и родов. В результате юные беременные и роженицы плохо переносят родовой стресс, нередко ведут себя неадекватно, что часто становится причиной родового травматизма и других осложнений в родах.

Оценивая особенности течения беременности у юных женщин, можно отметить, что в 86,7% случаев беременность протекала с осложнениями (преэклампсия – 47,9%, угроза выкидыша – 30,6%, анемия – 21,4%, хроническая фетоплацентарная недостаточность – 13,2%). Прогестероновая поддержка (суспен 200–400 мг) назначалась до 16–28 недель гестации в 37,8% случаев.

Роды завершились в 90,8% случаев через естественные родовые пути, в 9,2% – методом экстренной операции кесарева сечения. Наиболее частыми показаниями к операции являлись: плодово-тазовые диспропорции – 5,1%, хроническая гипоксия плода, не поддающаяся медикаментозной терапии, – 3,1%, тазовое предлежание плода – 1%. Средняя продолжительность родов составила 7 часов 40 минут. Причем быстрые роды наблюдались в 12,2% случаев, стремительные – в 3,2%.

Осложненное течение родов у юных родильниц наблюдалось в 78,5% случаев: первичная слабость родовой деятельности – 40,8%, травмы мягких тканей родовых путей, включая разрывы промежности – 25,5%, влагалища – 7,1%, шейки матки – 4,1%.

Всего у юных беременных родилось 98 детей, среди них доношенных новорожденных было 90 (89,8%), недоношенных – 8 (10,2%). Маловесных (менее 2000 г) новорожденных родилось 3 (3,1%), крупновесных (более 4000 г) – 10 (10,2%), в нормальном весе родилось 85 (86,7%) детей.

В проведенном исследовании синдром задержки роста плода был диагностирован у 7 (7,1%) новорожденных, внутриутробное инфицирование – в 4 (4,7%) случаях. Следует отметить, что особая роль отводится вирусным инфекциям в возникновении внутриутробного инфицирования, гипотрофии плода, стойких психоневрологических расстройств, приводящих в дальнейшем к социальной дезадаптации.

Врожденные пороки сердца выявлены у 3 (3,1%) маловесных детей – гипоплазия дуги аорты, персистирующая левая верхняя полая вена, высокий риск по коарктации, бicuspidальный аортальный клапан с аортальной регургитацией 2-й ст., незначительный аортальный стеноз, аневризма межпредсердной перегородки, аномально расположенные хорды левого желудочка. В состоянии гипоксии родилось 13 (13,3%) новорожденных, в том числе в 3 (3,1%) случаях отмечалась внутрочерепная гипертензия и кефалогематома.

Для дальнейшего лечения в кардиологический стационар перевели 3 (3,1%) новорожденных, на второй этап выхаживания для дополнительного наблюдения, обследования и лечения – 6 (6,1%) детей. Большинство детей – 89 (90,8%) – выписаны домой на 3–5-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Оперативные вмешательства в родах и раннем послеродовом периоде выполнялись 43,8% юных женщин (11,2% – амниотомия, 30,6% – эпизиотомия, эпизиоррафия, 3,1% – кюретаж послеродовой матки).

Несомненно, для юных женщин крайне важно обеспечение всех необходимых лечебно-профилактических мероприятий, включая пропаганду грудного вскармливания и предупреждение незапланированной беременности, для восстановления репродуктивной функции и сохранения фертильности в будущем. Это возможно лишь при назначении им надежных и безопасных методов контрацепции.

Новое поколение контрацептивов, содержащих прогестагены, обладает стойким подавлением овуляции и надежной контрацепцией, минимальными дозами прогестагенов при низком риске побочных эффектов. Высокоселективным прогестагеном последнего поколения с низкой андрогенной активностью является дезогестрел в дозе 75 мкг.

Именно в такой дозировке нами и был рекомендован Лактинет в послеродовом периоде родильницам раннего репродуктивного возраста уже с 28-го дня после родов, несмотря на то что стандартная контрацептивная схема предусматривает назначение дезогестрела 75 мкг в непрерывном режиме с 42-го дня после родов или с 1-го дня менструального цикла при его восстановлении. Это было продиктовано необходимостью, с одной стороны, использования у юных родильниц надежных средств контрацепции, учитывая их раннюю сексуальную активность, восстановление овуляторных циклов [5, 6], а с другой стороны, поддержания лактации.

Систематический обзор экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) свидетельствует, что при применении дезогестрела 75 мкг в послеродовом периоде лактация по длительности, количеству и качеству грудного молока не ухудшается [3, 7]. У детей, матери которых принимали дезогестрел 0,075 мг в течение 3 лет с момента лактации, не отмечено отклонений в росте, физическом и психомоторном развитии.

Учитывая низкую приверженность в послеродовом периоде к лактации у юных женщин, всем нелактирующим юным пациенткам рекомендуется прием современного низкодозового комбинированного гормонального контрацептива Эстеретта, в состав которого входят эстроген нового поколения эстетрол в дозе 15 мг и прогестаген дроспиренон 3 мг. Доказано, что естественный для организма эстетрол минимизирует появление таких побочных эффектов, как межменструальные кровотечения, тромбоз, отечность и набор лишнего веса. Помимо этого, эстетрол обладает онкопротективным эффектом в отношении молочной железы. Следует отметить, что в Республике Беларусь этот препарат уже зарегистрирован и, как свидетельствуют собственные исследования, является высокоэффективным, доступным и хорошо переносимым. Современный комбинированный низкодозовый гормональный контрацептив Эстеретта показан в первую очередь подросткам и молодым женщинам, которые впервые решили использовать комбинированные оральные контрацептивы для предохранения от нежелательной беременности, а также пациентам с нежелательными эффектами при использовании других комбинированных гормональных контрацептивов. Кроме контрацептивного эффекта, комбинированный гормональный контрацептив Эстеретта обладает прекрасными лечебными эффектами, что особенно важно для юных пациентов и нерожавших женщин. Выраженный антиандрогенный эффект гестагенного компонента дроспиренона при минимальной дозе натурального эстетрола наблюдался при лечении акне, предменструального синдрома, синдрома поликистозных яичников и другой гинекологической патологии. Они хорошо переносятся, не вызывают отечности, не увеличивают массу тела, оказывают минимальное влияние на липидный профиль и гемостаз, что очень важно для сохранения репродуктивного здоровья и фертильности в будущем. Стандартная контрацептивная схема предусматривает назначение комбинированного гормонального контрацептива Эстеретта в непрерывном режиме с 1-го дня менструального цикла по 1 таблетке в сутки, желательнее в одно и то же время, без перерыва на менструацию. Нелактирующим юным женщинам препарат рекомендуется к применению через 3–4 недели после родов.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенные исследования свидетельствуют, что раннее начало половых контактов, внебрачные сексуальные связи, низкий уровень гигиенической и половой культуры среди девушек-подростков, недостаточная осведомленность о методах контрацепции и их недостаточное использование являются основными факторами риска нежелательной беременности у несовершеннолетних пациентов.

Сексуально активным подросткам необходимо рекомендовать к использованию современные, наиболее приемлемые методы контрацепции. По мнению ВОЗ, Международной ассоциации детских и подростковых гинекологов, признаны современными комбинированные гормональные контрацептивы, в частности Лактинет и новый уникальный по своему составу низкодозовый контрацептив Эстеретта.

Учитывая неснижающуюся тенденцию роста числа беременностей у несовершеннолетних пациентов, необходимы дальнейшие научные разработки и их внедрение в практику, в том числе в специализированные центры для молодежи, с целью повышения качества оказываемой медицинской, психологической и социальной помощи.

Научные исследования в этом направлении должны быть продолжены для разработки комплексной системы мероприятий, включающих образовательные программы для родителей, педагогов, учащихся школ, вузов, пропагандирующих семейные ценности, вопросы планирования семьи, современные методы контрацепции, борьбу с абортами, что будет направлено на сохранение репродуктивного здоровья и фертильности.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Mikhailin E.S. Features of the course of pregnancy and childbirth in minors and women of middle reproductive age. *International Journal of Experimental Education*. 2014;8:145–146.
2. Laryusheva T.M. Comparative characteristics of clinical indicators of the course of pregnancy and childbirth in women of adolescent and optimal reproductive age. *Original research*. 2016;1:32–42.
3. Budanov V.P. *Issues of gynecology, obstetrics and perinatology*. 2018;4(17):77–87.
4. *World Health Organization. Teenage pregnancy*. 2024.
5. Sully E.A., Biddlecom A., Daroch J., et al. *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019*. New York: Guttmacher Institute; 2020.
6. Mozheiko L.F., Runets U.F. Medical and social aspects of pregnancy and delivery in young pregnant women. *Reproductive health. Eastern Europe*, 2020;10(2):155–160.
7. Mozheiko L.F., Runets U.F. Contraception after childbirth in women of early reproductive age. *Med. jur.* 2021;1:84–88.