

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДАХ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

© М.Ф. Ипполитова¹, Е.С. Михайлин², Л.А. Иванова²

¹СПб ГБУЗ «Городской консультативно-диагностический центр для детей „Ювента“» (репродуктивное здоровье), Санкт-Петербург;

²СПб ГБУЗ «Родильный дом № 10», Санкт-Петербург

Для цитирования: Ипполитова М.Ф., Михайлин Е.С., Иванова Л.А. Медико-социальная помощь несовершеннолетним при беременности, родах и в послеродовом периоде // Педиатр. – 2018. – Т. 9. – № 5. – С. 75–93. doi: 10.17816/PED9575-93

Поступила в редакцию: 04.09.2018

Принята к печати: 12.10.2018

Анализ состояния репродуктивного потенциала позволяет акушерско-гинекологической и педиатрической службам прогнозировать демографическую ситуацию, состояние здоровья будущих беременных, рожениц, родильниц и рожденных детей. Медико-социальные аспекты беременности, родов и послеродового периода у подростков остаются предметом для дискуссий. В статье представлен комплексный анализ факторов, влияющих на репродуктивный потенциал. Выявлены особенности течения беременности, родов и послеродового периода у несовершеннолетних. Установлена необходимость соблюдения определенных принципов и междисциплинарного подхода при ведении беременности, родов у несовершеннолетних. Рассмотрены вопросы профилактики непланируемых беременностей, в том числе повторных, инфекций, передающихся половым путем (от воздержания до надежных и доступных методов контрацепции). Продемонстрирована необходимость комплексного подхода и совместной работы акушера-гинеколога, психолога, социального работника и юриста при ведении беременности у несовершеннолетних. Комплексный подход должен включать: репродуктивное просвещение с формированием ответственного отношения к здоровью с целью профилактики непланируемых беременностей; ведение беременности, родов и послеродового периода с учетом возрастных особенностей, соблюдения определенных принципов и междисциплинарного подхода; комплекс социальных мер для поддержки несовершеннолетних от момента репродуктивного выбора до воспитания ребенка несовершеннолетней.

Ключевые слова: беременность; роды; послеродовой период; аборт; несовершеннолетние; охрана репродуктивного здоровья подростков.

HEALTH AND SOCIAL CARE OF MINORS IN PREGNANCY, CHILDBIRTH AND THE POSTPARTUM PERIOD

© M.F. Ippolitova¹, E.S. Mikhailin², L.A. Ivanova²

¹City Consultative and Diagnostic Center for Children "YUVENTA" (reproductive health), Saint Petersburg, Russia;

²Maternity Home No. 10, Saint Petersburg, Russia

For citation: Ippolitova MF, Mikhailin ES, Ivanova LA. Health and social care of minors in pregnancy, childbirth and the postpartum period. *Pediatrician (St. Petersburg)*. 2018;9(5):75-93. doi: 10.17816/PED9575-93

Received: 04.09.2018

Accepted: 12.10.2018

The analysis of the reproductive potential allows obstetric-gynecological and pediatric services to predict the demographic situation, the state of health of future pregnant women, parturient women, puerperas and born children. The medico-social aspects of pregnancy, childbirth and the post-natal period in adolescents remain subject to debate. The article presents a comprehensive analysis of the factors influencing the reproductive potential. The features of the course of pregnancy, childbirth and the postnatal period in minors have been revealed. The need to observe certain principles and interdisciplinary approach in the management of pregnancy, childbirth in juveniles is established. Questions of preventive maintenance of unplanned pregnancies, including repeated, sexual infections (from abstinence to reliable and accessible methods of contraception) are considered. Demonstrated the need for an integrated approach and joint work of the obstetrician-gynecologist, psychologist, social worker and lawyer in the conduct of pregnancy in minors. An integrated approach should include: reproductive education with the formation of a responsible attitude towards health in order to prevent unplanned pregnancies, including repeated (from abstinence to reliable and affordable methods of contraception); the management of pregnancy, childbirth and the post-natal period, taking into account age characteristics, observance of certain principles and interdisciplinary

approach; a set of social measures to support minors from the moment of reproductive choice to the upbringing of a child by a minor.

Keywords: pregnancy; childbirth; the postpartum period; abortions; minors; reproductive health of adolescents.

Приоритет охраны здоровья детей и женщин в период беременности и родов является ведущим принципом охраны здоровья населения Российской Федерации¹.

Анализ состояния репродуктивного потенциала позволяет акушерско-гинекологической и педиатрической службам прогнозировать демографическую ситуацию, состояние здоровья будущих беременных, рожениц, родильниц и рожденных детей.

По оценке Росстата², численность постоянного населения на 1 января 2017 г. в Российской Федерации составила 146,8 млн человек. Численность детей и подростков в возрасте до 18 лет, постоянно проживающих в России, — 29 млн 574 тыс. человек, в том числе 9 млн 582 тыс. человек в возрасте от 0 до 5 лет; 3 млн 515 тыс. человек — 5–6 лет; 13 млн 798 тыс. человек — 7–15 лет; 2 млн 679 тыс. человек — 16–17 лет.

В 2016 г. в Российской Федерации родилось на 51,9 тыс. детей меньше, чем в 2015 г. (2016 г. — 1 888,7 тыс. детей; 2015 г. — 1 940,6 тыс. детей), при этом суммарный коэффициент рождаемости, характеризующий среднее число детей, рожденных одной женщиной репродуктивного возраста, снизился и в 2016 г. составил 1,762 ребенка на 1 женщину (2015 г. — 1,777 ребенка; 2014 г. — 1,750 ребенка). При этом общий коэффициент рождаемости в 2016 г. составил 12,9 родившихся на 1000 человек населения (2015 г. — 13,3 родившихся). Это обусловлено снижением численности женщин репродуктивного возраста (на 1 января 2017 г.), а по сравнению с началом 2016 г. снижение численности женщин в возрасте 19–29 лет составило 5,6 %, или 614 тыс. человек.

По данным Федеральной службы государственной статистики (Federal State Statistics Service), показатель родившихся в среднем за год на 1000 женщин в возрасте 15–19 лет закономерно снижается³.

Беременность у несовершеннолетних представляет собой медицинскую и социальную проблему,

требующую решения на государственном уровне [13].

К основным психосоциальным проблемам ранней беременности относятся невозможность получения полноценного образования, бедность, ограниченные профессиональные возможности, воспитание ребенка в неполной семье и повторные незапланированные беременности [1, 10]. Еще одним важным фактором является увеличение количества детей, родившихся вне брака. Частота рождения внебрачных детей у несовершеннолетних в 2 раза выше, чем у женщин среднего репродуктивного возраста, что, как считается, обусловлено увеличением среднего возраста вступления женщины в брак и изменением сексуальной активности несовершеннолетних [57]. Изменение сексуального поведения несовершеннолетних может быть в значительной мере связано с воздействием средств массовой информации (СМИ), особенно телевидением. СМИ способствуют приобретению знаний несовершеннолетними и влияют на их сексуальное поведение. В странах, в которых отсутствуют программы полового воспитания, СМИ становятся источниками обучения [53].

Важно отметить, что изменения в сексуальном поведении не сопровождаются увеличением частоты использования различных методов контрацепции, что приводит к увеличению числа беременностей среди не состоящих в браке женщин и количества детей, рожденных вне брака. Беременность у несовершеннолетних зачастую влечет нежелательные социальные последствия, такие как отказ от продолжения школьного образования, социальная изоляция, незаконные аборт или отказ от детей [66, 68].

Несовершеннолетние матери, несмотря на свою относительную биологическую зрелость, еще не достигли психологической и социальной самостоятельности для полноценного воспитания ребенка [44].

К наиболее важным проблемам несовершеннолетних матерей относятся трудности во взаимоотношениях с окружающими, заниженная самооценка и, как следствие, неуверенность в себе, стремление к одобрению поступков близкими людьми и сильная зависимость от их мнения. В исследовании, проведенном С.В. Скутневой (2009), были установлены основные причины неудовлетворительного эмоционального состояния несовершеннолетних

¹ Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Постановление Правительства Российской Федерации № 1640 от 26.12.2017 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71748440/. — (дата обращения 28.05.2018).

² Государственный доклад о положении детей и семей, имеющих детей, в Российской Федерации за 2016 год. — М., 2018. — 252 с.

³ Российский статистический ежегодник. 2017: статистический сборник. — М., 2017. — 686 с.

матерей: материальные и жилищные проблемы; негативное влияние городской среды; конфликты с родственниками и ближайшим окружением; недовольство внешним видом; усталость от домашней работы и состояния беременности; критическое эмоциональное состояние [41, 42].

Можно с уверенностью сказать, что социальная среда конструирует негативные тенденции, которые сопровождают раннее материнство [40]. Молодые матери испытывают сильное моральное давление общества, так как зачастую беременность в юном возрасте расценивается как признак асоциального поведения [30, 40]. Это связано с материальными проблемами, отсутствием образования, собственного жилья, с зависимостью от родителей, недостатками навыков воспитания. Помимо медицинских осложнений, несовершеннолетние матери в большей мере, чем женщины среднего репродуктивного возраста, испытывают эмоциональные переживания, связанные с неопределенным будущим и изменением всех жизненных планов [32]. Более половины несовершеннолетних беременных страдают тревожными и депрессивными состояниями и нуждаются в квалифицированной помощи психолога в течении беременности и после родов [15]. Также у несовершеннолетних беременных, по сравнению с женщинами среднего репродуктивного возраста, достоверно чаще встречается очень высокий уровень тревожности (в 1,7 раза в 13–15 лет и в 1,6 раза в 16–17 лет) и высокий уровень невротизма (в 2,4 раза в 16–17 лет) [25].

Современная культура стимулирует раннее половое созревание несовершеннолетних, однако не предоставляет полной и своевременной информации о последствиях раннего начала половой жизни. Кроме того, современные несовершеннолетние имеют больше свободы и меньше ограничений в повседневной жизни. Доля сексуально активных несовершеннолетних девушек увеличивается на протяжении последних трех десятилетий, а возраст начала сексуальной жизни у девушек постоянно снижается [10]. Отмечено, что у живущих половой жизнью девушек частота гинекологических заболеваний в 2–3 раза выше, чем у их сверстниц, не вступавших в половую связь⁴.

Беременность у несовершеннолетних, по сравнению с женщинами среднего репродуктивного возраста, как правило, наступает на фоне комплекса медико-социальных факторов: отсутствие постоянного места учебы или работы (в 2,1 раза чаще в 16–17 лет); воспитание в неполных родитель-

ских семьях (в 1,5 раза в 13–15 лет и в 1,9 раза в 16–17 лет); курение до и во время беременности (в 4,8 раза в 13–15 лет и в 4,0 раза в 16–17 лет); редкое использование контрацепции (в 5,0 раза реже в 13–15 лет и в 1,5 раза в 16–17 лет); промискуитет (настоящий половой партнер являлся отцом ребенка в 1,8 раза реже в 13–15 лет и в 1,4 раза в 16–17 лет) [28].

По данным Э.К. Борисовой и др. (2009), уровень заболеваемости репродуктивной сферы у несовершеннолетних в возрасте 15–17 лет составил 173,8 на 100 осмотренных среди городского населения и 164,0 на 100 осмотренных среди сельского населения [4].

Следует отметить стабильное ухудшение соматического здоровья детей от 0 до 17 лет обоего пола и формирование хронической патологии [33]. По данным Росстата, общая заболеваемость подростков 15–17 лет за последние 10 лет выросла на 77,3 %, и теперь на каждого современного подростка приходится 2,2 заболевания в год. При этом рост числа детей-инвалидов в возрасте до 18 лет только за период 2010–2015 гг. составил 14 %⁵. В структуре выявленных заболеваний первое место занимают болезни органов пищеварения (6,1 %), на втором месте — болезни костно-мышечной системы (5,5 %), на третьем месте — болезни эндокринной системы (4 %), на четвертом месте — болезни глаза и его придаточного аппарата (3,7 %), на пятом месте — болезни органов дыхания (2 %), на шестом месте — болезни нервной системы (1,9 %), на седьмом месте — болезни системы кровообращения (1,7 %). Сегодня 10–19 % подростков имеют гинекологические заболевания, влияющие на становление репродуктивной системы.

Оценивая результаты диспансеризации 2012–2017 гг.⁶, можно констатировать, что в Санкт-Петербурге наблюдается рост практически всех классов заболеваний у детей старшего подросткового возраста, морфологические или функциональные нарушения репродуктивной системы находятся на стабильно высоком уровне⁷.

Наиболее распространенными гинекологическими заболеваниями у несовершеннолетних являются воспалительные болезни половых ор-

⁴ Молодежь в России. 2010: статистический сборник / ЮНИСЕФ, Росстат. — М., 2010. — 166 с.

⁵ Государственный доклад о положении детей и семей, имеющих детей, в Российской Федерации за 2016 год. — М., 2018. — 252 с.

⁶ Приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них».

⁷ Форма федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации».

ганов (31,1 %), нарушения менструального цикла (25,9 %) и нейроэндокринные нарушения (25,0 %) [4, 56, 60, 94].

Увеличение гинекологической патологии у подростков отчасти может быть объяснено улучшением выявляемости вследствие более профессионального подхода гинекологов и высокотехнических диагностических возможностей.

По результатам профилактических осмотров подростков Санкт-Петербурга, удельный вес выявленной гинекологами патологии составляет 18 %. Превалируют гормонально-ассоциированные заболевания, воспалительные заболевания, нарушения полового созревания, патология молочных желез, аномалии развития половых органов, опухоли, травмы и прочие заболевания. За период 2010–2017 гг. частота расстройств менструации (дисменорея, ювенильно-маточные кровотечения, олигоменорея) увеличилась на 21 %, частота сальпингита и оофорита — на 11,5 %. При этом беременность у несовершеннолетних составляет 1,2 % от числа обратившихся.

По данным С.М. Семятова (2009), в структуре гинекологической заболеваемости несовершеннолетних города Москвы преобладали нарушения менструального цикла и доброкачественные заболевания яичников и шейки матки. Уровень гинекологической заболеваемости составил 13,0 % у школьниц и 34,0 % у учащихся колледжа. При этом отмечено, что большое значение в высокой частоте заболеваний репродуктивной системы имеет хирургическое прерывание первой беременности [38].

Особенностями сексуального поведения, характерными для современных несовершеннолетних, являются раннее начало половой жизни, увеличение числа половых партнеров, недостаточность знаний о современных методах контрацепции, психологическая готовность к искусственному прерыванию беременности [6, 7].

Высокий уровень инфекций, передающихся половым путем (ИППП), у несовершеннолетних обусловлен множеством факторов. К ним относятся персональные поведенческие факторы, такие как ранний возраст начала половой жизни; большое количество партнеров; частая смена партнеров; партнеры из групп с высокой распространенностью ИППП; незащищенные половые контакты; секс под воздействием психоактивных веществ; секс за деньги или наркотики и неспособность уведомить партнеров о том, что они нуждаются в лечении. Кроме того, многие несовершеннолетние не знают, что анальный и оральный секс также приводит к передаче ИППП [93, 97].

К социальным факторам, обуславливающим повышенный риск заражения ИППП, относятся отсутствие родительского надзора и низкий уровень доверительности отношений несовершеннолетних с родителями, недостаточное половое воспитание, отсутствие медицинского наблюдения, а также насилие. Некоторые исследования показывают, что обилие информации на сексуальную тематику в СМИ увеличивает распространенность рискованного сексуального поведения среди несовершеннолетних [61].

Некоторые ИППП повышают риск заражения вирусом иммунодефицита человека (далее ВИЧ). К ним относятся гонорея, хламидийный цервицит, трихомонадный вагинит, сифилис, генитальный герпес, мягкий шанкр и венерическая лимфогранулема. Воспаление или изъязвление кожи и слизистых оболочек служат воротами инфекции для ВИЧ. Также важно отметить, что некоторые ИППП, например сифилис, хуже поддаются лечению у ВИЧ-позитивных пациенток [70, 102].

Хламидийная инфекция представляет собой наиболее распространенную ИППП среди несовершеннолетних. Это вызывает особую озабоченность, поскольку данная инфекция часто протекает бессимптомно и приводит к развитию спаечного процесса в брюшной полости. Показано, что женщины заражаются чаще, чем мужчины, хотя эта разница может быть обусловлена большей обращаемостью женщин к врачу [74, 78].

Важно отметить, что у 75–85 % женщин инфекция протекает бессимптомно и бессимптомные носители выступают основными резервуарами инфекции [86, 104]. Заболеваемость хламидийным цервицитом среди несовершеннолетних девушек составила, по данным E. Miller (2013), 2,8 на 100 человек в месяц [86]. Несовершеннолетние, инфицированные хламидиями, имеют также очень высокий риск коинфицироваться гонореей [59, 73, 84]. Наиболее серьезным осложнением гонореи также является развитие спаечного процесса в малом тазу.

В настоящее время распространенность хронических воспалительных процессов в малом тазу точно неизвестна по нескольким причинам: воспалительные заболевания органов малого таза зачастую протекают малосимптомно или бессимптомно, пациентки редко обращаются за медицинской помощью, установить диагноз достаточно сложно. Используя клинические диагностические критерии, рекомендованные Центром по контролю заболеваемости в США, E.D. Berlan и C. Holland-Hall (2010) обследовали 315 несовершеннолетних сексуально активных пациенток. Заболеваемость хламидий-

ным цервицитом и/или гонореей в этой группе составила 19,0 %, наличие воспалительного процесса в малом тазу было выявлено у 8,6 % [61]. Таким образом, все девочки из группы риска с острой или хронической тазовой болью должны быть обследованы на предмет наличия спаечного процесса в малом тазу [83].

Распространенность трихомониаза среди несовершеннолетних также вызывает озабоченность, поскольку это заболевание зачастую ассоциировано с ВИЧ-инфекцией, а также с развитием осложнений беременности [88]. Большинство пациенток с трихомониазом обращаются к врачу при появлении выделений из влагалища, однако инфекция также может протекать бессимптомно [53, 68]. Распространенность трихомониаза среди несовершеннолетних колеблется от 3,0 % в группах низкого риска до 48,0 % в группах высокого риска [80, 86].

Вместе с тем низкий уровень осведомленности об ИППП и контрацепции обусловлен неблагоприятным социально-экономическим статусом семей, в которых проживают несовершеннолетние. Для семей с низким уровнем обеспеченности характерны наличие других факторов риска, таких как перенаселенность в доме, отсутствие систем социального обеспечения, отсутствие трудовой занятости главы и других членов семьи. Доход в таких семьях поступает нерегулярно, и его не хватает для удовлетворения основных потребностей [95]. В семьях с низким уровнем дохода несовершеннолетние зачастую чувствуют себя недооцененными не только со стороны своей семьи, но и со стороны общества, а также имеют низкий уровень самооценки и статус материнства позволяет им ощущать себя самодостаточной личностью [72]. Также у этих несовершеннолетних имеются неудовлетворенные потребности привязанности, которые побуждают их искать удовлетворения этих потребностей в их партнерах. Кроме того, важным социокультурным фактором, который способствует ранней беременности, является особенность некоторых общин, с одной стороны, осуждать проявление сексуальности у несовершеннолетних, а с другой — принимать раннюю беременность как нечто естественное [89, 96]. Значительная часть несовершеннолетних беременных покидает школу из-за неуспеваемости или отсутствия академической мотивации. Вполне возможно, что система образования не учитывает реальной образовательной потребности несовершеннолетних из необеспеченных семей, применяя образовательные модели, которые не соответствуют их жизненным реалиям. Другой причиной может быть раннее начало трудо-

вой деятельности, при этом наиболее часто матери несовершеннолетних оставляют их дома для ухода за своими младшими братьями и сестрами или для помощи в домашних делах [5].

Родившие несовершеннолетние пропускают важнейший период в собственном развитии, их самостоятельность в будущей жизни оказывается под вопросом, для них намного сложнее становится получить образование, конкурентоспособную специальность, квалифицированную, хорошо оплачиваемую работу [40, 45].

Исследования показали, что среднее число лет обучения в школе для несовершеннолетних беременных варьирует от 6 до 8 лет начального образования. Продолжение школьного образования несовершеннолетними беременными сопровождается значительными трудностями, большинство из них никогда не может вернуться в школу [22, 23, 43, 103]. В исследовании, проведенном с участием 651 несовершеннолетней беременной, 55 % учились, когда они забеременели, и только 69 % из них остались в школе после рождения ребенка [91]. Продолжению школьного образования препятствуют личные, семейные и социальные факторы. Другим важным аспектом является изменение образовательных потребностей таких несовершеннолетних, что обусловлено необходимостью быстрого окончания образования и начала трудовой деятельности [85].

Девушки, которые становятся матерями в раннем возрасте и имеют низкий уровень образования, подвержены высокому риску повторной беременности с короткими интергенетическими интервалами. Уровень образования у несовершеннолетних в значительной степени коррелирует с репродуктивным поведением и уровнем информированности о своем здоровье [1].

Несовершеннолетние матери испытывают большие трудности в воспитании детей. Для успешного материнства требуется сочетание навыков и осознание высокой ответственности за своего ребенка, а также определенной степени зрелости, которой обычно не хватает несовершеннолетним. Это становится все более очевидным среди девушек, которые вынуждены воспитывать детей сами, без поддержки своего партнера [53]. Недостаточные экономические ресурсы, хронический стресс, отсутствие поддержки со стороны отца ребенка, отсутствие помощи в уходе за ребенком и в решении личных проблем усугубляют ситуацию и сказываются на неспособности матери осуществлять надлежащий уход за своим ребенком [18, 19, 68]. Несовершеннолетние матери, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации, воспринимают своего

ребенка как обузу, лишнюю заботу, источник всех бед; проблемы, связанные с беременностью и родами, воспринимаются ими как незаслуженное наказание [40, 45]. Как правило, в этом возрасте беременность бывает незапланированной и нежеланной, что также влияет на возникновение негативного отношения матери к ребенку [29, 30]. Исследователи считают, что в подавляющем большинстве случаев несовершеннолетние становятся плохими родителями: они сами еще дети, неспособные к самостоятельному воспитанию ребенка [40].

Беременность часто приводит к изменению эмоциональной связи с партнером, который является отцом ребенка, что во многих случаях означает конец этой взаимосвязи. При сообщении партнеру о беременности, он, как правило, пугается этой ответственности, так как отцовство обычно не входит в краткосрочные планы юноши. Исследования показали, что молодые мужчины реагируют негативно в половине случаев (или отрицают) на свое отцовство, вследствие чего дети растут без экономической поддержки отцов [19]. Супружеские отношения у несовершеннолетних матерей также нестабильны [40, 45]. По-разному могут складываться и отношения несовершеннолетней матери со своими родственниками. Если семья неблагополучная, то, как правило, девушка остается один на один со своей проблемой, ее просто выставляют за дверь, не желая найти выход из создавшейся ситуации сообща [40]. Бывает и другой вариант: родные принимают несовершеннолетнюю мать и ее ребенка, а она оставляет им новорожденного и продолжает заниматься своими делами, часто рожая еще [40].

Несовершеннолетние матери в большой степени страдают от хронической неполной занятости и недостаточного дохода. Такие матери и их дети имеют более высокую вероятность зависимости от системы общественной помощи и попечительства, чем женщины в возрасте 20–30 лет [39]. Занятость несовершеннолетних матерей со временем увеличивается, однако тип работы, которую они получают, соответствует их низкому уровню образования и профессиональной подготовки [51].

Будущее несовершеннолетней беременной напрямую зависит от ее социально-экономического статуса и семейного положения. Наличие хорошего образования и профессиональной подготовки выступает залогом перспективного трудоустройства и приносит большой вклад в доход семьи, таким образом повышает ее самостоятельность в принятии семейных решений и обеспечивает благополучие ребенка [39, 44, 91].

Данный возрастной период представляет собой переходный этап физического, эмоционального и когнитивного развития человека, который начинается до наступления полового созревания и заканчивается уже во взрослой жизни. Попытки выражения сексуальности, интересов и предпочтений являются нормой в этом возрасте. На становление сексуальности влияет множество факторов, таких как интимные партнерские отношения, гендерная идентичность, сексуальная ориентация, а также религия и культура [76]. Важно отметить, что сексуальность несовершеннолетних значительно изменилась за последние 50 лет, в настоящее время несовершеннолетние достигают физической зрелости раньше, но гораздо позже создают семью [3]. В период пубертата отмечается быстрое физическое развитие несовершеннолетних, и это время рассматривается как время для потенциального возникновения сексуальных мыслей и экспериментов [48].

На фоне нестабильности, характерной для этого периода, легко формируется девиантное поведение [46]. По мнению отечественных авторов, ранние половые отношения гетеросексуального типа могут быть рассмотрены как патологическая девиация, только если они начинаются до того, как наступает достаточное физическое созревание [46]. Половая жизнь до юридического совершеннолетия, но при достаточной физической зрелости может расцениваться как нежелательное явление с социальной точки зрения, но не как патологическая девиация.

К возможным причинам раннего полового созревания в настоящее время относят факторы окружающей среды, социально-экономические условия, питание, а также наличие у несовершеннолетнего доступа к профилактической медицинской помощи.

Данный период характеризуется появлением вторичных половых признаков и замедлением роста [55]. На этом этапе формируются абстрактное мышление и другие исполнительные функции головного мозга, также определяются сексуальная ориентация и идентичность. Происходят значительные изменения в эмоциональной сфере несовершеннолетней девушки — на первый план выходит обеспокоенность относительно своей привлекательности и социальной роли в обществе сверстников. Многие несовершеннолетние испытывают первую влюбленность, и к этому периоду относятся первые сексуальные эксперименты [67].

Позже появляется способность мыслить более абстрактно вследствие полноценного развития префронтальной коры головного мозга. Большинство несовершеннолетних на этом этапе планируют свою

будущую жизнь и становятся более проницательными. Тем не менее они все еще могут действовать импульсивно. Становление эмоционально здорового взрослого человека происходит именно в этом периоде, что требует интеграции психологических, физических, культурных, духовных, социальных и образовательных факторов [67]. К факторам, оказывающим влияние на сексуальное поведение несовершеннолетних, относят социальные и индивидуальные факторы, такие как наследственность, личностные и физические особенности. Некоторые из них имеют косвенное влияние на сексуальное поведение (например, бедность и социальная изоляция), в то время как другие — прямое (например, когнитивная зрелость) [81]. Стрессовые воздействия, неудовлетворительные бытовые условия, отсутствие положительного влияния сверстников и взрослых может привести к снижению эффективности позитивных личностных факторов, что способствует формированию рискованного сексуального поведения у несовершеннолетних девушек [5].

По данным исследования, проведенного Е.С. Булычевой и др. (2011), среди 640 несовершеннолетних девушек Московской области сексуальная активность отмечена у 27,5 %, из них беспорядочные половые связи — у 37,5 %, при этом установлена крайне низкая осведомленность по вопросам контрацепции (30,1 %), а также высокая распространенность курения (78,1 %) и употребления алкоголя (58,9 %) [5]. Сходные данные были получены при анализе сексуального поведения несовершеннолетних девушек в условиях мегаполиса.

По данным анонимного опроса в 2017 г. посетителей СПбГБУЗ «Городской консультативно-диагностический центр для детей „Ювента“ (репродуктивное здоровье)» (далее — центр «Ювента») в возрасте 16–24 лет (2504 человека), характерными особенностями репродуктивного поведения современных девушек-подростков являются, с одной стороны, раннее начало половой жизни (средний возраст вступления в сексуальные отношения — 16,2 года), частая смена партнеров (к 18 годам 23 % сексуально активных девушек успевают сменить трех и более половых партнеров; признают отношения одновременно с двумя и более сексуальными партнерами 17,6 % подростков), высокий уровень ИППП, воспалительных заболеваний органов малого таза, с другой — низкий уровень ответственности за свое здоровье. При этом сознательно начинают половую жизнь 65,4 %, неожиданно/случайно — 29,6 %, против своей воли — 5 %. Вместе с тем 95,4 % опро-

шенных считают, что беременность должна быть планируемой и желанной, а оптимальный возраст для вступления в брак — 23–26 лет, для рождения первого ребенка — 24–27 лет. При этом в службу охраны репродуктивного здоровья подростки обращаются, как правило, после наступления полового дебюта, что подтверждает необходимость своевременного нравственно-полового просвещения в семье, школе.

При выборе эффективных методов контрацепции каждый третий подросток руководствуется мнением партнера, средств массовой информации. Каждый десятый живущий половой жизнью подросток ничего не знает о средствах контрацепции.

Большинство (78 %) считают, что количество детей будет зависеть от материального положения семьи. Каждый второй хочет иметь одного ребенка. А каждый десятый подросток вообще не хочет иметь детей.

В связи с тем что каждая unplanned беременность у девушки-подростка свидетельствует об отсутствии контрацепции как таковой или неудачи контрацептивных мероприятий, одна из основных задач гинеколога заключается в максимальном распространении достоверной и доступной информации о средствах контрацепции.

Среди особенностей репродуктивного поведения необходимо отметить и преобладание моногамных отношений; достоверное увеличение частоты применения современных методов контрацепции (презерватив — 72,0 %, оральные контрацептивы — 10,1 %); высокую распространенность вредных привычек (курение — 38,0 %, употребление алкоголя — 95,5 % и наркотиков — 10,2 %) [9]. Вместе с тем доступность методов контрацепции, осведомленность о риске беременности и заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, у несовершеннолетних низкая [9]. При этом курение, алкоголь, наркотики, токсины, злоупотребление лекарствами и некоторые другие относятся к группе управляемых, то есть устранимых, факторов. В этом состоит грамотный и профессиональный подход работы с подростками. Последние исследования показали, что программы полового воспитания и образовательные программы по профилактике ВИЧ оказывают положительное влияние на поведение и развитие молодежи, способствуют снижению частоты наступления беременности на протяжении последнего десятилетия [86]. И хотя частота использования презервативов несовершеннолетними увеличилась, все чаще несовершеннолетние девушки используют гормональную контрацепцию длительного действия и другие гормональные методы, которые

имеют самую высокую эффективность [99]. Однако, несмотря на обнадеживающие тенденции, меры по предотвращению ранней беременности должны постоянно обновляться с учетом быстро изменяющихся факторов социальной среды.

По данным Государственного доклада о положении детей и семей, имеющих детей, в Российской Федерации за 2016 г.⁸, несмотря на снижение за последние 15 лет абсолютного числа аборт в возрастной группе до 14 лет на 80,4 % (с 1343 в 2002 г. до 263 в 2016 г.), в группе 15–17-летних (включительно) — на 68,8 % (с 24594 в 2009 г. до 7683 в 2015 г.), доля аборт у девочек до 14 лет и девушек 15–17 лет остается высокой (соответственно 0,04 и 1,0 % в 2015 г.). Ежегодно в Российской Федерации у юных женщин (17 лет включительно) рождается 35–40 тыс. детей, что составляет в среднем 2,1 % от общего числа родившихся.

За последние 10 лет уровень аборт у юных в Санкт-Петербурге снизился в 8 раз (по данным годовых отчетов). Обращает на себя внимание высокий уровень самопроизвольных аборт как критерий репродуктивного здоровья подростков, который составляет 19,6 % (выше, чем у взрослых женщин, на 4,2 %). В 2008 г. на 1 роды приходилось 3,5 аборт, в 2017 г. — 0,98. Общее число аборт до 12 недель у юных в возрасте до 14 лет снизилось на 47,6 %, в возрасте 15–17 лет — на 74,1 %, в возрасте 18–24 года — на 62,3 %. Поэтому с целью планирования срока наступления беременности и с учетом индивидуального перинатального риска важными задачами работы с подростками являются надежная профилактика незапланированной беременности, аборт и родов (до физиологической и социальной зрелости).

Кроме того, очевидна значимость комплексного подхода к решению проблем охраны репродуктивного здоровья подростков, их полового просвещения, формирования ответственного отношения к здоровью. Обязательное условие эффективности такой работы — совместная деятельность медицинских работников, социальных педагогов и психологов, прошедших необходимую подготовку по психологии общения и методике консультирования.

В литературе указывается на необходимость комплексного подхода к проблеме профилактики беременности у несовершеннолетних, в частности на необходимость пропаганды воздержания и контрацепции [3, 98]. Информированность несовершеннолетней, доступность контрацепции, репро-

дуктивное просвещение, получение образования и профессиональной подготовки являются ключевыми факторами профилактики нежелательной беременности [31, 40]. Огромную роль в успешности профилактических программ играют родители девушки, школа, религиозные организации, врачи, социальные и государственные учреждения. Подобные совместные усилия как на национальном, так и на местном уровне доказали свою эффективность в снижении сексуальной активности и частоты беременности у несовершеннолетних [40, 101].

Исследователи указывают на большое значение репродуктивного просвещения в предотвращении ранних беременностей [48]. А в направлении медико-социальной работы с уже беременными несовершеннолетними важную роль играет психологическая и физическая подготовка к предстоящему материнству, помощь в решении кризисных социальных ситуаций, связанных с беременностью, подготовке к предстоящим родам и уходу за новорожденным [36].

Беременность в несовершеннолетнем возрасте ассоциирована с высоким риском неблагоприятных исходов как во время беременности и родов, так и в более позднем периоде. Несовершеннолетний возраст представляет собой важнейший этап становления репродуктивной и нейроэндокринной систем, что обуславливает высокую частоту развития осложнений и неблагоприятных исходов беременности [37, 92].

Так, в несовершеннолетнем возрасте растущий плод и по-прежнему растущий организм матери конкурируют за питательные вещества; кроме того, незрелость и недостаточное кровоснабжение шейки матки может предрасполагать к развитию субклинической инфекции, увеличению синтеза простагландинов, что служит причиной преждевременных родов [47]. Отсутствие наблюдения во время беременности, недостаточная прибавка массы тела и курение считаются факторами риска неблагоприятных исходов для новорожденных, в том числе низкого веса при рождении, преждевременных родов и младенческой смертности [49, 58, 96]. Среди всех возрастных групп у несовершеннолетних в возрасте 12–17 лет отмечается наименьший уровень обеспеченности пренатальным наблюдением [49, 69].

В литературе нет единого мнения по вопросу, насколько благоприятно протекает беременность, роды и послеродовой период у несовершеннолетних. Большинство исследователей указывает на то, что у несовершеннолетних гораздо чаще встречаются такие осложнения беременности, как

⁸ Государственный доклад о положении детей и семей, имеющих детей, в Российской Федерации за 2016 год. — М., 2018. — 252 с.

угроза прерывания, преэклампсия, анемия, хроническая плацентарная недостаточность (ХПН); а в родах — несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, гипоксия плода и асфиксия новорожденного, гипотонические кровотечения [23].

В работах, посвященных изучению особенностей беременности, родов и послеродового периода у несовершеннолетних, исследуются беременные 16–19 лет; работы, в которых изучаются несовершеннолетние младшей возрастной группы (13–15 лет), единичны и разноречивы [23, 64]. Точно не известно, увеличивается ли частота и тяжесть осложнений беременности, родов и послеродового периода с уменьшением возраста несовершеннолетней.

Увеличение массы тела матери во время беременности служит важным показателем, влияющим на исход беременности. Недостаточное увеличение массы тела (менее 7 кг в течение беременности) связано с рядом неблагоприятных исходов беременности, в том числе низким весом плода при рождении (22,2 %), а также является главным фактором риска младенческой смертности [76]. У несовершеннолетних в возрасте 12–14 лет наиболее часто наблюдается нарушение прибавки массы тела во время беременности (13,0 %) по сравнению с беременными в возрасте 15–20 лет (10,6 %) [79].

Курение во время беременности считается одной из основных причин неблагоприятных исходов для новорожденных, в том числе низкого веса при рождении и младенческой смертности. Однако, по данным крупных исследований, несовершеннолетние в возрасте 12–14 лет менее склонны к курению (6,3 %), чем женщины во всех других возрастных группах. Кроме того, курящие несовершеннолетние, как правило, выкуривают меньше сигарет в день, чем женщины старшего возраста [65].

Материнские факторы риска также могут оказать существенное влияние на осложнения беременности и выживание младенцев. К наиболее частым акушерским осложнениям, связанным с ранней беременностью, относят угрозу прерывания беременности и железодефицитную анемию [17, 21, 23, 35, 49]. Считается, что основная причина возникновения анемии заключается в недостаточности питания. Несмотря на то что тяжелая анемия во время беременности ассоциирована с плохим состоянием здоровья матери после родов, значимость анемии легкой и средней степеней тяжести менее доказана.

Одной из основных причин неблагоприятных перинатальных исходов у детей, рожденных несо-

вершеннолетними матерями, служит преэклампсия. Частота преэклампсии у несовершеннолетних беременных в 1,5–2 раза выше, чем у женщин в возрасте 20–30 лет [21, 23, 35, 49, 85]. Осложнения, развивающиеся у детей при тяжелой преэклампсии, определяются комплексом гипоксических и метаболических нарушений, связаны с незрелостью сердечно-сосудистой системы, что выступает основным фактором, приводящим к поражению центральной нервной системы [90]. Наиболее частыми осложнениями у детей при преэклампсии в антенатальном периоде являются хроническая гипоксия и задержка роста плода, а также их сочетание, в постнатальном периоде — недоношенность, респираторный дистресс-синдром, асфиксия, церебральные нарушения [51, 54]. Результаты исследования, проведенного T. Ganchimeg et al. (2014), показали, что риск развития преэклампсии у нерожавших несовершеннолетних в 1,7 раза выше, чем у взрослых пациенток, однако авторами не было выявлено увеличения частоты тяжелых форм преэклампсии, а также протеинурии у несовершеннолетних [72].

Несмотря на то что частота родоразрешения путем кесарева сечения у несовершеннолетних ниже (5,9–13,0 %), чем у женщин в возрасте 25–29 лет [21, 23, 24, 35, 49], они подвержены более высокому риску инструментального родоразрешения [80]. У несовершеннолетних в возрасте до 16 лет в 2 раза чаще применяется наложение акушерских щипцов или вакуум-экстракция плода [89]. Считается, что необходимость инструментального родоразрешения обусловлена физической незрелостью молодой матери или испугом и отсутствием психологической поддержки во втором периоде родов. Важно также отметить, что меры социальной поддержки (например, посещения на дому) для несовершеннолетних беременных эффективны в снижении частоты кесарева сечения [96].

Беременность у несовершеннолетних является фактором риска неблагоприятных исходов у ребенка, таких как преждевременные роды, задержка роста плода, низкий вес при рождении, неонатальная и младенческая смертность. Было показано, что независимо от наличия других факторов риска (курение, употребление алкоголя, наркотиков во время беременности, отсутствие наблюдения во время беременности) беременность у несовершеннолетних связана с повышенным риском преждевременных родов, экстремально низкой массой тела ребенка при рождении и повышенной неонатальной смертностью [72].

Срок беременности и вес при рождении считаются одними из самых критических показателей для

новорожденных. Младенцы, рожденные до 37 полных недель беременности и особенно родившиеся глубоко недоношенными (до 32 полных недель беременности), находятся в группе риска смертности и инвалидности. Частота преждевременных родов у несовершеннолетних составляет, по данным ряда авторов, 8,3–21,0 %, что в 2–4 раза выше, чем у женщин в возрасте 20–30 лет [2, 35, 82].

Риск смерти в позднем неонатальном периоде у детей, рожденных несовершеннолетними, составляет 1,5 % по сравнению с 0,7 % у детей от матерей в возрасте 20 лет и старше [100]. К основным причинам младенческой смертности при одноплодной беременности у несовершеннолетних относятся преждевременные роды (22,0 %), врожденные пороки развития (13,0 %) и синдром внезапной детской смерти (10,0 %). Среди других, менее распространенных причин следует назвать дыхательную недостаточность у новорожденных, внутриутробную инфекцию и родовые травмы (по 9,0 %) [100].

В исследовании М.С. Коваленко (2011) оценен риск развития гестационных осложнений у первородящих женщин несовершеннолетнего возраста [14], автор указывает на то, что возраст пациентки моложе 18 лет служит фактором высокого риска досрочного прерывания беременности (49,0 %), анемии беременных (41,0 %), преэклампсии (32,0 %) и ХПН (30,0 %). По мнению автора, высокая частота перинатальных осложнений напрямую не обусловлена возрастом первородящей, наиболее важны социальные факторы риска, такие как вредные привычки, недостаточная материальная обеспеченность, незарегистрированный брак, отягощенный соматический и акушерско-гинекологический анамнез [14].

Сходные данные получены Е.А. Лаптевой (2008), которая установила высокую частоту генитальных и экстрагенитальных заболеваний у несовершеннолетних, что, на взгляд автора, служит основной причиной патологического течения беременности и родов [20]. Согласно полученным результатам к наиболее частым осложнениям относятся угроза прерывания беременности (48,0 %), преэклампсия (46,0 %), ХПН (42,0 %), хроническая внутриутробная гипоксия плода (38,0 %), синдром задержки роста плода (32,0 %) и наличие анатомически узкого таза (28,0 %) [20].

Ранняя неонатальная смертность в группе новорожденных от несовершеннолетних матерей выше, чем у детей от матерей в возрасте 25–29 лет [49, 52].

У детей, рожденных несовершеннолетними, в периоде новорожденности достоверно чаще на-

блюдаются электролитные нарушения (32,0 %), а также неврологические осложнения, такие как задержка речевого развития (36,7 %) и дисрегуляция вегетативной нервной системы (57,0 %) [20]. На первом году жизни у подавляющего большинства детей развиваются определенные заболевания в различных сочетаниях: анемия (53,0 %); рахит (66,7 %); атопический дерматит (53,3 %) и нарушения работы кишечника (50,0 %) [20].

По данным крупного проспективного исследования Х.К. Chen и et al. (2007), роды у несовершеннолетних ассоциированы с достоверным увеличением частоты гипоксии плода в родах и, соответственно, более низкой оценкой по шкале Апгар [65]. На высокую частоту (9,2–46,8 %) асфиксии новорожденного в родах указывали и другие исследователи [17, 24]. Кроме того, было показано, что у детей, рожденных несовершеннолетними, риск гипотрофии достоверно выше, что также подтверждается результатами других исследователей [23, 49].

По данным Х.К. Chen и et al. (2007), риск материнской смертности выше у пациенток в возрасте до 16 лет и коррелирует с социально-демографическими факторами, такими как бедность, низкий уровень образования, недостаточное дородовое наблюдение и социальный статус [65]. Считается, что основными причинами материнской смертности у несовершеннолетних служат преэклампсия (30,0 %), экстрагенитальные заболевания (26,0 %) и септические осложнения (33,0 %) [8].

Известно, что у несовершеннолетних беременных по сравнению с женщинами среднего репродуктивного возраста достоверно чаще встречаются: угроза прерывания беременности (в 2,1 раза в 13–15 лет и в 1,9 раза в 16–17 лет); анемия беременных (в 2,0 раза в 13–15 лет и в 1,8 раза в 16–17 лет); преэклампсия (в 4,1 раза в 13–15 лет и в 3,9 раза в 16–17 лет); преждевременное (в 1,9 раза в 16–17 лет) и раннее излитие околоплодных вод (в 2,0 раза в 13–15 лет и в 1,5 раза в 16–17 лет); быстрые и стремительные роды (в 3,8 раза в 13–15 лет и в 4,2 раза в 16–17 лет). У несовершеннолетних 13–15 лет частота гипоксии плода и асфиксии новорожденного в 3,0 раза выше по сравнению с несовершеннолетними 16–17 лет ($p < 0,05$) [11, 27, 34].

По данным других авторов, к наиболее частым осложнениям родов у несовершеннолетних относятся: аномалии родовой деятельности (6,5–73,2 %), несвоевременное излитие околоплодных вод (14,7–45,3 %), кровотечения в родах и раннем послеродовом периоде (4,0–25,5 %), травматизм мягких родовых путей (75,3 %), гнойно-септические

послеродовые заболевания (20,0–71,7 %) [17, 21, 23, 24, 49, 84]. Быстрые роды у несовершеннолетних констатированы в 3 раза чаще, чем у женщин среднего репродуктивного возраста [49].

Исследователи указывали на нарушение функционирования фетоплацентарного комплекса как на ключевую причину большинства осложнений беременности и родов у несовершеннолетних [48, 50, 52].

Углубленное изучение состояния фетоплацентарного комплекса, особенностей его реакций в ответ на гипоксию на фоне незрелости организма несовершеннолетних может помочь выявить основные направления профилактики определенных осложнений беременности и родов у несовершеннолетних, в первую очередь ХПН, преэклампсии, гипоксии плода.

По нашим данным, гистологическое строение плацент несовершеннолетних по сравнению с плацентами женщин среднего репродуктивного возраста характеризуется достоверной гипертрофией; отставанием от срока гестации (в 1,5 раза чаще в 13–15 лет и в 1,4 раза в 16–17 лет); большей частотой ХПН (в 9,1 раза в 16–17 лет) и большей частотой воспалительных изменений. В плацентах несовершеннолетних при наличии ХПН достоверно повышена экспрессия гипоксия-индуцибельного фактора (HIF-1) (в 1,4 раза) и сосудисто-эндотелиального фактора роста (VEGF-A) (в 1,2 раза) по сравнению с плацентами без ХПН [26].

Одно из ограничений многих исследований несовершеннолетних беременных заключается в отсутствии информации о том, является ли беременность желанной, в то время как это может повлиять на поведение женщины во время беременности и ее отношение к наблюдению во время беременности. Кроме того, распространенность нарушений диеты, злоупотребление алкоголем и наркотиками (выше среди несовершеннолетних) могут негативно сказаться на незапланированной беременности [46, 76].

Дети, рожденные от несовершеннолетних матерей, имеют более высокий риск неадекватного ухода со стороны матери и более высокие показатели заболеваемости хроническими болезнями, у них отмечается более высокая частота несчастных случаев и травм, а также поведенческие и эмоциональные нарушения [77]. Важно отметить, что более высокая распространенность поведенческих проблем у детей, рожденных несовершеннолетними, преимущественно обусловлена не молодым возрастом матери, а ее психологическим состоянием при воспитании ребенка [16]. Данные литературы свидетельствуют о том, что социальные

и психологические трудности, связанные с ранним рождением первого ребенка, носят долгосрочный характер. Однако нет доказательств того, что предоставление социальной поддержки несовершеннолетним беременным, например с дополнительными посещениями на дому, снижает заболеваемость среди младенцев [12, 53].

В настоящее время одной из наиболее важных проблем остается высокий риск повторной беременности и родов у несовершеннолетних. Повторные роды у несовершеннолетних ассоциированы с низким уровнем образования, зависимостью от государственной поддержки и высокой детской смертностью [95]. Повторные роды у несовершеннолетних являются неблагоприятным фактором для матери и ее детей из-за усугубления социально-экономической ситуации, а также небольшого промежутка между беременностями. В крупном исследовании P. Chantrapanichkul и S. Chawanpaiboon (2013) установили, что у несовершеннолетних частота преждевременных родов во время повторной беременности была на 15,0 % выше в случае, если интервал между беременностями составлял менее 18 месяцев [64]. Также у несовершеннолетних в возрасте до 16 лет возрастает вероятность рождения ребенка с гипотрофией при вторых родах [81].

Повторная беременность наблюдается у 19,0 % несовершеннолетних в течение 1 года после родов и у 38,0 % в течение 2 лет с момента рождения первого ребенка [3]. К основным факторам, ассоциированным с повторной беременностью в несовершеннолетнем возрасте, относятся отсутствие возможности вернуться в школу в течение 6 месяцев после родов, проживание в браке, наличие помощи по уходу за ребенком от родственников, неиспользование средств контрацепции в течение 3 месяцев с момента родов [62].

Еще одним важным фактором, влияющим на наступление повторной беременности у несовершеннолетних, выступает наличие послеродовой депрессии. В исследовании с участием 269 несовершеннолетних установлено, что депрессивные симптомы могут быть независимым фактором риска последующей беременности [105]. Автор отмечает, что у 46,0 % несовершеннолетних, забеременевших повторно в течение 2 лет после родов, наблюдались симптомы депрессии [105]. Также было показано, что в большинстве случаев повторная беременность является преднамеренной, отражая сознательное решение не возвращаться в школу в ближайшее время и получать поддержку от родственников [75, 95]. Профилактические программы должны

сосредоточиться на определении и поддержке образовательных интересов несовершеннолетней девушки, а также на обеспечении мотивации предотвращения раннего наступления повторной беременности. Использование методов контрацепции длительного действия, таких как подкожные импланты, инъекции прогестинов или внутриматочные спирали, приводит к более значительному снижению риска наступления повторной беременности, чем применение оральных контрацептивов. Внедрение программ, которые помогают матерям несовершеннолетнего возраста вернуться в школу, в сочетании с интенсивной социально-психологической помощью после родов, как правило, успешно предотвращает раннее наступление повторной беременности [71].

В целом достоверными факторами, снижающими качество медицинской помощи несовершеннолетним, решившим сохранить беременность, признаны: поздняя явка в женскую консультацию (ЖК) ($22,4 \pm 7,5$ недели в 13–15 лет и $15,8 \pm 6,9$ недели в 16–17 лет); нерегулярное посещение ЖК (в среднем — $6,4 \pm 0,9$ явки); отсутствие консультаций психолога до и после родов [11, 27]. Ведение беременности, родов и послеродового периода у несовершеннолетних по определенным принципам позволяет достоверно снизить частоту осложнений: (анемии беременных — в 1,5 раза; ХПН — в 2,9 раза; быстрых и стремительных родов — в 2,8 раза; разрывов шейки матки — в 2,1 и влагалища — в 2,0 раза; субинволюции матки — в 2,0 раза; а также улучшить социальные исходы (отсутствие отказов от детей в родильном доме) [11, 27].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Охрана репродуктивного здоровья несовершеннолетних (как репродуктивного потенциала страны) с целью снижения осложнений беременности, родов, послеродового периода, материнской и младенческой смертности требует разработки комплексного подхода на государственном уровне.

Комплексный подход должен включать:

- репродуктивное просвещение с формированием ответственного отношения к здоровью с целью профилактики непланируемых беременностей, в том числе повторных (от воздержания до надежных и доступных методов контрацепции);
- ведение беременности, родов и послеродового периода с учетом возрастных особенностей, с соблюдением определенных принципов и использованием междисциплинарного подхода;

- комплекс социальных мер для поддержки несовершеннолетних от момента репродуктивного выбора до воспитания ребенка несовершеннолетней.

Система медико-социальной помощи несовершеннолетним беременным в мегаполисе должна предусматривать создание регионального центра по ведению беременности и родов у несовершеннолетних на базе акушерского стационара и внедрение следующих принципов [11, 27].

1. *Профилактика анемии беременных у несовершеннолетних.* Суть предлагаемого авторами способа профилактики заключается в следующем: при постановке на учет по беременности все несовершеннолетние беременные обследуются на содержание ферритина в венозной крови. При величине ферритина в венозной крови ниже 35 нг/мл (при нормальных показателях содержания эритроцитов, гемоглобина и гематокрита) назначают пероральные железосодержащие препараты в профилактических дозах сроком на 3 месяца. Через три месяца выполняют контрольный анализ на содержание ферритина в венозной крови и при величине ферритина в венозной крови ниже 35 нг/мл (при нормальных показателях содержания эритроцитов, гемоглобина и гематокрита) прием пероральных железосодержащих препаратов в профилактических дозах продолжают еще 3 месяца. При наличии анемии тяжелой степени проводят общепринятую терапию препаратами железа для внутривенного введения (при подтвержденном железодефицитном характере анемии).

2. *Раннее выявление ХПН.* Ультразвуковое и доплерометрическое исследование системы мать — плацента — плод выполняют несовершеннолетним беременным в 28 недель.

3. *Ведение юной беременной совместно с психологом.* Консультацию психолога проводят при постановке беременной на учет, во втором триместре и перед родами. По желанию пациентки или решению лечащего врача осуществляют дополнительные консультации психолога.

4. *Занятия в центре подготовки к родам* (отделения, кабинете) проводятся с 20 недель беременности до родов (лекции и занятия физкультурой для беременных).

5. *Обезболивание родов.* При отсутствии противопоказаний при раскрытии маточного зева на 3–4 см применяют длительную перидуральную анестезию.

6. *Профилактика быстрых и стремительных родов.* При наличии чрезмерно сильной и бурной родовой деятельности используют внутривенную инфузию гексопреналина в терапевтических дозах.

7. *Работа консультанта по лактации.* Кроме занятий в центре подготовки к родам во время беременности и после родов (во время нахождения несовершеннолетней родильницы в послеродовом отделении), где читают лекции и проводят практические занятия по обучению правильной лактации и уходу за молочными железами, несовершеннолетние родильницы должны иметь возможность обратиться к консультанту по лактации после родов.

8. *Профилактика гнойно-септических осложнений в родах и послеродовом периоде.* При наличии дисбиоза влагалища перед родами нормализуют микрофлору влагалища путем применения пробиотических препаратов, содержащих штаммы лактобацилл, способных колонизировать влагалище. При наличии вагинита проводят соответствующую антибактериальную терапию (согласно антибиотикограмме).

9. *Использование современных перинатальных технологий:* выкладывание ребенка после родов на живот/грудь матери; прикладывание к груди в родильном зале/операционной; совместное пребывание матери и ребенка в послеродовой палате; эксклюзивное грудное вскармливание и ранняя выписка.

10. *Профилактика социального сиротства.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Айвазова З.Н. Комплексное социально-гигиеническое исследование состояния здоровья подростков в условиях крупного города: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. [Ayvazova ZN. Kompleksnoe sotsial'no-gigienicheskoe issledovanie sostoyaniya zdorov'ya podrostkov v usloviyakh krupnogo goroda. [dissertation] Moscow; 2007. (In Russ.)]
2. Аккузина О.П., Смирнова Н.П., Борисова Н.В. Просвещение молодежи – решающий фактор сохранения репродуктивного здоровья населения // Материалы X юбилейного всероссийского форума «Мать и дитя». – М., 2009. – С. 484–485. [Akkuzina OP, Smirnova NP, Borisova NV. Prosveshchenie molodezhi reshayushchiy faktor sokhraneniya reproduktivnogo zdorov'ya naseleniya. In: Materialy X yubileynogo vserossiyskogo foruma "Mat' i ditya". (Conference proceedings) Moscow; 2009. P. 484-485. (In Russ.)]
3. Баранов А.А., Кучма В.Р., Рапопорт И.К. Стратегия «Здоровье и развитие подростков России» как инструмент международного взаимодействия в охране здоровья детей // Российский педиатрический журнал. – 2012. – № 4. – С. 12–18. [Baranov AA, Kuchma VR, Rapoport IK. "Health and development of adolescents in Russia" Strategy effective in adolescents health care. *Russian journal of pediatrics*. 2012;(4):12-18. (In Russ.)]
4. Борисова Э.К., Рыжова Н.К., Гаревская Ю.А. Заболеваемость девушек-подростков, связанная с репродуктивным здоровьем // Медицинский альманах. – 2009. – № 4. – С. 111–114. [Borisova EK, Ryzhova NK, Garevskaya YA. Zabolevaemost' devushek-podrostkov, svyazannaya s reproduktivnym zdorov'em. *Meditsinskiy al'manakh*. 2009;(4):111-114. (In Russ.)]
5. Булычева Е.С., Зароченцева Н.В., Белая Ю.М. Особенности репродуктивного поведения и репродуктивных установок девочек-подростков в Московской области // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2011. – Т. 11. – № 1. – С. 44–47. [Bulycheva ES, Zarochentseva NV, Belaya YM. Osobennosti reproduktivnogo povedeniya i reproduktivnykh ustanovok devochek-podrostkov v Moskovskoy oblasti. *Rossiiskii vestnik akushera-ginekologa*. 2011;11(1):44-47. (In Russ.)]
6. Буралкина Н.А. Репродуктивное поведение девочек подросткового возраста // Проблемы репродукции. – 2009. – Т. 15. – № 5. – С. 144–145. [Buralkina NA. Reproductivnoe povedenie devochek podrostkovogo vozrasta. *Modern reproductive technologies*. 2009;15(5):144-145. (In Russ.)]
7. Буралкина Н.А., Уварова Е.В. Современные представления о репродуктивном здоровье девочек (обзор литературы) // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2010. – № 2. – С. 12–31. [Buralkina NA, Uvarova EV. Sovremennyye predstavleniya o reproduktivnom zdorov'e devochek (obzor literatury). *Pediatric and adolescent reproductive health*. 2010;(2):12-31. (In Russ.)]
8. Гусева Е.В., Чумакова О.В., Филиппов О.С. Медико-социальные аспекты материнской смертности у несовершеннолетних женщин в Российской Федерации // Вопросы современной педиатрии. – 2008. – Т. 7. – № 3. – С. 13–16. [Guseva EV, Chumakova OV, Filippov OS. Medical-social aspects of maternal mortality in younger women in the Russian Federation. *Current pediatrics*. 2008;7(3):13-16. (In Russ.)]
9. Дикке Г.Б., Яроцкая Е.Л., Ерофеева Л.В. Проблемы нежелательной беременности, репродуктивного выбора и контрацепции у девочек-подростков // Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. – 2010. – № 2. – С. 22–27. [Dikke GB, Yarotskaya EL, Erofeeva LV. Problemy nezhelatel'noy beremennosti, reproduktivnogo vybora i kontratseptsii u devochek-podrostkov. *Effektivnaya farmakoterapiya*. 2010;(2):22-27. (In Russ.)]
10. Ерофеева Л.В. Поведение риска у подростков. Роль сексуального образования (обзор зарубежной научной литературы) // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2009. – № 5. – С. 68–77. [Erofeeva LV. Risky behavior of adolescents. The role of sexual education (foreign scientific literature re-

- view). *Pediatric and adolescent reproductive health*. 2009;(5):68-77. (In Russ.)]
11. Иванова Л.А., Михайлин Е.С. Из молодых да ранних // *Status Praesens*. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. – 2016. – № 4. – С. 84–93. [Ivanova LA, Mikhaylin ES. Iz molodykh da rannikh. *Status Praesens*. *Ginekologiya, akusherstvo, besplodnyy brak*. 2016;(4):84-93. (In Russ.)]
 12. Ильин А.Г. Состояние здоровья детей подросткового возраста и совершенствование системы их медицинского обеспечения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2005. [Il'in AG. Sostoyanie zdorov'ya detey podrostkovogo vozrasta i sovershenstvovanie sistemy ikh meditsinskogo obespecheniya. [dissertation] Moscow; 2005. (In Russ.)]
 13. Ипполитова М.Ф., Симаходский А.С. Эффективность профилактических мероприятий, направленных на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья // *Детская больница*. – 2014. – № 2. – С. 10–16. [Ippolitova MF, Simakhodsky AS. Efficacy of prophylactic activities aimed on maintenance and promotion of the reproductive health in children. *Children's hospital*. 2014;(2):10-16. (In Russ.)]
 14. Коваленко М.С. Особенности гестационного процесса у первородящих женщин в подростковом и старшем репродуктивном возрасте: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2011. [Kovalenko MS. Osobennosti gestatsionnogo protsessa u pervorodyashchikh zhenzhin v podrostkovom i starshem reproduktivnom vozraste. [dissertation] Moscow; 2011. (In Russ.)]
 15. Коротаева Ж.Е., Кирьянова Л.Е. Тревожно-депрессивные расстройства у девушек-подростков в период беременности и после родов // *Личность, семья, общество: вопросы педагогики и психологии*. – 2016. – № 62. – С. 100–105. [Korotaeva ZE, Kiryanova LE. Anxiety and depressive disorder of teen-age girls in pregnancy period and after giving birth. *Lichnost', sem'ya, obshchestvo: voprosy pedagogiki i psikhologii*. 2016;(62):100-105. (In Russ.)]
 16. Кравцова О.В., Долгих В.В., Лещенко О.Я. Медико-социальные аспекты здоровья девушек-подростков в городе и сельской местности // *Материалы X юбилейного всероссийского научного форума «Мать и дитя»*. – М., 2009. – С. 497–498. [Kravtsova OV, Dolgikh VV, Leshchenko OY. Mediko-sotsial'nye aspekty zdorov'ya devushek-podrostkov v gorode i sel'skoy mestnosti. In: *Materialy X yubiley-nogo Vserossiyskogo nauchnogo foruma "Mat' i ditya"*. (Conference proceedings) Moscow; 2009. P. 497-498. (In Russ.)]
 17. Красникова М.Б., Юлдашев В.Л., Трубина Т.Б. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода и состояние новорожденных у девочек-подростков // *Медицинский вестник Башкортостана*. – 2011. – Т. 6. – № 3. – С. 15–19. [Krasnikova MB, Yuldashev VL, Trubina TB. Features of adolescent pregnancy, delivery, postnatal period and condition of neonates by teenage mothers. *Bashkortostan medical journal*. 2011;6(3):15-19. (In Russ.)]
 18. Ланцбург М.Е., Арчакова Т.О. Исследование потребности в социально-психологической поддержке у матерей с детьми младенческого и раннего возраста // *Ребенок в современном обществе: сборник научных статей*. – М.: МГППУ, 2007. [Lantsburg ME, Archakova TO. Issledovanie potrebnosti v sotsial'no-psikhologicheskoy podderzhke u materey s det'mi mladencheskogo i rannego vozrasta. In: *Rebenok v sovremennom obshchestve: sbornik nauchnykh statey*. Moscow: MGPPU; 2007. (In Russ.)]
 19. Ланцбург М.Е. Психологическая поддержка матерей группы риска как профилактика социального сиротства. Современные подходы к ранней профилактике социального сиротства и семейного неблагополучия // *Опыт работы по реализации мероприятий комплекса мер по преодолению социального сиротства в городе Москве на 2009–2011 гг.* – М.: Старполиграф, 2011. [Lantsburg ME. Psikhologicheskaya podderzhka materey gruppy riska kak profilaktika sotsial'nogo sirotstva. Sovremennyye podkhody k ranney profilaktike sotsial'nogo sirotstva i semeynogo neblagopoluchiya. In: *Opyt raboty po realizatsii meropriyatiy Kompleksa mer po preodoleniyu sotsial'nogo sirotstva v gorode Moskve na 2009-2011*. Moscow: Starpoligraf; 2011. (In Russ.)]
 20. Лаптева Е.А. Клинические и психологические особенности состояния здоровья матерей подросткового возраста и их детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Пермь, 2008. [Lapteva EA. Klinicheskie i psikhologicheskie osobennosti sostoyaniya zdorov'ya materey podrostkovogo vozrasta i ikh detey. [dissertation] Perm'; 2008. (In Russ.)]
 21. Ларюшева Т.М., Лебедева Т.Б., Баранов А.Н. Особенности течения беременности и родов у несовершеннолетних женщин // *Журнал акушерства и женских болезней*. – 2012. – Т. 61. – № 1. – С. 106–112. [Laryusheva TM, Lebedeva TB, Baranov AN. Features of a current of pregnancy and sorts at young women. *Journal of obstetrics and women's diseases*. 2012;61(1):106-112. (In Russ.)]
 22. Ларюшева Т.М., Баранов А.Н., Лебедева Т.Б. Эпидемиология беременности у подростков // *Экология человека*. – 2014. – № 12. – С. 26–34. [Laryusheva TM, Baranov AN, Lebedeva TB. Epidemiology of adolescent pregnancy. *Human Ecology*. 2014;(12):26-34. (In Russ.)]
 23. Ларюшева Т.М., Истомина Н.Г., Баранов А.Н. Сравнительная характеристика клинических показателей течения беременности и родов у женщин подрост-

- кового и оптимального биологического возраста // Журнал акушерства и женских болезней. – 2016. – Т. 65. – № 1. – С. 34–42. [Laryusheva TM, Istomina NG, Baranov AN. Comparative study of the clinical parameters of pregnancy and childbirth in teenagers and women of the optimal reproductive age. *Journal of obstetrics and women's diseases*. 2016;65(1):34-42. (In Russ.)]. doi: 10.17816/JOWD65134-42.
24. Ларюшева Т.М., Истомина Н.Г., Баранов А.Н. Течение беременности, родов и перинатальные исходы у подростков Архангельской области – сравнительное исследование через 20 лет // Экология человека. – 2016. – № 8. – С. 40–44. [Laryusheva TM, Istomina NG, Baranov AN. Gestation course, delivery and perinatal outcomes in adolescents of arkhangel'sk region, a comparative study in 20 years. *Human Ecology*. 2016;(8):40-44. (In Russ.)]
25. Михайлин Е.С. Беременность в подростковом возрасте: психологические особенности и акушерские осложнения // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2016. – № 3. – С. 80–84. [Mikhaylin ES. Teenage pregnancy: psychological features -obstetric complications. *Pediatric and adolescent reproductive health*. 2016;(3):80-84. (In Russ.)]
26. Михайлин Е.С., Толибова Г.Х., Траль Т.Г. Морфофункциональные особенности плацент у несовершеннолетних женщин // Журнал акушерства и женских болезней. – 2016. – Т. 65. – № 5. – С. 41–48. [Mikhaylin ES, Tolibova GK, Tral TG. Morphological and functional features of placentas in minor women. *Journal of obstetrics and women's diseases*. 2016;65(5):41-48. (In Russ.)]. doi: 10.17816/JOWD65541-48.
27. Михайлин Е.С. Принципы ведения беременности, родов и послеродового периода у несовершеннолетних // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2016. – № 4. – С. 76–87. [Mikhaylin ES. Principles of pregnancy, childbirth and postpartum period management in adolescents. *Pediatric and adolescent reproductive health*. 2016;(4):76-87. (In Russ.)]
28. Михайлин Е.С., Иванова Л.А., Шило М.М. Социальный портрет беременной девочки-подростка в современных условиях // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2018. – № 1. – С. 28–36. [Mikhaylin ES, Ivanova LA, Shilo MM. Social portrait of the pregnant girl-teenager nowadays. *Pediatric and adolescent reproductive health*. 2018;(1):28-36. (In Russ.)]
29. Можейко Л.Ф., Новикова Е.В. Клинические и социальные особенности у девочек-подростков, прерывающих беременность в ранние и поздние сроки гестации // Репродуктивное здоровье в Беларуси. – 2010. – № 3. – С. 48–53. [Mozheyko LF, Novikova EV. Klinicheskie i sotsial'nye osobennosti u devochek-podrostkov, preryvayushchikh beremennost' v rannie i pozdnie sroki gestatsii. *Reproduktivnoe zdorov'e v Belarusi*. 2010;(3):48-53. (In Russ.)]
30. Можейко Л.Ф., Карпова Е.Г. Медицинские и социальные аспекты подростковой беременности // Медицинский журнал. – 2011. – № 4. – С. 85–87. [Mozheyko LF, Karpova EG. Medical and social aspects of teenage pregnancy. *Med Zhurnal*. 2011;(4):85-87. (In Russ.)]
31. Моисеева Н.В. Молодые мамы: подарок судьбы или наказание // Российская наука и образование сегодня: проблемы и перспективы. – 2015. – № 4. – С. 53–57. [Moiseeva NV. Molodye mamy: podarok sud'by ili nakazanie. *Rossiyskaya nauka i obrazovanie segodnya: problemy i perspektivy*. 2015;(4):53-57. (In Russ.)]
32. Новикова Е.В., Можейко Л.Ф. Проблема прерывания беременности у подростков // Рецепт. – 2008. – № 3. – С. 35–39. [Novikova EV, Mozheyko LF. Problema preryvaniya beremennosti u podrostkov. *Retsept*. 2008;(3):35-39. (In Russ.)]
33. Орел В.И., Середа В.М., Ким А.В., и др. Здоровье детей Санкт-Петербурга // Педиатрия. – 2017. – Т. 8. – № 1. – С. 112–119. [Orel VI, Sereda VM, Kim AV, et al. Children's health of Saint Petersburg. *Pediatrician (St. Petersburg)*. 2017;8(1):112-119. (In Russ.)]. doi: 10.17816/PED81112-119.
34. Михайлин Е.С., Иванова Л.А., Савицкий А.Г., и др. Особенности течения беременности и родов у несовершеннолетних женщин в условиях мегаполиса (на примере г. Санкт-Петербурга) // Журнал акушерства и женских болезней. – 2014. – Т. 63. – № 3. – С. 36–43. [Mikhaylin ES, Ivanova LA, Savitskiy AG, et al. Features of pregnancy and delivery in minors female in a metropolis (by the example of St. Petersburg). *Journal of obstetrics and women's diseases*. 2014;63(3):36-43. (In Russ.)]. doi: 10.17816/JOWD63336-43.
35. Петрова Я.А. Беременность и роды у девочек-подростков – оптимизация акушерской тактики // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2012. – № 2. – С. 190–195. [Petrova YA. Beremennost' i rody u devochek-podrostkov – optimizatsiya akusherskoy taktiki. *Rossiiskii mediko-biologicheskii vestnik imeni akademika I.P. Pavlova*. 2012;(2):190-195. (In Russ.)]
36. Ростовская Т.К., Шимановская Я.В. Феномен юного материнства: проблемы, тенденции // Локус: люди, общество, культура, смыслы. – 2017. – № 1. – С. 119–125. [Rostovskaya TK, Shimanovskaya YV. Fenomen yunogo materinstva: problemy, tendentsii. *Lokus: lyudi, obshchestvo, kul'tura, smysly*. 2017;(1):119-125. (In Russ.)]
37. Рябинкина Т.С., Симановская Х.Ю., Маклецова С.А. Репродуктивные планы: сохранить и приумножить потенциал. – М.: Status Praesens, 2013. [Ryabinkina

- на TS, Simanovskaya KY, Makletsova SA. Reproductivnye plany: sokhranit' i priumnozhit' potentsial. Moscow: Status Praesens; 2013. (In Russ.)]
38. Семятов С.М. Репродуктивное здоровье девушек-подростков Московского мегаполиса в современных социально-экономических и экологических условиях: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2009. [Semyatov SM. Reproductivnoe zdorov'e devushek-podrostkov Moskovskogo megapolisa v sovremennykh sotsial'no-ekonomicheskikh i ekologicheskikh usloviyakh. [dissertation] Moscow; 2009. (In Russ.)]
 39. Силласте Г.Г. Профессиональная мобильность и социальная адаптация молодых матерей на московском рынке труда. Статья вторая // Безопасность Евразии. – 2009. – № 3. – С. 93–112. [Sillaste GG. Professional'naya mobil'nost' i sotsial'naya adaptatsiya molodykh materey na moskovskom rynke truda. Stat'ya vtoraya. *Bezopasnost' Evrazii*. 2009;(3):93-112. (In Russ.)]
 40. Сироткина Е.С. Проблемы несовершеннолетних матерей как социальной группы // Youth World Politic. – 2014. – № 1. – С. 95–101. [Sirotkina ES. Problems of minor mothers as social group. *Youth World Politic*. 2014;(1):95-101. (In Russ.)]
 41. Скутнева С.В. Раннее материнство // Социологические исследования. – 2009. – № 7. – С. 114–118. [Skutneva SV. Rannee materinstvo. *Sotsiol Issled*. 2009;(7):114-118. (In Russ.)]
 42. Скутнева С.В. Раннее материнство // Социология семьи. Гендерные исследования. – 2009. – № 2. – С. 32–40. [Skutneva SV. Rannee materinstvo. *Sotsiologiya sem'i. Gendernye issledovaniya*. 2009;(2):32-40. (In Russ.)]
 43. Сорокина Е.В., Демидов С.В. Современные проблемы раннего материнства // Социально-экономические аспекты развития современного общества: межвузовский сборник научных трудов. – Рязань, 2014. – С. 228–231. [Sorokina EV, Demidov SV. Sovremennye problemy rannego materinstva. In: *Sotsial'no-ekonomicheskie aspekty razvitiya sovremennogo obshchestva: mezhvuzovskiy sbornik nauchnykh trudov*. Ryazan'; 2014. P. 228-231. (In Russ.)]
 44. Соснина И.Г., Ушкова У.Э. Эмоционально-личностные особенности несовершеннолетних матерей // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 10–2. – С. 446–449. [Sosnina IG, Ushkova UE. Emotional and personality traits of adolescent mothers. *Fundamental research*. 2013;(10-2):446-449. (In Russ.)]
 45. Стукалова А.В. Социальные риски малолетнего материнства и их политизация в современных условиях // Молодой ученый. – 2011. – № 9. – С. 148–151. [Stukalova AV. Sotsial'nye riski maloletnego materinstva i ikh politizatsiya v sovremennykh usloviyakh. *Molodoy uchenyy*. 2011;(9):148-151. (In Russ.)]
 46. Сухарева Л.М., Куинджи Н.Л., Ямпольская Ю.А. Гигиенические аспекты физического развития и формирования репродуктивного здоровья у девочек школьного возраста // Вестник РАМН. – 2009. – № 5. – С. 11–15. [Sukhareva LM, Kuindzhi NN, Yampolskaya YA. Hygienic aspects of physical development and reproductive health in schoolgirls. *Annals of the Russian Academy of Medical Sciences*. 2009;(5):11-15. (In Russ.)]
 47. Сухих Г.Т., Адамян Л.В. Состояние и перспективы репродуктивного здоровья населения России // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – М., 2007. – С. 5–17. [Sukhikh GT, Adamyan LV. Sostoyanie i perspektivy reproductivnogo zdorov'ya naseleniya Rossii. In: *Sovremennye tekhnologii v diagnostike i lechenii ginekologicheskikh zabolevaniy*. Moscow; 2007. (In Russ.)]
 48. Тарасова М.А. Медико-социальные и организационные аспекты реализации территориальных программ по профилактике инфекций, передаваемых половым путем: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Рязань, 2005. [Tarasova MA. Mediko-sotsial'nye i organizatsionnye aspekty realizatsii territorial'nykh programm po profilaktike infektsiy, peredavaemykh polovym putem. [dissertation] Ryazan'; 2005. (In Russ.)]
 49. Ушакова Г.А., Николаева Л.Б., Тришкин А.Г. Течение беременности и родов, состояние потомства у первородящих женщин // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 2. – С. 3–5. [Ushakova GA, Nikolayeva LB, Trishkin AG. The course of pregnancy and labor, the condition of offsprings from primiparas. *Akush Ginekol (Mosk)*. 2009;(2):3-5. (In Russ.)]
 50. Филиппов О.В. Плацентарная недостаточность. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. [Filippov OV. Platsentarnaya nedostatochnost'. Moscow: MEDpress-inform; 2009. (In Russ.)]
 51. Фисун Е.В. Проблема самореализации в современном мегаполисе как фактор, влияющий на качество эмоционального общения в семье // Ляшенко А.И., Ушаков Д.В., Иноземцева В.Е. Психологические проблемы семьи и личности в мегаполисе. – М., 2009. – С. 128–140. [Fisun EV. Problema samorealizatsii v sovremennom megapolise kak faktor, vliyayushchiy na kachestvo emotsional'nogo obshcheniya v sem'e. In: Lyashenko AI, Ushakov DV, Inozemtseva VE. *Psikhologicheskie problemy sem'i i lichnosti v megapolise*. Moscow; 2009. (In Russ.)]
 52. Черепанова Е.А. Комплексная оценка плацентарной недостаточности у несовершеннолетних женщин: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2006. [Cherepanova EA. Kompleksnaya otsenka platsentarnoy nedostatochnosti u nesovershennoletnikh zhenzhin. [dissertation] Tomsk; 2006. (In Russ.)]
 53. Чичерин Л.П., Никитин М.В. Медико-социальные аспекты охраны здоровья детей и подростков

- в Российской Федерации // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2010. – № 3. – С. 22–26. [Chicherin LP, Nikitin MV. Medico-social aspects of children's and adolescents' health protection in the Russian Federation. *Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhranenie*. 2010;(3):22-26. (In Russ.)]
54. Шаряпова О.Ш. Тяжелый гестоз. Исходы для детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008. [Shar'yapova OS. Tyazhelyy gestoz. Iskhody dlya detey. [dissertation] Moscow; 2008. (In Russ.)]
55. Aalsma MC, Woodrome SE, Downs SM, et al. Developmental trajectories of religiosity, sexual conservatism and sexual behavior among female adolescents. *J Adolesc*. 2013;36(6):1193-1204. doi: 10.1016/j.adolescence.2013.08.005.
56. Ahuja SP, Hertweck SP. Overview of bleeding disorders in adolescent females with menorrhagia. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2010;23(6 Suppl): S15-21. doi: 10.1016/j.jpap.2010.08.006.
57. Alexander SC, Fortenberry JD, Pollak KI, et al. Sexuality talk during adolescent health maintenance visits. *JAMA Pediatr*. 2014;168(2):163-169. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.4338.
58. Armstrong B. Adolescent Pregnancy. Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations. New York: Columbia University Press; 2001.
59. Beharry MS, Shafii T, Burstein GR. Diagnosis and treatment of chlamydia, gonorrhea, and trichomonas in adolescents. *Pediatr Ann*. 2013;42(2):26-33. doi: 10.3928/00904481-20130128-09.
60. Benjamins LJ. Practice guideline: evaluation and management of abnormal vaginal bleeding in adolescents. *J Pediatr Health Care*. 2009;23(3):189-193. doi: 10.1016/j.pedhc.2009.02.003.
61. Berlan ED, Holland-Hall C. Sexually transmitted infections in adolescents: advances in epidemiology, screening, and diagnosis. *Adolesc Med State Art Rev*. 2010;21(2):332-346.
62. Carvajal DN, Burrell L, Duggan AK, Barnet B. Repeat pregnancy prevention self-efficacy in adolescents: associations with provider communication, provider type, and depression. *South Med J*. 2012;105(11):591-597. doi: 10.1097/SMJ.0b013e31826ff173.
63. Chandra-Mouli V, Camacho AV, Michaud PA. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. *J Adolesc Health*. 2013;52(5):517-522. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.03.002.
64. Chantrapanichkul P, Chawanpaiboon S. Adverse pregnancy outcomes in cases involving extremely young maternal age. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013;120(2):160-4. doi: 10.1016/j.ijgo.2012.08.024.
65. Chen XK, Wen SW, Fleming N, et al. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *Int J Epidemiol*. 2007;36(2):368-373. doi: 10.1093/ije/dyl284.
66. Collins Fantasia H, Sutherland MA, Kelly-Weeder S. Gender differences in risky sexual behavior among urban adolescents exposed to violence. *J Am Acad Nurse Pract*. 2012;24(7):436-442. doi: 10.1111/j.1745-7599.2012.00702.x.
67. Everett BG. Sexual orientation disparities in sexually transmitted infections: examining the intersection between sexual identity and sexual behavior. *Arch Sex Behav*. 2013;42(2):225-236. doi: 10.1007/s10508-012-9902-1.
68. Fedorowicz AR, Hellerstedt WL, Schreiner PJ, Bolland JM. Associations of adolescent hopelessness and self-worth with pregnancy attempts and pregnancy desire. *Am J Public Health*. 2014;104(8): e133-140. doi: 10.2105/AJPH.2014.301914.
69. Ferraro AA, Cardoso VC, Barbosa AP, et al. Childbearing in adolescence: intergenerational deja-vu? Evidence from a Brazilian birth cohort. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:149. doi: 10.1186/1471-2393-13-149.
70. Fontenot HB, George ER. Sexually transmitted infections in pregnancy. *Nurs Womens Health*. 2014;18(1):67-72. doi: 10.1111/1751-486X.12095.
71. Fortenberry JD. Puberty and adolescent sexuality. *Horm Behav*. 2013;64(2):280-287. doi: 10.1016/j.yhbeh.2013.03.007.
72. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG*. 2014;121 Suppl 1:40-48. doi: 10.1111/1471-0528.12630.
73. Gibson EJ, Bell DL, Powerful SA. Common sexually transmitted infections in adolescents. *Prim Care*. 2014;41(3):631-650. doi: 10.1016/j.pop.2014.05.011.
74. Gottlieb SL, Xu F, Brunham RC. Screening and treating Chlamydia trachomatis genital infection to prevent pelvic inflammatory disease: interpretation of findings from randomized controlled trials. *Sex Transm Dis*. 2013;40(2):97-102. doi: 10.1097/OLQ.0b013e31827bd637.
75. Han L, Teal SB, Sheeder J, Tocce K. Preventing repeat pregnancy in adolescents: is immediate postpartum insertion of the contraceptive implant cost effective? *Am J Obstet Gynecol*. 2014;211(1):24.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2014.03.015.
76. Harden KP. Genetic influences on adolescent sexual behavior: Why genes matter for environmentally oriented researchers. *Psychol Bull*. 2014;140(2):434-465. doi: 10.1037/a0033564.
77. Harper LM, Chang JJ, Macones GA. Adolescent pregnancy and gestational weight gain: do the Institute of Medicine recommendations apply? *Am J Obstet Gynecol*. 2011;205(2):140:e141-148. doi: 10.1016/j.ajog.2011.03.053.

78. Hengel B, Jamil MS, Mein JK, et al. Outreach for chlamydia and gonorrhoea screening: a systematic review of strategies and outcomes. *BMC Public Health*. 2013;13:1040. doi: 10.1186/1471-2458-13-1040.
79. James AH. Obstetric management of adolescents with bleeding disorders. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2010;23 (6 Suppl):S31-37. doi: 10.1016/j.jpog.2010.08.004.
80. Javanbakht M, Stirland A, Stahlman S, et al. Prevalence and factors associated with *Trichomonas vaginalis* infection among high-risk women in Los Angeles. *Sex Transm Dis*. 2013;40(10):804-807. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000026.
81. Karabulut A, Ozkan S, Bozkurt AI, et al. Perinatal outcomes and risk factors in adolescent and advanced age pregnancies: comparison with normal reproductive age women. *J Obstet Gynaecol*. 2013;33(4):346-350. doi: 10.3109/01443615.2013.767786.
82. Kellartzis D, Tsolakidis D, Mikos T, et al. Obstetric outcome in adolescence: a single centre experience over seven years. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2013;40(1):49-51.
83. Kouyoumdjian FG, Leto D, John S, et al. A systematic review and meta-analysis of the prevalence of chlamydia, gonorrhoea and syphilis in incarcerated persons. *Int J STD AIDS*. 2012;23(4):248-254. doi: 10.1258/ijisa.2011.011194.
84. Lazarus JV, Sihvonen-Riemenschneider H, Laukamm-Josten U, et al. Systematic Review of Interventions to Prevent Spread of Sexually Transmitted Infections, Including HIV, Among Young People in Europe. *Croat Med J*. 2010;51(1):74-84. doi: 10.3325/cmj.2010.51.74.
85. McCracken KA, Loveless M. Teen pregnancy: an update. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2014;26(5):355-359. doi: 10.1097/GCO.0000000000000102.
86. Miller E, McCauley HL. Adolescent relationship abuse and reproductive and sexual coercion among teens. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2013;25(5):364-369. doi: 10.1097/GCO.0b013e328364ecab.
87. Nsuami M, Cohen DA. Participation in a School-Based Sexually Transmitted Disease Screening Program. *Sex Transm Dis*. 2000;27(8):473-479. doi: 10.1097/00007435-200009000-00010.
88. Odesanmi TY, Wasti SP, Odesanmi OS, et al. Comparative effectiveness and acceptability of home-based and clinic-based sampling methods for sexually transmissible infections screening in females aged 14-50 years: a systematic review and meta-analysis. *Sex Health*. 2013;10(6):559-569. doi: 10.1071/SH13029.
89. Paranjothy S, Broughton H, Adappa R, Fone D. Teenage pregnancy: who suffers? *Arch Dis Child*. 2009;94(3):239-245. doi: 10.1136/adc.2007.115915.
90. Pinzon JL, Jones VF. Care of adolescent parents and their children. *Pediatrics*. 2012;130(6):e1743-1756. doi: 10.1542/peds.2012-2879.
91. Pires R, Araujo-Pedrosa A, Pereira J, Canavarro MC. Preventing adolescent pregnancy: biological, social, cultural, and political influences on age at first sexual intercourse. *J Prim Prev*. 2014;35(4):239-254. doi: 10.1007/s10935-014-0344-5.
92. Renner RM, de Guzman A, Brahmi D. Abortion care for adolescent and young women. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014;126(1):1-7. doi: 10.1016/j.ijgo.2013.07.034.
93. Risser WL, Bortot AT, Benjamins LJ, et al. The Epidemiology of Sexually Transmitted Infections in Adolescents. *Semin Pediatr Infect Dis*. 2005;16(3):160-167. doi: 10.1053/j.spid.2005.04.004.
94. Rosenfield RL. Clinical review: Adolescent anovulation: maturational mechanisms and implications. *J Clin Endocrinol Metab*. 2013;98(9):3572-3583. doi: 10.1210/jc.2013-1770.
95. Rowlands S. Social predictors of repeat adolescent pregnancy and focussed strategies. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2010;24(5):605-616. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2010.02.016.
96. Ruedinger E, Cox JE. Adolescent childbearing: consequences and interventions. *Curr Opin Pediatr*. 2012;24(4):446-452. doi: 10.1097/MOP.0b013e3283557b89.
97. Samkange-Zeeb FN, Spallek L, Zeeb H. Awareness and knowledge of sexually transmitted diseases (STDs) among school-going adolescents in Europe: a systematic review of published literature. *BMC Public Health*. 2011;11:727. doi: 10.1186/1471-2458-11-727.
98. Smid M, Martins S, Whitaker AK, Gilliam M. Correlates of pregnancy before age 15 compared with pregnancy between the ages of 15 and 19 in the United States. *Obstet Gynecol*. 2014;123(3):578-583. doi: 10.1097/AOG.000000000000136f.
99. Straw F, Porter C. Sexual health and contraception. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2012;97(5):177-184. doi: 10.1136/archdischild-2011-301250.
100. Suwal A. Obstetric and perinatal outcome of teenage pregnancy. *J Nepal Health Res Council*. 2012;10(1):52-56.
101. Swartzendruber A, Zenilman JM, Niccolai LM, et al. It takes 2: partner attributes associated with sexually transmitted infections among adolescents. *Sex Transm Dis*. 2013;40(5):372-378. doi: 10.1097/OLQ.0b013e328318283d2c9.
102. Taylor M, Joshi A. Surveys assessing STI related health information needs of adolescent population. *Technol Health Care*. 2012;20(4):247-261. doi: 10.3233/THC-2012-0676.
103. Upadhyia KK, Ellen JM. Social disadvantage as a risk for first pregnancy among adolescent females in the

- United States. *J Adolesc Health*. 2011;49(5):538-541. doi: 10.1016/j.jadohealth.2011.04.011.
104. Williams JA, Ofner S, Batteiger BE, et al. Duration of polymerase chain reaction-detectable DNA after treatment of *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, and *Trichomonas vaginalis* infections in women. *Sex Transm Dis*. 2014;41(3):215-219. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000102.
105. Yozwiak JA. Postpartum Depression and Adolescent Mothers: A Review of Assessment and Treatment Approaches. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2010;23(3):172-8. doi: 10.1016/j.jpap.2009.09.003.

◆ Информация об авторах

Марина Федоровна Ипполитова — канд. мед. наук, главный врач. СПбГБУЗ «Городской консультативно-диагностический Центр для детей „ЮВЕНТА“ (репродуктивное здоровье)», Санкт-Петербург. E-mail: dr.ippolitova@gmail.com.

Евгений Сергеевич Михайлин — канд. мед. наук, заведующий, амбулаторно-поликлиническое отделение. СПбГБУЗ «Родильный дом №10», Санкт-Петербург. E-mail: mihailin@mail.ru.

Лада Анатольевна Иванова — канд. мед. наук, главный врач. СПбГБУЗ «Родильный дом №10», Санкт-Петербург. E-mail: mihailin@mail.ru.

◆ Information about the authors

Marina F. Ippolitova — MD, PhD, Chief Physician. City Consultative and Diagnostic Center for Children YUVENTA (reproductive health), Saint Petersburg, Russia. E-mail: dr.ippolitova@gmail.com.

Evgeniy S. Mikhailin — MD, PhD, Head of Outpatient Department. Maternity Home No. 10, Saint Petersburg, Russia. E-mail: mihailin@mail.ru.

Lada A. Ivanova — MD, PhD, Chief Physician. Maternity Home No. 10, Saint Petersburg, Russia. E-mail: mihailin@mail.ru.