

3. Газизян М. Г., Гончаревская З. Л. Клинико-иммунологические критерии в диагностике гестозов// Там же С. 108 - 109.
4. Нижечик Ю. С., Царегородцева И. А., Юрченко Л. Н., Медвинский И. Д. Мониторинг системы гемостаза в течение беременности как метод прогнозирования развития гестоза // Там же - С. 97 - 97.
5. Федорова М. В., Петрухин В. А., Гурьева В. М., Котов Ю. Б., Бурункулова Ф. Ф. Гестоз как осложнение беременности у женщин с инсулинзависимым сахарным диабетом// Там же С. 117 - 118.
6. Ветров В. В. Гомеостаз у беременных с гестозом// Акуш. и гин. 1998. № 2. С. 12 -13.
7. Ветров В. В. Роль детоксикационной терапии в снижении частоты внутриутробного инфицирования плода при гестозе// В кн. Современные проблемы диагностики и лечения нарушений репродуктивного здоровья женщин. Ростов-на-Дону: 1998. С. 245.
8. Корочкин И. М., Чукаева И. И., Литвинова С.М., Лурье Б. Л. Определение содержания среднемолекулярных пептидов в крови больных с острым инфарктом миокарда// Лабор. дело. 1988. № 9. С. 15 - 18.
9. Тогайбаев А. А., Кургузкин А. В., Рикун И. В., Карибжанова Р. М. Способ диагностики эндогенной интоксикации// Там же С. 14.
10. Азизов Ю. М., Семавин И. Е., Нуждин И. Л. Диагностическая значимость показателей кислоторастворимой фракции плазмы крови и мочи больных перитонитом. Использование современных лабораторных методов в диагностике и контроле за лечением. М.: 1992 С. 91 - 94.
11. Габриэлян Н. И., Липатова В. И. Опыт использования показателя средних молекул в крови для диагностики нефрологических заболеваний у детей// Лабор. дело. 1984. № 3. С. 138 - 140.
12. Гудим В. И., Габриэлян Н. И. Средние молекулы как уремические токсины// Лабор. дело. 1985. № 3. С. 145 - 149.

УДК 618.3-039.11

**В.В.Прохоров**

**БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ**

Уральская государственная медицинская академия

Беременная считается юной, если зачатие у неё произошло до наступления совершеннолетия, т.е. до наступления 18 лет. В прошлом подобные случаи были единичными и встречались весьма редко, но в последнее десятилетие и особенно в последние 5-6 лет частота беременности у несовершеннолетних стала прогрессивно возрастать. В

результате этого в конце 90-х годов число подростков стало достигать 3,6-8,3% от числа всех родивших. Вынашивание беременности в юном возрасте протекает в условиях функциональной незрелости организма, неадекватности формирования адаптационных механизмов, что создаёт высокий риск осложнений для матери и плода [1] и повышает уровень репродуктивных потерь [3]. Случайность возникновения беременности, отсутствие настроенности на материнство, внезапное изменение социального статуса, нередкое ухудшение материальных и жилищных условий жизни, перспектив учёбы и трудоустройства - всё это превращает беременность и роды у несовершеннолетних в серьёзную медико-социальную проблему.

У взрослой женщины беременность оказывает мощное стабилизирующее влияние на гомеостатические механизмы организма. Воздействуя на все физиологические механизмы, беременность способствует возникновению более совершенной направленности общесоматических, нервных, биохимических и репродуктивных стереотипов, которые закрепляются и реализуются в последующих беременностях и в дальнейшей жизни. У несовершеннолетних положительное влияние беременности на организм констатируется значительно реже, чем у взрослых [2].

Зачатие у девочек в возрасте от 11 до 16 лет и старше, беременность может наступить и при нормальных темпах полового развития, а в возрасте 10 лет и моложе беременность обычно возникает при наличии ускоренного полового развития. Возрастание частоты возникновения беременности у юных объясняется как биологическими (увеличением половой активности подростков в результате акселерации), так и неблагоприятными социальными (влияние микросоциальной среды, популистских средств массовой информации) факторами. Следует отметить, что раннее начало половой жизни и, соответственно, наступление беременности у несовершеннолетней, безусловно, объясняется главным образом не биологическими, а социальными и психологическими причинами, в основном формирующими её повседневные реакции.

Беременность в юном возрасте является, как правило, неожиданной и нежелательной. Осознание наличия беременности является для девочки-подростка по сути психической травмой. Преобладающими чувствами родителей на подобную ситуацию обычно являются острая тревога и негативизм, нередко - категорическое желание прервать беременность у дочери. Реакция со стороны учебного заведения (школа, техникум) также резко отрицательная, хотя внешне, т.е. поведением преподавателей, это может не проявляться. Нередки случаи попыток криминального вмешательства с целью прерывания беременности. Отношение к будущему ребёнку - чаще как к обузе и фактору, ломающему ей

жизнь, в дальнейшем наступает привыкание к ситуации, нередко появляется нежное, заботливое чувство; реже любовь к младенцу возникает с самого начала беременности.

Различают беременность, возникшую до периода полового созревания (спонтанная овуляция может происходить задолго до пубертатного периода), и беременность у подростка, уже вступившего в пубертатный период. В этих группах существенно отличаются как течение беременности и родов, так и тактика их ведения, поскольку девочки в первой группе имеют свои психо-соматические особенности и клинически отмечается гораздо больше осложнений. Следует разграничивать случаи беременности у подростков без признаков преждевременного полового созревания и при его наличии.

Беременность, наступившая в юном возрасте, обычно ускоряет процессы соматического и полового созревания, включая и те случаи, когда было произведено её прерывание в ранние сроки. Существует значительное дестабилизирующее влияние беременности на гомеостатические реакции, что проявляется разбалансированием нейро-эндокринного звена регуляции и декомпенсацией хронических соматических заболеваний, которые регистрируются у 69,1-75% девушек. Наиболее типичными проявлениями процессов дезадаптации юных при беременности являются также: 1) атипичное клиническое течение острых заболеваний (инфекционных и неинфекционных); 2) аллергические реакции; 3) состояние вторичного иммунодефицита; 4) гемодинамические расстройства (склонность к коллапсам, обморокам, головокружениям), что обусловлено преимущественно паретическим состоянием сосудов, а во второй половине беременности - синдромом сдавления нижней полой вены.

Психические реакции юных беременных обычно соответствуют возрасту, хотя имеется определённая тенденция к его опережению, особенно у подростков старшего возраста. Тяжёлые психопатии и психозы наблюдаются редко, большей частью при изнасиловании (реактивный психоз). Весьма часто выявляются характерологические черты, сформировавшиеся в результате недостатков воспитания и низкого уровня общей культуры. Типичными особенностями личности являются независимость характера, склонность к экспериментированию, непрактичность, скудость эмоциональных реакций, тенденция к замкнутости и упрямству, затруднения в межличностном общении с людьми не своего микросоциума. С другой стороны, нередко выявляются такие черты характера, как покорность, стремление найти себе защиту вне пределов собственной семьи. Окружающий мир для таких девочек представляется скучным и

серым, а жизнь - неинтересной и безрадостной. Беременные подростки обычно являются выходцами из неблагополучных семей (неполные семьи, повторный брак одного из родителей, пьянство, наркомания, деформированные личностные взаимоотношения, нередко ведущие к бродяжничеству девочки) или семей, где сформировалась атмосфера педагогической запущенности (попустительство, бесконтрольность, потакание любым прихотям или, наоборот, унижительная мелочная опека и диктат родителей).

Диагностика беременности у подростка основывается на известных субъективных и объективных признаках и дополнительных методах обследования, но часто происходит с опозданием в результате того, что сама несовершеннолетняя не догадывается о наличии беременности или же тщательно скрывает её. Нередко диагноз беременности первым ставит участковый педиатр, инфекционист или хирург, к которым девочка обращается по поводу диспептических явлений, дискомфорта в брюшной полости или вегето-сосудистых нарушений. Врачу любой специальности при осмотре несовершеннолетней следует учитывать, что некоторые отклонения в состоянии её организма могут быть обусловлены беременностью: уменьшение жизненной ёмкости лёгких, увеличение на 40% систолического и минутного объёма сердца, перкуторные данные (особенно после 25 недель) в виде расширения границ сердца и аускультативные - систолический шум на верхушке сердца (у 50%) и шум над лёгочной артерией (у 98%); относительная (из-за гидрёмии) или абсолютная анемизация; возрастание количества лейкоцитов и ретикулоцитов; значительное ускорение СОЭ (до 25-35-40 мм/ч). При осмотре несовершеннолетней врач любой специальности должен считать обязательным правилом задать ей вопрос о задержке менструации.

Выявление предположительных признаков беременности: тошнота, рвота, слюнотечение, вкусовые прихоти и обонятельные нарушения, изжога, утрата или повышение аппетита, сонливость или бессонница, головные боли, быстрая утомляемость, вялость, снижение настроения, а также увеличение объёма живота, появление округлости фигуры и пигментации области сосков, белой линии живота и лица должны побудить врача целенаправленно выяснить, нет ли отсутствия менструации, набухания молочных желёз, появления молозива. Указанные симптомы, а также пальпация "опуховидного" образования в области гипогастрия помогают установить диагноз беременности. Для окончательной постановки диагноза используются методы определения гормонов фето-плацентарного комплекса (хорионический гонадотропин, плацентарный лактоген, эстрогены,

прогестерон) и ультразвуковое исследование органов брюшной полости, в более поздних сроках - аускультация и кардиотохография плода. Следует помнить, что даже при отдалённом подозрении на беременность подростка следует направить на приём к врачу-гинекологу.

В процессе дифференциальной диагностики возникает необходимость отличить беременность от аномалий развития матки, опущения почки, опухолей малого таза или органов брюшной полости, ожирения (нередко сопровождаемого аменореей).

Беременность у несовершеннолетних может протекать достаточно благоприятно, однако часто (до 40-70%: по нашим данным в 68%) сопровождается осложнениями. Причинами осложнений являются: 1) незрелость адаптационных механизмов (нейро-эндокринных, гуморальных, клеточных); 2) недостаточность развития гестацонной и родовой доминанты в центральной нервной системе; 3) напряжённость психо-эмоциональных реакций, включая развитие состояния хронического стресса; 4) высокий удельный вес случаев анатомического сужения таза (до 10-15%); 5) незавершённость формирования миометрия и нервного аппарата матки (нередки случаи наличия гипоплазии матки и полового инфантилизма); 6) свойственный возрасту низкий уровень секреции половых гормонов перед зачатием; 7) высокая частота экстрагенитальной (60-75%) и гинекологической патологии, включая инфекции, передаваемые половым путём; 8) отягощённый акушерский анамнез (у 20% подростков в прошлом имел место медицинский аборт).

Продолжительность беременности у юных в среднем составляет около 38 недель. Преждевременные роды встречаются с обычной частотой (3-4%), запоздалые - реже, чем в общей популяции. Многоплодная беременность наблюдается в соотношении 1:100, а в старших возрастных группах - 1:80. Ранний гестоз диагностируется реже, чем обычно (в 3% случаев), а поздний гестоз и анемия - значительно чаще (а именно в 12-65,3% и в 25-46% соответственно). Высоким является удельный вес таких осложнений, как инфекционные виды патологии генитального тракта, в основном за счёт инфекций, передающихся половым путём, и многоводие.

Средняя длительность родового акта у несовершеннолетних фиксируется в обычных пределах (13 ч), однако быстрые роды встречаются в 3 раза чаще, а затяжные - в 1,5 раза чаще, чем у женщин зрелого возраста. Осложнения в родах наблюдаются в 30-66% случаев, что значительно чаще, чем обычно. Течение и исходы родов существенно зависят от принадлежности девочки к определённой возрастной группе. У рожениц в возрасте менее 14 лет в структуру основных осложнений входят (в порядке убывания): а)

клиническое несоответствие между головкой плода и тазом матери, б) слабость родовых сил, в) травмы родовых путей, г) гипотонические кровотечения; а у рожениц 15-17 лет наиболее часто встречаются: а) быстрые роды, б) первичная слабость родовой деятельности, в) разрывы шейки матки и промежности, г) гипотонические кровотечения. Частота и тяжесть осложнений значительно возрастают у подростков моложе 15 лет, а в возрастной группе 15-18 лет их уровень уменьшается, хотя остаётся более высоким, чем у половозрелых женщин.

У несовершеннолетних весьма рано формируется фето-плацентарная недостаточность, определяющая высокий удельный вес страдания внутриутробного плода. Внутриутробная гипоксия плода и асфиксия новорожденного составляют соответственно 18 и 24%. В целом клинически выражающееся страдание новорожденных (хроническая и острая гипоксия, гипотрофия, физиологическая незрелость, недоношенность, переносимость) наблюдается по нашим данным у 40% обследованных детей. Средняя масса новорожденных приблизительно на 200 г меньше, а крупные плоды встречаются в 2 раза реже, чем у женщин чадородного возраста. У детей юных женщин чаще диагностируются внутрисрепные кровоизлияния, пневмонии, гнойно-септические осложнения, анемия. Ранняя неонатальная смертность среди новорожденных несовершеннолетних матерей в 2 раза выше, чем обычно, а количество детей-олигофренов почти в 5 раз больше, чем в популяции. Всё это позволяет предполагать наличие недостаточного благоприятных условий для полноценного развития плода в организме юной женщины.

Интересно, что у 61-78% юных беременных рождаются мальчики, в то время как типичное соотношение полов новорожденных в популяции 55:45 (в пользу мальчиков).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.Н., Рогозин И.А. Перинатальная заболеваемость и её снижение у несовершеннолетних: Материалы республиканско-научно-практ. конфер. "Актуальные вопросы перинатологии". Екатеринбург: 1996. С.38-39.
2. Гуркин Ю.А. Ювенильная гинекология. Часть I Санкт-Петербург: 1993. 40с.
3. Репродуктивные потери (клинические и медико-социальные аспекты). (В.Н.Серов, Г.М.Бурдули, О.Г.Фролова и др.) "Триада-Х", М.: 1997. 188с.