

©Т. В. Фаргушок

СТАН ПРОБЛЕМИ ПІДЛІТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ У ЛЬВОВІ ТА ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
кафедра акушерства та гінекології*

СТАН ПРОБЛЕМИ ПІДЛІТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ У ЛЬВОВІ ТА ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ. Досліджено особливості перебігу вагітності та пологів у 30 підлітків Львова та Львівської області. Враховуючи результати проведених обстежень можна зробити такий висновок, що всі юні вагітні відносяться до високої групи ризику материнської та перинатальної патології, і відповідний нагляд та надання допомоги їм мають забезпечувати акушер-гінекологи закладів III рівня акредитації.

СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПОДРОСТКОВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ ВО ЛЬВОВЕ И ЛЬВОВСКОЙ ОБЛАСТИ. Исследованы особенности течения беременности и родов у подростков Львова и Львовской области. Учитывая результаты проведения исследований можно сделать такой вывод, что все юные беременные относятся к высокой группе риска материнской и перинатальной патологии, и соответствующее наблюдение и оказание помощи им должны обеспечивать акушер-гинекологи учреждений III уровня аккредитации.

STATE OF THE PROBLEM OF TEEN PREGNANCY IN THE PRESENT ENVIRONMENT, IN LVIV AND LVIV REGION. Peculiarities of the course of pregnancy and delivery in 30 adolescents in Lviv and Lviv region. Taking into account the results of the conducted research it can be concluded that all young pregnant belong to the high risk of maternal and perinatal pathology, and appropriate supervision and assisting them should ensure obstetrician-gynecologists institutions of III level of accreditation.

Ключові слова: підліткова вагітність, менархе, ускладнення вагітності і у пологах.

Ключевые слова: подростковая беременность, менархе, осложнения беременности и родов.

Key words: adolescent pregnancy, menarche, complications of pregnancy and childbirth.

ВСТУП. Ранньою або підлітковою вагітністю прийнято вважати стан вагітності в дівчаток-підлітків вікової категорії від 13 до 17 років. Цей вік є перехідним з дитинства у доросле життя. За даними ВООЗ, у світі на сьогодні проживає близько 13 мільйонів людей, народжених жінками, які не досягнули 18-річного віку [1]. Близько 90 % випадків підліткової вагітності виявлені в країнах, що розвиваються [2, 3]. Оскільки майже 85 % з цих вагітностей є незапланованими, це може призвести до серйозних проблем здоров'я матері і дитини. Щороку в Україні дівчата віком від 15 до 18 років роблять понад 3 тисячі абортів, і більше 200 абортів – ті, кому не виповнилося і 14-ти років. На сьогодні понад 50 % підлітків розпочинають статеве життя у віці 14–16 років. Так, на 100 підліткових вагітностей в Україні припадає 70 абортів, 15 самовільних викиднів і тільки 15 пологів. В Україні за рік офіційно фіксується в середньому 80 випадків переривання вагітності дівчатками віком до 14 років. У 15–17-річних – майже 3000 щорічно. 40 % дівчат вагітні до 20 років, з них близько 40 % юних матерів не досягли навіть 18-тирічного віку, лише 4 з 10-ти матерів, яким ще немає 18-ти років, закінчують середню школу, близько 80 % хлопців не одружуються з юними матерями своїх дітей [4, 5].

До теперішнього часу зібрано відносно мало даних про особливості перебігу вагітності і пологів у юних першородячих, та навіть ті з них, які отримані на сьогодні, – надто суперечливі [6, 7]. Так, одні автори вважають, що відсоток ускладненого перебігу вагітності і пологів у даної категорії пацієнток сягає 70–75 %, інші – що вагітність і пологи у дівчаток-підлітків за частотою виникнення ускладнень не

відрізняються від показників для жінок репродуктивного віку [8, 9]. Наявність таких суперечливих думок дає підстави розглядати і відноситись до даного питання як не лише до акушерської, а й серйозної соціальної, психологічної проблеми, яка потребує свого подальшого вивчення та розробки напрямків її вирішення.

Метою нашої роботи було вивчення особливостей перебігу вагітності, пологів та стану новонароджених у юних першородячих.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Під спостереженням знаходились вагітні жінки віком від 14 до 17 років, жительки міста Львова та Львівської області, які звернулись для надання акушерської допомоги у Львівську обласну клінічну лікарню протягом 2013 року. Усім пацієнткам проводився повний клініко-лабораторно-інструментальний комплекс обстежень у відповідності до діючих протоколів № 582, 620, 900 та 786.

Спеціальні методи дослідження включали розроблення реєстраційних карт, де було відмічено місце проживання дівчаток, соціальний статус, застосування методів контрацепції, перебування у зареєстрованому чи не зареєстрованому шлюбі, відображена секреторна, менструальна, статева дітородна функції, знаходження на диспансерному обліку з приводу вагітності по місцю проживання і з якого терміну вагітності.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Групу обстеження склали 30 вагітних жінок віком від 14 до 17 років.

При аналізі даних реєстраційних карт було встановлено, що на обліку в жіночій консультації знаходилось 6 (20,0 %) вагітних жінок жительок міста Львова і 20 (66,7 %) вагітних жінок жительок Львівської

області. Із них в ранні терміни (до 12 тижнів вагітності) на обліку знаходились лише 2 (6,7 %) вагітних жінок, одна з яких була жителькою міста Львова (3,3 %) і одна жителькою села Куликів (3,3 %) Львівської області.

Вік обстежених вагітних жінок, які знаходились у стаціонарі, коливався у межах від 14 до 17 років. Так у віці 14 років – 1 (3,3 %) вагітних, 15 років – 3 (10,0 %) вагітних, 16 років – 7 (23,3 %) вагітних та найбільше знаходились у віці 17 років – 19 (56,7 %). Так найбільша кількість вагітних знаходилась у віці 17 (56,7 %) років, що є одним із чинників несприятливого перебігу пологів та несприятливих перинатальних наслідків.

Доступність обстежень та якість антенатального спостереження можуть бути обумовлені місцем проживання вагітної. Так з усіх обстежених вагітних 8 (26,7 %) були жительками міста Львова, 4 (13,3 %) – проживали у райцентрах, 18 (60,0 %) були жительками сіл з необхідністю доїзду до центральної районної лікарні.

Одним із чинників ризику виникнення ускладнень вагітності та можливих перинатальних ускладнень є соціально-економічний статус вагітних. Серед обстежених вагітних безробітних жительок Львова не виявилось, серед жительок Львівської області лише 1 (3,3 %) вагітна, учнями середніх загальноосвітніх шкіл Львова 3 (10,0 %) вагітні, Львівської області – 5 (16,7 %) вагітних, студентками професійно-технічних училищ міста Львова 5 (16,7 %) вагітних, Львівської області – 15 (50,0 %) вагітних, не було виявлено жодної студентки вищих навчальних закладів ні серед жительок міста Львова, ні серед жительок Львівської області.

Згідно з Сімейним кодексом, шлюбний вік в Україні для жінок та чоловіків – 18 років. Однак, за рішенням суду, одружитись може і особа, яка досягла 16-річного віку у випадку, наприклад, вагітності. Аналізуючи реєстраційні карти виявлено лише 9 (30,0 %) вагітних, які знаходились у зареєстрованому шлюбі, з них 2 (6,66 %) виявились жительками Львова, і 7 (23,3 %) жительками Львівської області. 18 (60,0 %) вагітних проживали у громадянському шлюбі, одинокими були – 3 (10,0 %) вагітні.

Аналіз досліджень, присвячених вивченню джерел отримання інформації про інтимні відносини та про методи контрацепції виявили, що основним джерелом інформації про секс були телебачення – 50 %, друзі – 46 %, однолітки – 31 %, інтернет – 37 %. Третина опитаних учнів та студентів віком 15–17 років отримують таку інформацію від батьків – 29 %.

Структура підліткової контрацептивної поведінки є такою: 5 (16,7 %) вагітних, які були жительками міста Львова застосовували презерватив, 9 (30,0 %) вагітних Львівської області застосовували презерватив, жодного випадку не зареєстровано про використання оральних контрацептивів ні серед жительок міста Львова, ні серед жительок Львівської області, також жодного випадку не зареєстровано використання "подвійного голандського методу" – і презерватив і оральні контрацептиви у місті Львові, і лише 4 (13,3 %) випадки використовували цей метод серед жительок Львівської області.

Таке широке поширення методів контрацепції стало можливим завдяки тому, що крім вільної доступності сучасних контрацептивів, переважає більш вільний погляд на сексуальність, в тому числі підлітково. Питання сексуальних відносин, як правило, досить відкрито обговорюється в школі, засобах масової інформації, причому не з метою обмежити секс, а з метою зробити його безпечним.

Середній вік наступлення першої менструації серед обстежених вагітних жінок склав $13,23 \pm 1,44$ роки. Болючі менструації відмічали – 12 (40,9 %) вагітних жінок, 10 (33,3 %) – відмічали рясні менструальні кров'яністі виділення (прокладки на 5 капелек і 3–4 прокладки в день), і 4 (13,3 %) вагітних жінок – нерегулярні менструації з частими затримками до 6–12 днів ($P > 0,05$). Аналіз менструальної функції обстежених вагітних показав, що у частини вагітних мали місце дисгормональні порушення, які впливають на напруженість протиінфекційного захисту організму і на процеси виношування вагітності. Пізній менархе (15 і більше років) мало місце у 3 (10,0 %) обстежених вагітних. Порушення менструального циклу (гіпоменструальний синдром поліменорея, дисфункціональні маткові кровотечі) спостерігалися у різні вікові періоди у 11 (36,7 %) вагітних жінок, проте за медичною допомогою ці підлітки не звертались і відповідного лікування не отримували (гормональну і симптоматичну терапію).

Необхідно відмітити, що серед обстежених жінок було 2 (6,7 %) повторновагітні. Одна 17-річна повторновагітна, I вагітність у березні 2012 року закінчилась передчасними родами в 30 тижнів шляхом кесарського розтину по причині дистресу плода, народженням хлопчика масою 1350 г, який помер від крововиливів в мозок. Друга 17-річна повторно вагітна, I вагітність у 2012 році, дитина жива, проте дана II вагітність закінчилась передчасним відходженням навколоплідних вод у 31–32 тижні, передчасними родами, дефектом оболонок, вишкрібанням стінок порожнини матки, дитина оцінена у 7/7 балів, з підозрою на внутрішньоутробне інфікування.

Аналізуючи перебіг даної вагітності було встановлено, що вагітність ускладнилась анемією I ст. у 18 (60,0 %) вагітних, анемією II ст. у 3 (10,0 %) вагітних, набряками вагітних у 4 (13,3 %) випадки, пілопелонефритом у 3 (10,0 %) випадках, гестозом I половини вагітності у 3 (10,0 %) випадках, загрозою переривання вагітності у I триместрі у 2 (6,7 %) вагітних, у I і II триместрі у 2 (6,7 %) вагітних, у II триместрі у 3 (10,0 %) вагітних, у III триместрі у 1 (3,3 %) вагітної, прееклампсією легкого ступеня у 2 (6,7 %) вагітних, прееклампсією середнього ступеня у 2 (6,7 %) вагітних, прееклампсією важкого ступеня у 1 (3,3 %) вагітних, інволютивно-дистрофічними змінами у плаценті у 5 (16,7 %) вагітних, передчасним дозріванням плаценти у 7 (23,3 %) вагітних, хронічним дистресом плода у 5 (16,7 %) вагітних, ЗРЗП I ст. у 2 (6,7 %) вагітних.

Пологи відбулись у 24 вагітних. 6 (20,0 %) вагітних були виписані додому в задовільному стані з прогресуючою вагітністю під спостереження лікаря акушер-гінеколога за місцем проживання. Пологи ускладнились передчасним вилиттям навколоплідних вод у

7 (23,3 %) вагітних, раннім вилиттям навколоплідних вод у 3 (10,0 %) вагітних, гострим дистресом плода у 2 (6,7 %) вагітних, первинною слабкістю пологової діяльності у 5 (16,7 %) вагітних, дефектом посліду у 4 (13,3 %) вагітних, кровотечею у ранньому післяпологовому періоді у 1 (3,3 %) породіллі. Передчасні пологи відбулись у 7 (23,3 %) вагітних. Структура передчасних пологів така: 26–27 тижнів – 2 (6,7 %) вагітна, 30–31 тиждень – 1 (3,3 %) вагітна, 31–32 тижні – 1 (3,3 %) вагітна, 33–34 тижні – 1 (3,3 %) вагітна, 35–36 тижнів – 2 (6,7 %) вагітні. Пологи шляхом операції кесарського розтину відбулись у 8 (26,7 %) вагітних. Показами до операції кесарського розтину були: дистрес плода у 4 (13,3 %) вагітних, вроджена вада серця у 1 (3,3 %) вагітної, прееклампсія важкого ступеня у 1 (3,3 %) вагітної, неповноцінність рубця на матці у 1 (3,3 %) вагітної, юна першородяча – 15 років у 1 (3,3 %) випадку. У 1 (3,3 %) вагітної накладались вихідні акушерські щипці у зв'язку гострим дистресом плода, проводилось ручне відокремлення плаценти і виділення посліду, інструментальна ревізія стінок порожнини матки у 4 (13,3 %) вагітних.

Пологи в термін відбулися у 17 (56,7 %) вагітних жінок, у тому числі в 37–38 тижнів гестації морфофункціонально незрілим плодом – у 2 (6,7 %) жінок. Всього народилось 24 дитини, з них хлопчиків 14 (58,4 %) та 10 (41,6 %) дівчаток. 6 (20,0 %) вагітних жінок були виписані вагітними з прогресуючою вагітністю до пологів під спостереження лікаря акушер-гінеколога по місцю проживання.

Середня маса новонароджених дітей складала 3022,45±66,02 г. Оцінка за шкалою Апгар склала менше 4 балів – 1 (4,2 %) дитина, 6/6 балів – 1 (4,2 %) дитина, 7/7 балів – 4 (16,7 %) дітей, 7/8 балів – 1 (4,2 %) дитина, 8/8 балів – 12 (50,0 %), 8/9 балів – 5 (20,8 %) дітей.

Серед патології новонароджених переважали ЗВУР у 2 (8,3%) дітей, гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС у 3 (12,5%) дітей, СДР у 2 (8,3%) дітей.

ВИСНОВОК. Враховуючи результати проведених обстежень можна зробити такий висновок, що всі юні вагітні відносяться до високої групи ризику материнської та перинатальної патології, і відповідний нагляд та надання допомоги їм мають забезпечувати акушер-гінекологи закладів III рівня акредитації.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. До теперішнього часу зібрано відносно мало даних про клінічні та морфологічні особливості перебігу вагітності і пологів у юних первісток, та навіть ті з них, які отримані на сьогодні, – надто суперечливі. Так, одні автори вважають, що відсоток ускладненого перебігу вагітності і пологів у даної категорії пацієнток сягає 70–75 %, інші – що вагітність і пологи у дівчаток-підлітків за частотою виникнення ускладнень не відрізняються від середніх показників для жінок репродуктивного віку. Треті вважають, що у юних вагітних помітно рідше відмічаються пізні гестози у різних варіантах їх прояву, оскільки відсоток важкої екстрагенітальної патології у них суттєво відрізняється від жінок репродуктивного віку. Четверті стверджують, що у підлітків у пологах більш часто мають місце патологічні кровотрати, оскільки згідно з фізіологічним станом жінки у віці до 18 років кровотеча в пологах може бути більш значною, ніж фізіологічна. Наявність навіть таких суперечливих думок відносно вагітності і пологів у підлітків дає підстави розглядати і відноситись до даного питання як не лише до акушерської, а й серйозної соціальної, психологічної проблеми, яка потребує свого подальшого вивчення та розробки напрямків її вирішення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Быстрицкая Т. С. Беременность и гинекологическое здоровье у подростков / Т. С. Быстрицкая. – М. : Феникс, 2010. – 256 с.
2. Островская Е. А. Медико-социальный прогноз последствий беременности и материнства в подростковом возрасте // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2011. – № 4. – С. 56–59.
3. Dianne S. E., Marianne E. F. Adolescent pregnancy // *Pediatr. Clin. N. Am.* – 2013. – № 50. – P. 781–800.
4. Emans S. J. H., Laufer M. R., Goldstein D. P. *Pediatric and Adolescent gynecology / 5th Edition.* – Lippincott Williams & Wilkins. – 2012. – № 8. – P. 561–563.
5. Thalange N. K. S., Foster P. J., Gill M. S., Price D. A.,

Clayton P. E. Model of normal prepubertal growth // *Arch. Dis-Child.* – 2013. – 75. – P. 427–431.

6. Lampl M., Veldhuis J. D., Johnson M. L. Saltation and status: A model of human growth // *Science.* – 2012. – 258. – P. 801–803.

7. Cameron N., Tanner J. M., Whithouse R. H. A longitudinal analysis of the growth of limb segments in adolescence // *Am. Hum. Biol.* – 2012. – 9. – P. 211–220.

8. Roche A. E., Davila G. H. Late adolescent growth in stature // *Pediatrics.* – 2012. – 50. – P. 874–880.

9. Frisch R.E. Fatness of girls from menarche to age 18 years, with a nomogram // *Hum. Biol.* – 2011. – 48. – P. 353–359.

Отримано 22.01.14