
Можейко Л.Ф., Новикова Е.В.
БГМУ, Минск

Клинические и социальные аспекты у девочек-подростков, прерывавших беременность в ранние и поздние сроки гестации

Поступила в редакцию 27.04.2010

Резюме

В статье отражены сведения об особенностях социального статуса, а также приведена клиническая характеристика девочек-подростков, прерывавших беременность в ранние и поздние сроки гестации.

Ключевые слова: искусственный аборт, подростки.

■ ВВЕДЕНИЕ

Общеизвестно, что здоровье нации определяется здоровьем лиц репродуктивного возраста, состояние которого во многом зависит от условий роста и развития организма подростков. В последние десятилетия в условиях социально-экономической нестабильности установились негативные тенденции в молодежной среде – получили широкое распространение такие факторы риска, как курение, употребление алкоголя, наркомания, ранняя и беспорядочная половая жизнь и др., ухудшающие состояние здоровья подростков. В настоящее время сексуальное поведение молодежи нередко характеризуется ранним половым дебютом, приемлемостью добрачных и случайных сексуальных контактов, наличием непостоянных или нескольких половых партнеров [3]. Некоторые исследователи полагают, что в формировании такого поведения в период полового созревания существенная роль принадлежит несоответствию между процессами физического развития, физиологического созревания и социально-нравственным развитием личности, кроме того, немаловажное значение отводится семье, с ее моральными установками и психологическим климатом, а также взаимопониманию с родными и близкими [1].

Одной из наиболее актуальных проблем современной медицины является проблема нежелательной беременности среди подростков. В Республике Беларусь наиболее высоким этот показатель был в 1992 г. – 110 на 1000 девушек в возрасте 15-19 лет. В дальнейшем наблюдалось его снижение, и в 2008 г. число искусственных прерываний беременности у девочек-подростков составляло 18,8 на 1000 [4].

Ранняя беременность более чем в половине случаев является незапланированной и нежеланной [7]. Согласно данным Д.М. Хамошиной с соавт. (2007), более 80% беременностей, наступивших в подростковом возрасте, заканчивается ее искусственным прерыванием. При этом почти в половине случаев юные женщины прерывают первую беременность, в 13-40% указывают на перенесенный аборт [4, 6, 9]. Почти у 19% девочек-подростков беременность наступает в результате первого в их жизни полового акта. По данным некоторых авторов, послеабортные осложнения возникают у 5-59,4% юных женщин, наиболее часто в их структуре встречаются воспалительные заболевания малого таза и нарушения менструального цикла [1, 2, 3, 6, 10]. Своевременное применение адекватной реабилитации позволит уменьшить негативные последствия искусственного аборта и будет способствовать сохранению репродуктивного здоровья женщин.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2006 по 2010 г. было проведено обследование 132 девочек подросткового и женщин репродуктивного возраста, находившихся на стационарном лечении в гинекологических отделениях УЗ «1-ая ГКБ» г. Минска по поводу искусственного прерывания беременности методом медицинского аборта в сроке гестации до 12 недель и методом интраамниального введения 10% раствора хлорида натрия с энзапростом (10 мг) в сроке гестации до 22 недель.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В зависимости от метода прерывания беременности и возраста, все пациентки были распределены на следующие группы: I – основная, включающая 81 пациентку в возрасте 14-17 лет, в которой были выделены 2 подгруппы: к 1-й отнесены 55 юных пациенток, перенесших медицинский аборт в сроке гестации 8-12 недель, ко 2-й – 26 несовершеннолетних девочек, прерывавших беременность в сроке 18-22 недели методом интраамниального введения 10% раствора хлорида натрия с энзапростом (10 мг). II – группа сравнения, состояла из 51 женщины в возрасте 18-21 лет. В ней также были выделены 2 подгруппы: 1-я включала 29 женщин, которые прерывали беременность методом медицинского аборта, 2-ю составили 22 пациентки, перенесшие интраамниальное введение 10% раствора хлорида натрия с 10 мг энзапроста.

Менструальную функцию обследованных пациенток оценивали по возрасту наступления менархе, а также характеру менструального цикла. Так, средний возраст менархе среди обследованных девочек-подростков составлял $12,8 \pm 1,1$ лет, продолжительность менструального цикла – $28,2 \pm 2,63$ дней, длительность менструации – $5,3 \pm 0,95$ дней. У женщин группы сравнения средний возраст наступления менархе был $13,2 \pm 0,94$ лет, продолжительность менструального цикла – $27,9 \pm 2,33$

Большинство обследованных пациенток имели правильное телосложение, ИМТ и физическое развитие соответствовало возрастным нормам.

дней, длительность менструации – $5,3 \pm 0,98$. У большинства обследованных (97,0%) пациенток менструации были регулярным, среди девочек в возрасте до 18 лет у 3 (3,70%) отмечались нерегулярные менструации, а в группе молодых женщин нерегулярный цикл наблюдался у 1 (2,0%) обследованной.

Учащимися школ являлись 53,1% девочек-подростков, средних специальных учебных учреждений – 29,6%, ВУЗов – 2,5%, работницами промышленных предприятий были 2,5%. Среди совершеннолетних 39,2% женщин работали, 19,6% были учащимися высших учреждений образования, 3,9% (2) – средних специальных учебных заведений. При этом 3,7% пациенток из основной группы и 9,8% из группы сравнения находились в отпуске по уходу за ребенком в возрасте до 3-х лет.

В браке не состояли 98,8% юных пациенток, среди женщин группы сравнения не состояли в зарегистрированном браке 58,8%. В неполной семье воспитывались 28,4% девочек, причем у 13,6% один или оба родителя страдали алкогольной зависимостью. Женщины старше 18-летнего возраста в 21,6% воспитывались в неполной семье, на вопрос о наличии алкогольной зависимости родителей все ответили отрицательно. Следует обратить внимание, что 62,9% (51) девочек из основной группы указали на недостаточность общения с матерью вследствие ее занятости.

Из вредных привычек на курение указали 48,1% девочек-подростков, 7,4% употребляли алкогольные напитки. В старшей возрастной группе курят 39,2%, причем 1 женщина находится на учете в наркологическом диспансере по поводу алкогольной зависимости.

Средний возраст сексуального дебюта у несовершеннолетних пациенток был $15,6 \pm 1,02$ лет. Совершеннолетние пациентки отмечали начало половой жизни в возрасте $16,79 \pm 1,32$ лет. Впервые информацию о половой жизни юные пациентки в большинстве случаев (79,0%) получили

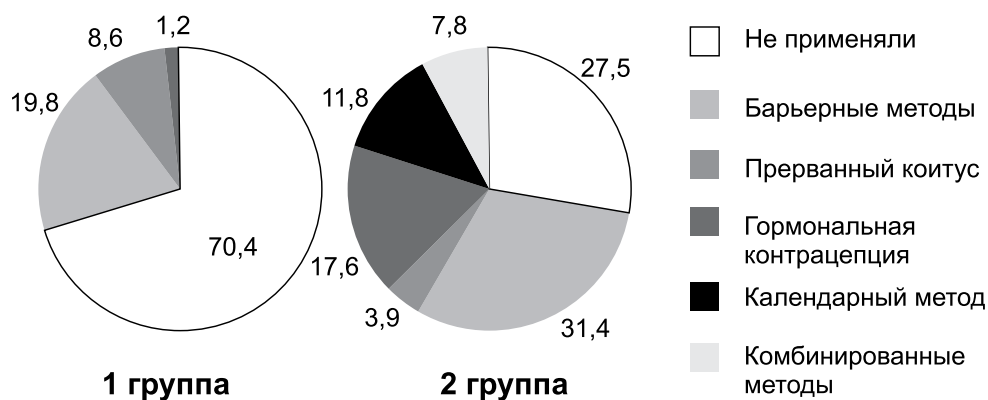


Рисунок 1
Применяемые методы контрацепции

от подруг, в то время как 60,8% совершеннолетних пациенток назвали беседы с родителями в качестве основного источника информации о сексуальных отношениях. Несовершеннолетние пациентки в большинстве случаев (97,5%) не считают предосудительными добрачные сексуальные отношения и наличие нескольких половых партнеров – 58,0%. В группе женщин старше 18 лет не считают предосудительными добрачные сексуальные отношения 31,4%, а допускают возможность наличия нескольких половых партнеров 15,7% пациенток.

По вопросам применения методов и средств контрацепции ситуация в зависимости от возрастной группы обследованных пациенток имела значительные различия. Так, 70,4% юных пациенток совсем не применяли никаких средств контрацепции, а 18,5% вообще не знакомы с методами предохранения от нежелательной беременности. Женщины репродуктивного возраста, в большинстве случаев, контрацептивными мероприятиями пользовались (72,5%) и о методах контрацепции хорошо осведомлены – 88,2% (рис. 1).

Экстрагенитальная патология отмечалась практически с одинаковой частотой у девочек до 18 лет и совершеннолетних пациенток – 38,2% и 35,3% соответственно. Наиболее распространенными среди подростков были нарушения осанки – 16,0%, а также заболевания желудочно-кишечного тракта в виде гастритов и дискинезии желчевыводительных путей – 11,1%. У 8,6% девочек-подростков наблюдались отклонения со стороны сердечно-сосудистой системы (синдром вегетососудистой дистонии, ПМК и др.). Такое же количество девочек (8,6%) указало на наличие патологии мочевыводительной системы (пиелонефрит, цистит и др.). Заболевания органов дыхания встречались у 6,2% несовершеннолетних. Среди женщин старше 18-летнего возраста у 9,8% отмечались заболевания сердечнососудистой и мочевыводительной систем, 5,9% страдали заболеваниями органов пищеварения, 7,8% указали на наличие патологии со стороны дыхательной системы.

Гинекологические заболевания наблюдались у 48,2% девочек-подростков и у 47,1% женщин. Наиболее распространенной гинекологической патологией как среди юных, так и среди совершеннолетних пациенток отмечалась эктопия шейки матки – 38,3% и 35,3% соответственно. Нарушения менструальной функции чаще наблюдались у девочек подросткового возраста – 4,9%, в то время как у женщин старше 18 лет нерегулярные менструации отмечались в 2 раза реже – 2,0% случаев. Воспалительные заболевания придатков матки перенесли 6,2% юных пациенток, влагилица – 9,9%. Среди совершеннолетних пациенток на воспалительные заболевания маточных труб и яичников указали 15,7%, влагилица – 23,5% женщин. Учитывая наличие воспалительных заболеваний половых органов в анамнезе, этой группе пациенток как в период подготовки к искусственному прерыванию беременности, так и в послеабортном периоде рекомендовали гигиенические средства Saugella attiva для ежедневного применения. Применение жидкого мыла и очищающих салфеток Saugella для интимной гигиены с экстрактом тимьяна способствовало снижению риска инфицирования половых органов как в период беременности, так и после ее искусственного прерывания, поддерживая нормальный биоценоз влагилица.

Большинство девочек (87,7%) в возрасте до 18 лет прерывали первую беременность, в более старшей возрастной группе первобеременными были 41,2%.

Таким образом, нами были сделаны следующие выводы:

1. Сексуальный дебют у девочек-подростков отмечался раньше – в $15,6 \pm 1,02$ лет, по сравнению с женщинами репродуктивного возраста – $16,8 \pm 1,32$ лет.
2. 18,5% девочек не осведомлены о существующих методах предохранения от нежелательной беременности, а 70,7% не применяли вообще контрацептивные средства.
3. Несовершеннолетние пациентки в большинстве случаев (97,5%) не считают предосудительными добрачные сексуальные отношения и наличие нескольких половых партнеров.
4. Подавляющее большинство юных пациенток, прерывавших беременность – 85,2% – были учащимися средне-специальных учебных заведений и общеобразовательных школ.
5. Среди подростков и молодых женщин практически одинаковое количество воспитывались в неполной семье, однако 62,9% девочек испытывали недостаток общения с матерью, у 13,6% родители страдали алкогольной зависимостью.
6. Более половины девочек (58,0%) считают непредосудительным наличие нескольких половых партнеров.
7. Гинекологические заболевания наблюдались у 48,2% девочек, причем наиболее часто встречались фоновые заболевания шейки матки – 38,3%.
8. Экстрагенитальная патология с одинаковой частотой диагностировалась во всех возрастных группах обследованных, причем среди юных пациенток наиболее часто отмечались нарушения осанки – 16,0%.
9. В группе девочек-подростков в 32,1% случаев отмечалось более позднее обращение к врачу по поводу беременности – в сроке беременности 16 недель при первой явке.

Resume

Mojejko L.F., Novikova E.V.

Clinical and social peculiarities after pregnancy interruption in adolescents

The article gives data about clinical and social peculiarities in adolescents suffering from abortion. It presents frequency of main kinds of extra genital and gynecological diseases and family problems in these patients.

Key words: abortion, adolescents.

■ ЛИТЕРАТУРА

1. Лоркипанидзе Б.А., Уварова Е.В., Сырцова Л.Е. Современная концепция подхода к проблеме репродуктивного здоровья и инфекций, передаваемых половым путем, у подростков и молодежи // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2009. – №1. – С. 12-23.
2. Уварова Е.В. Основные проблемы контрацепции у сексуально-активных подростков // Русский медицинский журнал. – 2001. – Т.9. – №6. – С. 222-226.
3. Кокolina В.Ф. Гормональная контрацепция у подростков // Фарматека №2. – 2003. – С. 58-61.
4. Серова О.Ф. Профилактика нарушений репродуктивной функции у подростков после аборта / Русский медицинский журнал. – 2005. – Т.13 – №15. – С. 984-986.
5. Жукова Н.П. Современная подростковая контрацепция. Учебное пособие. Минск. «Асобны». – 2008. – 23 с.
6. Хамошина М.Б., Кайгородова Л.А., Несвяченая Л.А. Оптимизация репродуктивного поведения подростков – резерв снижения материнской смертности юных женщин // Русский медицинский журнал. – 2007. – Т.15 – №22.
7. Синчихин С.П., Кокolina В.Ф. Ювенильная беременность – как медико-социальная проблема // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2004. – №2. – С. 35-38.
8. Серова О.Ф., Мельник Т.Н. Реабилитация после медицинского аборта – путь к сохранению репродуктивного здоровья женщин // Русский медицинский журнал. – 2007. – Т.15. – №17.
9. Синчихин С.П., Мамиев О.Б. Оценка эффективности алгоритма медикаментозного прерывания беременности и постабортной реабилитации // Гинекология. – 2008. – Т.10. – №1. – С. 56-60.
10. Галин А.П. Медицинские, социальные и психологические проблемы аборта у юных женщин (возможности реабилитации). Автореферат на соискание уч. степени канд. мед. наук. – Ижевск. – 2001. – 25 с.
11. Сидоренко В.Н., Лозюк В.А., Гомон Е.С. Гормональный гомеостаз у девочек-подростков после прерывания беременности и методы его коррекции // Медицинские новости. – 2006. – №2. – С. 134-136.
12. Давыдов А.И. Контрацепция после аборта // Русский медицинский журнал. – 2005. – Т.13. – №14. – С. 897-1000.
13. Гуркин Ю.А. Детская и подростковая гинекология: Руководство для врачей. М., 2009. – 692 с.
14. Практическая гинекология. Под ред. Кулакова В.И., Прилепской В.Н. – М., 2002. – 717 с.
15. Фролова О.Г., Жирова И.А., Николаева Е.И. и др. Аборт (медико-социальные и клинические аспекты). М.: Триада-Х, 2003. – С. 23-59.
16. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. М., 1999. – 592 с.
17. Кулаков В.И., Серов В.Н., Абакарова П.Р., и др. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. – М. – 2005. – 1152 с.
18. Дуда И.В., Кулага О.К., Дуда В.И. Изменения гормонального гомеостаза при прерывании беременности различными методами // Рецепт. – 1998. – №2. – С. 72-79.
19. Кузмин А.А. Контрацепция после аборта // Гинекология. – 2008. – Т.10. – №4. – С. 39-44.
20. Можейко Л.Ф. Становление репродуктивной системы у девочек-подростков и коррекция ее нарушений. – Минск, 2002. – 231 с.
21. Меерсон Ф.З., Пшеничникова М.Г. Адаптация к стрессовым ситуациям и физическим нагрузкам. – М. Медицина, 1988. – 256 с.
22. Медицинские и социальные аспекты репродуктивного здоровья подростков. Материалы городской конференции. – Минск, 1999. – 81 с.
23. Статистический ежегодник 2008. Министерство статистики и анализа Республики Беларусь. – Минск, 2008. – 598 с.
24. Князева В.О. Состояние гуморального иммунитета и перекисного окисления липидов у женщин после прерывания беременности в поздние сроки в условиях КВЧ-терапии. Автореферат на соискание уч. степени канд. мед. наук. – Новосибирск, 2007. – 20 с.
25. Кулешов В.М., Князева В.О., Трунов А.Н., Сафронов И.Д. Иммунобиохимические маркеры выраженности воспаления в организме женщин при искусственном прерывании беременности в поздние сроки // Сибирский консилиум. – 2006. – №6. – С. 72-75.
26. Камбарашвили А.О. Профилактика гнойно-воспалительных послеабортных заболеваний с применением Т-активина. Автореферат на соискание уч. степени канд. мед. наук. – Киев, 1990. – 25 с.
27. Руководство по гинекологии детей и подростков под ред. Кулаков В.И., Е.А. Богданова. – Москва, 2005. – 330 с.
28. Seamark C. Design or accident? The natural history of teenage pregnancy // J.R. Soc.Med. – 2001. – Vol. 94. – №6. – P. 282-287.
29. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003, Fifth edition. Geneva, World Health Organization.