

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЮНЫХ ЖЕНЩИН И ИХ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ РОДОВ И АБОРТОВ

Л.М. Тухватуллина, О.В. Чечулина, Г.Н. Мансурова

*Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — доц. Л.М. Тухватуллина)
Казанской государственной медицинской академии последипломного образования*

Вопросы ювенильного акушерства и гинекологии изучаются практически два столетия. Первое сообщение о беременности 9-летней девочки относится к 1751 г. (Haller, Швейцария). С начала XIX века регулярно появляются сообщения о течении родов у юных женщин в возрасте от 13,5 до 19 лет. Научные исследования в России проводились с 90-х годов прошлого века. В Казани в 1994 г. издано учебное пособие «Гинекологическая патология детского и подросткового возраста» [3].

Состояние здоровья подростков в последние годы вызывает серьезную озабоченность. В 1989 г. ВОЗ, Фондом народонаселения ООН и Детским фондом ООН подготовлено Положение о репродуктивном здоровье подростков; в 1990 г. принята программа ВОЗ об охране здоровья подростков. В основах законодательства РФ об охране здоровья женщин (1994) регламентируются положения о здоровье молодежи и предупреждении у них беременности до наступления функциональной зрелости.

Юные матери—женщины, родившие в возрасте до 18 лет, — и их дети в последние годы стали одной из острых социально-гигиенических и медико-социальных проблем. Среди женщин основных групп фертильного возраста отмечается снижение рождаемости, однако среди женщин до 18 лет число родов постоянно растет как в городе, так и в сельской местности. В России фактически за 30 лет показатель плодовитости женщин моложе 20 лет увеличился с 28,4 до 47,8% [4]. На 100 беременностей у подростков частота искусственных абортов составляет 69,1%, родов — 16,4%, самопроизвольных выкидышей — 14,5%. Таким образом, отношение родов к числу абортов составляет 1 : 5.

Согласно данным ВОЗ, в последние 100 лет произошли изменения физических особенностей подростков: сокращение возраста начала полового созревания, ускорение темпов роста и физического развития. В настоящее время, как известно, девочки созревают в половом отношении к 13—14 годам, а большинство мальчиков — к 15—16 годам. Однако половая зрелость, половой инстинкт в этом возрасте находятся в дисгармонии с социальной гражданской зрелостью — временем, когда юноша и девушка готовы с моральной и материальной точек зрения к самостоятельному построению семьи. Разрыв между временем половой зрелости и социальным гражданским возмужанием составляет 6, а в некоторых случаях и 10 лет.

Ранняя беспорядочная половая жизнь в настоящее время стала довольно типичным явлением среди молодежи. Анализ сексуального поведения подростков показал его зависимость от возраста. Число девушек, имеющих опыт половой жизни, закономерно увеличилось с 3,2% среди 14—15-летних до 13,4% среди 16—17-летних и достигло 58,3% среди 18—19-летних [6].

При медико-социальном обследовании несовершеннолетних беременных установлено, что в 62,1% случаев сведения о сексуальных отношениях были получены ими от подруг, в 10,8% — из литературы, в 18,5% — от партнера, в 7,7% — от родителей.

Раннюю половую жизнь девушки начинают чаще всего в возрасте 16 лет (53,3%), реже — в 17(28,1%). В более ранних возрастных группах первая половая связь носит случайный характер. Большая половина обследуемых начинают половую жизнь из-за любви к партнеру (66,8%). На втором месте среди причин начала половой жизни находится алкогольное опьянение девушки-подростка,

на третьем — желание иметь ребенка, причем побудительные мотивы меняются в зависимости от возраста. У начавших половую жизнь в 15 лет причинами тому были любовь — у 50%, любопытство и алкогольное опьянение — у 16,7%, у 17-летних эти причины составили соответственно 71,2%, 11,8%, 1,7%. У 78,6% юных первородящих первая половая связь оказалась для них неожиданной и была воспринята ими как трагедия [1, 5]. Почти у половины девушек (49,7%) первый половой контакт произошел у них дома или у полового партнера во время отсутствия родителей, у 31,8% — после праздника, дня рождения, то есть после употребления алкоголя, у 6,1% — за городом (на даче, в лесу, во время походов).

На начало ранней половой жизни большое внимание оказывают семья, в которой растет девушка, и воспитание, данное в семье. Большинство юных матерей воспитываются в неполных семьях, с низким образовательным уровнем, неблагоприятным микроклиматом. Социальный анамнез (курение, алкоголизм, наркотики, насилие, непредвиденная беременность) имеет интенсивное отрицательное психическое влияние на еще неокрепший организм девушки-подростка. Несмотря на внешнее безразличие общества к судьбам девочек-матерей, они находятся под очень сильным нравственным его давлением, следствием которого является желание скрыть беременность, прервав ее во что бы то ни стало. Практически во всех случаях ранней беременности у подростков отмечаются легкие и среднетяжелые расстройства невротического характера в виде астении, эмоциональной лабильности, истерических проявлений.

14,9% подростков пытаются прервать беременность самостоятельно или с помощью частных лиц. Большинство из них используют для прерывания лекарственных средства, рекомендуемые подругами (74%) или половыми партнерами, и принимают их беспорядочно, в максимальных дозах. В 66,2% случаев — это инъекции, в том числе и внутривенные (18,2%), Самостоятельное введение лекарственных растворов в полость влагалища производится ими в 15,6% случа-

ев, попытка прервать беременность с помощью механических средств — в 6,8%. Подростки неохотно указывают, чем и как они прерывали беременность: некоторые из них вводят инородные тела во влагалище, накладывают тугие повязки на нижнюю часть живота и т.д. Активной всего этим занимаются несовершеннолетние в возрасте от 15 до 17 лет, не состоявшие в браке. В возрасте до 15 лет беременные, как правило, не знают о возможности решения исхода беременности.

Репродуктивная функция во многом определяется состоянием здоровья в детском и подростковом возрасте. Именно поэтому серьезную тревогу вызывают данные статистики и специальных исследований, свидетельствующих об ухудшении состояния здоровья детей и подростков. Анализ результатов обследований, проведенных Научным центром охраны здоровья детей и подростков Российской Академии медицинских наук (НЦОЗДиП РАМН) показал, что заболеваемость девочек-школьниц выше, чем у мальчиков, на протяжении всего периода обучения в школе. У 68,4% девочек имеются хронические заболевания, причем у 26,4% — сочетание нескольких из них.

Здоровье женщины-матери в значительной степени зависит от его состояния в подростковом возрасте. Данные многочисленных исследований показывают, что к 14—17 годам, когда в целом завершается формирование девочки как будущей матери и они вступают в репродуктивный период, практически у каждой десятой наблюдается дисгармоничное развитие, у каждой четвертой — нарушение формирования скелета, у 14% — артериальная гипертензия. Изменения в состоянии здоровья более чем у 30% девушек позволяют отнести их к 3-й группе здоровья (хронические болезненные состояния).

Особого внимания заслуживает высокая распространенность среди девушек гинекологических заболеваний и болезней мочеполовой системы. По данным НЦОЗДиП РАМН, гинекологическая патология выявляется у 77,6% 15-летних школьниц и у 92,5% 17-летних. По данным Минздрава Российской Феде-

рации, в 1995 г. по сравнению с 1991 г. частота воспалительных заболеваний половых органов у девочек-подростков увеличилась в 3 раза, нарушений менструальной функции и заболеваемости болезнями мочеполовой системы — более чем в 1,5 раза. Значительно выросло у девочек и число выявляемых опухолей и опухолевидных образований придатков матки. Доля абсолютно здоровых девочек за последние 20 лет снизилась с 28,3 до 6,3% [2].

По сведениям Минздрава РТ, изучение гинекологической заболеваемости по результатам диспансеризации школьниц показало, что у восьмиклассниц распространенность данной патологии составляет 104,2%. В ее структуру входят в основном нарушения менструального цикла (61,7%), отклонения полового развития (7,4%). В дальнейшем они осложняют течение беременности и родов, оказывая неблагоприятное влияние на развитие плода и новорожденного. Заболеваемость девочек-подростков г. Казани, в том числе гинекологическая, за 1991—1995 гг. возросла более чем в 2 раза. Если распространенность заболеваний на 1000 осмотренных в 1991 г. составила 309%, то в 1995 г. — 769%.

Особого внимания заслуживает проблема аборт у подростков. Частота абортов у девочек-подростков 15—19 лет в общем числе абортов в 1995 г. составила 10,8% (в 1991—9,9%).

Вызывает тревогу значительный рост у подростков числа заболеваний, передаваемых половым путем (ЗППП). Согласно данным о заболеваемости сифилисом, наиболее полно учитываемым в настоящее время, в 1995 г. число вновь зарегистрированных случаев сифилиса у подростков 15—17 лет достигло 436,5 на 100 тысяч девочек-подростков (в 1991 г. — 14,1), то есть возросло в 31 раз. Перечисленные факторы, безусловно, не могут не оказывать отрицательного влияния на состояние репродуктивного здоровья молодежи, которую мы должны рассматривать как репродуктивный потенциал на 10—15 лет.

Высокий перинатальный риск, обусловленный функциональной незрелостью подростка и неадекватностью адаптационных механизмов, рост экстра-

генитальной патологии, отягощающей у них течение беременности, побудили нас провести обследование 750 юных беременных и рожениц в возрасте от 14 до 18 лет. Все беременные были разделены на две группы в зависимости от возраста — до 16 лет и старше 16 лет; в каждой группе выделены лица с соматической патологией. Наиболее часто осложнения беременности (анемия, угроза невынашивания, ранние токсикозы, гестозы, фетоплацентарная недостаточность, задержка внутриутробного развития плода) имели место в группе до 16 лет у лиц с экстрагенитальной патологией (ЭГП) — в 100% случаев и у лиц без ЭГП — в 88%, в группе старше 16 лет их частота была меньшей: среди подростков с ЭГП — у 76,3% и среди подростков без соматической патологии — у 55,3%. Осложнения в родах (несвоевременное излитие околоплодных вод, внутриутробная гипоксия плода, слабость родовых сил, дискоординация родовой деятельности, быстрые роды, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, травмы родовых путей, кровотечения в послеродовом периоде) также наиболее часто встречались в группе до 16 лет: у лиц с ЭГП (у 92%), а также у лиц без соматических заболеваний (у 84%); в группе старше 16 лет они наблюдались реже: при ЭГП у 65%, без ЭГП — у 36,8%. Самой высокой частота преждевременных родов была в младшей возрастной группе с ЭГП (у 41,7%) и у подростков без ЭГП (у 24%), в старшей возрастной группе она оказалась значительно ниже: с ЭГП — у 16,3%, без ЭГП — у 9,2%.

Таким образом, наиболее высоким процент осложнений беременности и родов был у женщин с ЭГП, причем в 2 раза чаще в младшей возрастной группе. Перинатальная заболеваемость также была выше в этой группе, что свидетельствует о высоком риске родов.

У юных беременных наблюдается гипоксия плода с задержкой роста вследствие плацентарной недостаточности. Правильная оценка функции плаценты и проведение адекватной терапии позволяют завершить беременность в срок, с которого возможно выхаживание ребенка.

Для оценки состояния фетоплацентарной системы внутриутробного плода нами проводилось обследование женщин через 18—20, 26—28 и 32—34 недели, а также кардиотокография, ультразвуковая фетометрия с определением биофизического профиля плода, доплерометрия, скинтиграфия, а у новорожденных — нейросонография.

Исследование состояния фетоплацентарной системы, внутриутробного плода и состояния новорожденного по клиническому течению и данным нейросонографии позволило оценить эффективность проведенных профилактических и лечебных мероприятий. Комплексное лечение включало центральную электроаналгезию, назначение токоферола ацетата, трентала и спазмолитических средств. Снижение в связи с этим перинатальной заболеваемости и перинатальной смертности в 1,6 и 1,2 раза привело к благоприятному исходу родов у всех 168 матерей.

На наш взгляд, юных матерей старше 16 лет следует относить ко 2-й группе риска родов, а младше 16 лет и с ЭПГ — к 3-й. Возраст матери до 16 лет как социально-биологический перинатальный фактор риска оценивается в 4 балла.

Изучение катамнеза юных матерей и их детей первых трех лет жизни выявило следующее. Дети юных матерей прикладывались к груди позже — на 2, 3, 4-е сутки. К моменту выписки из родильного дома 87,3% детей находились на грудном вскармливании. На искусственное вскармливание к концу 1-го месяца были переведены 55,6% детей, 2-го — 26,7%, 3-го — 11,1%, 5-го — 4,4%, и только один ребенок находился на грудном вскармливании до первого года жизни.

Группу высокого риска в основном формируют дети женщин, родивших в возрасте до 16 лет (62%) и от 16 до 17 (23%). Только у 15% детей, родившихся у матерей старше 17 лет, оценка по шкале Апгар составила 0—4 балла. Таким образом, у более молодых первородящих состояние детей при рождении (на первой минуте) чаще не выше 4 баллов, отсюда и высокая перинатальная смертность.

Новорожденные юных матерей значительно отличаются от детей, рожденных женщинами от 20 до 25 лет. У них ниже масса и длина тела, показатели по шкале Апгар, тяжелее и длительнее протекает физиологическая адаптация (транзиторная желтуха, потеря массы тела и др.); их позже прикладывают к груди; они рождаются чаще до срока и имеют высокий показатель перинатальной смертности.

При оценке физического и психомоторного развития соответствие физическим нормам выявлено у 62% детей. 55,6% детей состояли на учете у невропатолога со следующими диагнозами: фебрильная эпилепсия (4,4%), аффект респираторной пароксизмы (11,1%), пирамидальная недостаточность (15,6%), миотонический синдром (22,3%), неонатальная травма шейного отдела позвоночника (2,2%). 35,6% детей продолжают находиться под наблюдением невропатолога на 2 и 3-м году жизни.

У детей, рожденных юными матерями, высок процент заболеваний органов дыхания: до 5—7 раз в год у одного и того же ребенка в течение первых двух лет жизни. Чаще заболевания встречаются в социально-неблагополучных семьях (у одиноких матерей, при неблагоприятных бытовых условиях, низкой дисциплине матерей). Высокий процент заболеваемости детей требует оптимизации планирования семьи, наблюдения за беременностью и родами у юных женщин и рационального ведения неонатального периода.

В послеродовом периоде вопрос о грудном вскармливании решается индивидуально, в зависимости от планов родителей, опекунов или усыновителей ребенка. По отношению к родильницам младше 15 лет, а иногда и к более старшим, отказывающимся от детей, применяются меры, направленные на прекращение лактации.

В течение 6 месяцев и более после родоразрешения необходимо обеспечить наблюдение за несовершеннолетней со стороны не только акушера-гинеколога, но и терапевта, невропатолога и по мере надобности других специалистов. Эта необходимость вызвана тем, что после осложненного течения беремен-

ности и родов отмечаются гипертензия (у 15%), нарушения функции почек и мочевыделительной системы (у 30%), нейроэндокринные расстройства (у 24—26%).

При обращении беременных подростков в женскую консультацию необходимо включить их в группу риска и установить за ними полноценное, всестороннее и дифференцированное наблюдение, при этом беременных до 15 лет с наличием ЭГП следует отнести к 3-й группе риска. В зависимости от срока беременности подросткам младше 15 лет нужно предложить прерывание беременности. Если же последнее невозможно, то наблюдение за беременной должно осуществляться по индивидуально разработанному плану с обучением ее санитарно-гигиеническим навыкам по уходу за будущим ребенком. У беременных старше 16 лет с благополучным социальным положением надо стараться сохранить беременность. Наблюдение в периоде беременности необходимо проводить по специально разработанному плану с привлечением в обязательном порядке к прохождению всего комплекса подготовки к родам и по уходу за ребенком.

Реабилитация юных беременных и рожениц состоит в оптимизации ведения беременности, родов и послеродового периода.

При отсутствии противопоказаний к внутриматочной контрацепции целесообразно их применение через 4—7 недель после родов. При наличии противопоказаний после обследования УЗИ подросткам можно рекомендовать оральную контрацепцию: силест, марвелон при отсутствии кормления, эксклютон при кормлении либо Депо-провера (150 мг) при низкой дисциплине.

На базе специализированного гинекологического отделения для подростков за 1993—1996 гг. стационарное лечение получили 357 человек в возрасте от 10 до 18 лет: 53,2% — учащихся средних специальных учебных заведений и 25,5% школьниц. С целью искусственного прерывания беременности по желанию, социальным и медицинским показаниям поступили 22,2% из них (от 14 до 18 лет). Прерывание беременности по социальным и медицинским показаниям

во II триместре было произведено каждой третьей из них. Искусственные аборты на сроке до 12 недель были выполнены после беседы с квалифицированным врачом, санации половых путей под внутривенным наркозом. В течение 48—72 часов после аборта по показаниям проводилась антибактериальная терапия с последующим контролем УЗИ. При выписке подросткам были даны рекомендации по контрацепции. Выбор контрацепции зависел от мотивации, регулярности сексуальных взаимоотношений, социального статуса. При благополучных показателях методом выбора следует считать оральную контрацепцию препаратами третьего поколения — марвелон, фемоден и силест, содержащие соответственно дезогестрел, гестоден и норгестимат. Они обладают высокой надежностью, не влияют на массу тела, не обладают андрогенным воздействием, особенно силест. Прием начинается с первого дня в течение 21 дня по одной таблетке, желателно в одно и то же время, с семидневным перерывом. Длительность приема препарата не ограничена.

Аборт на позднем сроке проводился с применением пропедилового геля. При социальном неблагополучии и низкой дисциплине подростка ему следует рекомендовать Депо-провера (150 мг) через 7 дней после родов (после контрольного УЗИ), при высокой дисциплине и нерегулярной половой жизни — презерватив. Если пациентка является жертвой насилия, то ей необходима реабилитация у психолога. Во всех других случаях показаны оральные контрацептивы третьего поколения.

Подросткам следует дать информацию о посткоитальной контрацепции, однако эта чрезвычайная мера не должна применяться вместо обычной контрацепции и в течение года к ней не следует прибегать более одного раза. Постинор и диназол из-за большого числа осложнений и побочных эффектов не рекомендуются.

При изнасиловании подростка, незащищенном половом акте, повреждении презерватива, пропуске приема оральных контрацептивов применяют метод Юзпе: прием в первые 72 часа

3 таблеток силеста, затем через 12 часов еще 3 таблеток. К противопоказаниям относятся наличие сердечно-сосудистых заболеваний, артериальная гипертония, нарушения свертываемости крови, семейный анамнез, отягощенный сердечно-сосудистыми заболеваниями, болезнями печени с нарушением ее функции, эстрогензависимые новообразования, ожирение 3 степени, тяжелая депрессия. Метод можно использовать не позже чем через 72 часа после полового акта. При положительном эффекте менструации должны наступить в срок или несколько раньше. В случае задержки месячных необходимо исключить беременность, а при ее наличии прервать в ранние сроки. При приеме препаратов возможны такие побочные эффекты, как тошнота, рвота, маточные кровотечения, головные боли.

Таким образом, реабилитация подростков после аборта предусматривает соблюдение его технологии (беседа перед операцией не позже суток до нее, соответствующая подготовка, обследование на возбудителей ЗППП и лечение, рациональное анестезиологическое пособие, антибактериальная терапия периоперационно), проведение УЗИ после опорожнения матки, использование рациональной контрацепции после аборта, психологическую реабилитацию.

Имеют значение социальный анамнез, наличие насилия или какой-либо угрозы. Следует обращать внимание на следующие моменты: одна ли пришла юная женщина на прием к врачу (почему?) или в сопровождении (кого?), кто отвечает на вопросы. Нужна беседа с ней наедине. Кроме средств массовой информации, рекомендуется оформлять стенды, листовки и вывешивать их в местах общественного пользования. Одной из форм общения с подростками являются беседы по телефону доверия, которые необходимо проводить с ними достаточно корректно.

Психологические особенности подростков, их непоследовательность, нежелание посещать медицинские учреждения, боязнь огласки, страх перед инъекциями и другими медицинскими манипуляциями часто не позволяют

проводить реабилитационные мероприятия в полном объеме с использованием восстановительной физиотерапии.

Основным и реально выполнимым в программе реабилитации являются своевременное обследование девушек на ЗППП и их лечение, а также оптимальный подбор контрацептивных средств, что дает возможность снизить у несовершеннолетних частоту аборт, осложнений в течении беременности и родов, в том числе показатели материнской заболеваемости и смертности. Использование надежной контрацепции позволит молодой женщине иметь желанного ребенка тогда, когда она к этому будет готова как в моральном, так и в социальном плане.

ЛИТЕРАТУРА

1. Веселов Н.Г. и др. // Здравоохранение РСФСР. — 1986. — № 6. — С. 17—20.
2. Гаврилова Л.В. // Планирование семьи. — 1996. — № 4. — С. 19—24.
3. Гинекологическая патология детского и подросткового возраста. /Под ред. З.Ш. Гилязудиновой. — Казань, 1994.
4. Игнатьева Р.К., Ингамов Д.А. Медико-социальные проблемы юного материнства. — М., 1992.
5. Орел В.И. Юные матери и их дети. — Уфа, 1991.
6. Суслина О.А. Некоторые медико-социальные аспекты абортов у несовершеннолетних девушек. — Пермь, 1993.

Поступила 05.10.97.

REHABILITATION OF YOUNG WOMENS IN POSTNATAL AND POSTABORTIVE PERIODS

L.M. Tukhvatullina, O.V. Chechulina, G.N. Mansurova

S u m m a r y

The problem of reproductive health state of young womens is discussed. The importance of postnatal rehabilitation of young women providing rational keeping of pregnancy, labor, postnatal period and postabortive contraception is emphasized. Postnatal rehabilitation was performed in 750 young pregnant and in women in labor aged 14 to 18, and postabortive rehabilitation was performed in 357 young girls. The selection of contraception agents, well-timed examination of young girls as regards sex diseases and their treatment are basic and really performed in the rehabilitation program.