

МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПОДРОСТКОВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

В статье представлены данные об социальных и медицинских особенностях при подростковой беременности. Проведен анализ медико-социальных аспектов подростковой беременности. Подростковая беременность является важной не только общемедицинской, но и социальной проблемой как в нашей стране, так и в странах дальнего и ближнего зарубежья. Ранняя беременность в 50-60% случаев является незапланированной и нежеланной, и потому чаще завершается искусственным прерыванием. При этом психотравмирующие факторы, обусловленные нежелательной беременностью, приводят к тяжелым внутренним переживаниям, которые в дальнейшей жизни сопровождаются серьезными нравственными проблемами и личными трагедиями, первичным бесплодием, что ухудшает здоровье будущих матерей. Как свидетельствуют наши исследования раннее начало половой жизни, внебрачные половые связи, низкий уровень гигиенической и половой культуры девушек-подростков, плохая осведомленность о методах контрацепции и недостаточное их использование – наиболее значимые факторы риска беременности у несовершеннолетних. Учитывая тенденцию к увеличению числа беременностей у несовершеннолетних пациенток, необходимы дальнейшие научные разработки по внедрению медико-социально-го характера по ее предупреждению.

Ключевые слова: подростки, беременность

L.F. Mozhejko, E.G. Karpova

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF TEENAGE PREGNANCY.

In article the data about social and medical features is presented at teenage pregnancy. The analysis of mediko-social aspects of teenage pregnancy is carried out.

Teenage pregnancy is important not only general medical, but also a social problem both in our country, and in the countries distant and the near abroad. Early pregnancy in 50-60% of cases is unplanned and undesired and consequently comes to the end with artificial interruption is more often. Thus psychoinjuring factors caused by undesirable pregnancy, lead to heavy internal experiences which in further lives are accompanied by serious moral problems and personal tragedies, primary barrenness that worsens health of future mothers. As our researches the early beginning of sexual life, illegitimate sexual communications, low level of hygienic and sexual culture of girls-teenagers, bad awareness on methods of contraception and their insufficient use – the most significant risk factors of pregnancy at minors testify. Considering a tendency to number increase pregnancy at minor patients, the further scientific workings out on introduction of mediko-social character under its prevention are necessary.

Key words: teenagers, pregnancy

Подростковая беременность является важной не только общемедицинской, но и социальной проблемой как в нашей стране, так и в странах дальнего и ближнего зарубежья [1,13]. Как показывают современные исследования последних лет, частота беременности у несовершеннолетних в таких странах, как Аргентина и Бразилия, составляет 16,8-17,5%, Шотландия-7,0-12,5% [15], Румыния, Болгария, Россия – 7,0-9,8% [15,20], США – 7,0-9,8% [15], Австралия, Новая Зеландия, Канада – 4,0-6,9% [15,18,20], Япония, Германия, Франция – 4,0%, Нидерланды – 1,2% [16,18]. Ранняя беременность в 50-60% случаев является незапланированной и нежеланной, и потому чаще завершается искусственным прерыванием [8,9]. При этом психотравмирующие факторы, обусловленные нежелательной беременностью, приводят к тяжелым внутренним переживаниям, которые в дальнейшей жизни сопровождаются серьезными нравственными проблемами и личными трагедиями, первичным бесплодием, что ухудшает здоровье будущих матерей.

Материал и методы

Беременность у подростков – одна из главных социальных проблем в сегодняшнем обществе. Современные подростки проявляют сексуальную активность в более раннем возрасте, чем подростки предыдущего поколения. Ряд исследователей связывают увеличение числа беременностей среди подростков с “сексуальной либерализацией” отношений в обществе [4,6,7,13]. Средний возраст начала половой жизни в настоящее время составляет 16 лет. В сексуальные отношения до 15 лет вступают 20-25% несовер-

шеннолетних девочек. Доказано, что к возникновению ювенильной беременности приводят плохие взаимоотношения матери и дочери, материальные трудности в семье, развод родителей, ранняя беременность у родственников и друзей, а также употребление наркотических средств и алкоголя, низкий образовательный уровень подростков, недостаточное внимание к сексуальному образованию в школе и семье. Помимо достижения физической и психологической зрелости, период полового созревания подразумевает еще один аспект – социальную зрелость. При этом если анатомо-физиологической зрелости девушки-подростки достигают в основном к 16-17 годам, то полная социальная зрелость наступает не ранее 18 летнего возраста и даже позже. Подростки, как правило, не имеют должной степени социальной-экономической независимости от родителей, необходимо для самостоятельного принятия серьезных решений по поводу своей личной жизни и самостоятельного существования [1,6,7,13]. Серьезно осложняют ситуацию проблемы связанные с беременностью, замужеством, рождением ребенка, его содержанием и воспитанием.

Подростковый период является переходным и в социальном смысле, поскольку в этом возрасте происходит активное формирование нового стиля взаимоотношений, связанного с поступлением после школы в другие учебные заведения или на работу, отъездом из дома и обретением больше самостоятельности [4,6,7,13]. Как свидетельствуют наши исследования раннее начало половой жизни, внебрачные половые связи, низкий уровень гигиенической и поло-

вой культуры девушек-подростков, плохая осведомленность о методах контрацепции и недостаточное их использование – наиболее значимые факторы риска беременности у несовершеннолетних. Контингент несовершеннолетних беременных пациенток неоднороден по социальному положению, семейным обстоятельствам, отношению к беременности, чем обусловлена необходимость дифференцированного подхода с выделением 4-х основных категорий беременных подростков.

К первой группе отнесены – здоровые девушки, вынашивающие желанного ребенка в полноценной семье или в создающейся семье, где жилищные и материальные условия вполне удовлетворительные. Во вторую группу включены: девушки из полной, формально благополучной семьи с хорошим достатком, где воспитание дочери сводилось к потворствующей гиперопеке. Раннее начало половой жизни таких девушек являлось сознательной попыткой вырваться из-под чрезмерной родительской опеки или, напротив, уйти от невнимания и непонимания со стороны вполне обеспеченных родителей. Эти девушки настоятельно требовали оставить ребенка назло родителям, чтобы доказать, что из них получится более внимательная мама, которая создает дружную и счастливую семью. К третьей группе отнесены девушки из неполных или неблагополучных семей с низким материальным, социальным и образовательным уровнем. Таких девушек отличала частая смена половых партнеров, низкая осведомленность в вопросах предохранения от нежелательной беременности и элементарных норм гигиены. Четвертая группа состояла из подростков, которые были жертвами случайного полового акта или насилия. Беременность для них являлась психологической травмой, которая переживалась как трагедия и сопровождалась тяжелой депрессией, порой с суицидальными попытками. За медицинской помощью и советом такие девушки обращаются поздно, и обычно отказывались от детей.

Результаты и обсуждение

Можно выделить ряд неблагоприятных социальных последствий беременности и родов в несовершеннолетнем возрасте – это пролонгированная зависимость от родителей, ввиду отсутствия экономической и социальной стабильности, незавершенность образования и профессиональной подготовки, вероятность повторных родов в юном возрасте, повышенный риск остаться одинокой в дальнейшей жизни, а также повторение ранних деторождений на протяжении поколений нескольких поколений.

Наряду с социальными проблемами, юные матери часто сталкиваются часто с проблемами здоровья. Общеизвестно, что организм женщины не готов физически и психологически вынашивать ребенка в таком возрасте. Беременность и роды в подростковом возрасте протекают со значительным количеством осложнений (от 46,8 до 84,6%) в сравнении с женщинами более старшего возраста. Так, большинство исследователей в своих работах указывают, что при ювенильной беременности гестоз встречается в 12 – 76,5% наблюдений, анемия – в 4 – 78%, угроза невынашивания беременности – в 4,7 – 49%, хроническая фетоплацентарная недостаточность – в 11 – 76%. Отмечено, что у несовершеннолетних женщин к особенностям течения родов относятся: преждевременное их начало (7,4 – 28,3%), стремительное и быстрое течение (14,7 – 25,6%), несвоевременное излитие околоплодных вод (14,7 – 45,3%) [2,3,11,12]. Часто аномалия родовой деятельности (6,5 – 37,2%), патологическая кровопотеря, аномалии костного таза (5,7 – 10,8%), родовой травматизм (4 – 25,5%), оперативные вмешательства (2,1 – 17%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (1 – 1,9%), а также гнойно-инфекционные послеродовые заболевания (20 – 71,7%) [2,3,11,12]. Осложненное течение беременности и родов у

подростков является фактором высокого перинатального риска. Так, исследователи в нашей стране и также других странах доказали, что дети несовершеннолетних родильниц имеют меньшую массу тела, чем младенцы взрослых женщин [4,11,12].

Юные беременные женщины, как правило, сталкиваются с проблемой продолжения или прерывания наступившей беременности. Если они решают сделать аборт, то в последствии у них возможны гинекологические проблемы [8,9,10]. Если решают рожать, то здоровье их будущих детей может усугубляться ввиду психо-эмоциональных, социальных и гормональных причин. Многие юные матери отказываются от своих младенцев, поскольку эту беременность считают нежелательной. Некоторые радуются материнству, но их неопытность и незрелый возраст остаются серьезной проблемой. Если же решает оставить ребенка для усыновления, то чувство вины усиливается, что может привести к психологическим расстройствам.

Таким образом, процесс формирования полноценной гестационной доминанты, период эмбриогенеза и созревания плода, особенности течения беременности и родов определяются не только эндогенными (биологическая зрелость, состояние репродуктивного и соматического здоровья), но и экзогенными факторами, включая и социально-экономические. В связи с чем подростковая беременность, должна быть выделена в группу высокого риска по развитию материнской и перинатальной заболеваемости. Учитывая тенденцию к увеличению числа беременностей у несовершеннолетних пациенток, необходимы дальнейшие научные разработки по внедрению медико-социального характера по ее предупреждению. В этом плане запланированная научно-исследовательская работа с научным анализом состояния соматического и репродуктивного здоровья, сексуального поведения юных матерей будет продолжена, с целью разработки комплексной системы медико-организационных мер (образовательные программы, мероприятия по снижению абортов, обеспечение современными методами планированию семьи и контрацепции), что требует внедрение новых подходов в условиях функционирования специализированных центров, направленных на улучшение состояния здоровья юных женщин для повышения качества оказываемой им медицинской помощи.

Литература

1. Агарков, Н.М., Павлова, О.Г. Медико-социальные проблемы беременных в юном возрасте / М.Н. Агарков, О.Г. Павлова // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. 1997. № 4. С. 18 – 21.
2. Брюхина, А.Н. Беременность и роды у девочек-подростков. Предупреждение осложнений, реабилитация / А.Н. Брюхина // Автореф. дис... д-ра мед. наук. 1997. 40 с.
3. Брюхина, Е.В., Мазная, Е.Ю., Рыбалова, Л.Ф. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода в подростковом возрасте / Е.В. Брюхина, Ю.Е. Мазная, Л.Ф. Рыбалова // Тез. докл. IV Всероссийской конференции по детской и подростковой гинекологии. М., 2000. 201 с.
4. Гуркин, Ю.А., Сулопаров, Л.А., Островская, Е.А. Основы ювенильного акушерства // М., 2000. 352 с.
5. Загорельская, Л.Г. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у девочек подросткового возраста в зависимости от состояния их здоровья / Л.Г. Загорельская // Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Уфа, 2002. 24 с.
6. Кайгородова, Л.А., Хамошина, М.Б. Медико-социальные аспекты охраны репродуктивного здоровья девушек-подростков / Л.А. Кайгородова, М.Б. Хамошина // Тихоокеан. мед. журн. 1999. С. 46 – 49.
7. Кулигин, О.В., Васильева, Т.П., Кулигина, М.В., Чиненова, Э.Н. Социально-гигиенические особенности беременности и родов в юном возрасте / О.В. Кулигин, Т.П. Васильева, М.В. Кулигина, Э.Н. Чиненова // Сборник научных трудов «Новые технологии охраны здоровья семьи» / Иваново. 1997. С. 386 – 389.
8. Можейко, Л.Ф. Ранние и отдаленные последствия

искусственного прерывания беременности в период полового созревания / Л.Ф. Можейко, Е.В. Новикова // Мед. журн. 2010. № 1 (31). С. 11 – 14.

9. Можейко, Л.Ф. Клинические и социальные особенности у девочек-подростков прерывающих беременность в ранние и поздние сроки гестации / Л.Ф. Можейко, Е.В. Новикова // Репродуктивное здоровье в Беларуси. 2010. № 3. С. 48 – 53.

10. Новикова, Е.В. Проблема прерывания беременности у подростков / Е.В. Новикова, Л.Ф. Можейко // Рецепт. 2008. № 3. С. 35 – 39.

11. Новикова, С.В., Гаспарян, Н.Д., Ахвледиани, К.Н. Юный возраст первородящих как фактор риска акушерских и перинатальных осложнений / С.В. Новикова, Н.Д. Гаспарян, К.Н. Ахвледиани и др. // Сборник научных статей «Проблемы акушерства и гинекологии в исследованиях МОНИИАГ». Москва. 1995. С. 31 – 34.

12. Хамадьнова, У.Р., Зулькарнеева, Э.М. Беременность у подростков, исходы для матери и плода / У.Р. Хамадьнова, Э.М. Зулькарнеева // Материалы 2-ой Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы детской и подростковой гинекологии и эндокринологии». Уфа. 1996. С. 66 – 67.

13. Хамошина, М.Б. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья девушек-подростков (по материалам г. Владивостока) / М.Б. Хамошина // Автореф. дис.... канд. мед. наук. Санкт-Петербург. 1997.

14. Цицулина, А.М. Состояние здоровья детей, рожденных юными

матерями / А.М. Цицулина // Материалы научной конференции «Проблемы профилактической конференции. Омск. 1996. С. 42 – 44.

15. Buschman, N.A., Foster, G., Vickers, P. Adolescent girls and their babies: achieving optimal birth weight. Gestational weight gain and pregnancy outcome in terms of gestation at delivery and infant birth weight: a comparison between adolescents under 16 and adult women / N.A. Buschman, G. Foster, P. Vickers // Child Care Health Dev. 2001. № 27 (2). P. 163 – 234.

16. Brindis, C. Building for the future: adolescent pregnancy prevention / C. Brindis // J Am. Med Womens Assoc. 1999. № 54 (3). P. 129 – 132.

17. Dickson, N., Sporle, A., Rimene, C., Paul, C. Pregnancies among New Zealand teenagers: trends, current status and international comparisons / N. Dickson, A. Sporle, C. Rimene, C. Paul // N Z Med J. 2000. С. 113 (23). P. 241 – 246.

18. Elliott, K.J., Lambourn, A.S. Sex, drugs and alcohol: two peer-led approaches in Tamaki Makaurau, Auckland, Aotearoa, New Zealand / K.J. Elliott, A.S. Lambourn // J. Adolesc. 1999.

19. McLeod, A. Changing patterns of teenage pregnancy: population based study of small areas / A. McLeod // BMJ. 2001. С. 323 (28). P. 199 – 203.

20. Singh, S., Darroch, J.E. Adolescent pregnancy and childbearing: levels and trends in developed countries / S. Singh, J.E. Darroch // Fam Plann Perspect. 2000.

Поступила 20.09.2011 г.