

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии

Научно-исследовательская работа на тему:

«Особенности течения беременности и родов в подростковом периоде:  
медицинский и социально-психологический аспект проблемы.»

Выполнил:

Студент 4 курса 3 группы

Педиатрического факультета

Гавриленко Сергей Владимирович

*04.04.18  
смп  
ак. Соуф. Селезнева Д.А.*

Волгоград 2018г

## **Оглавление**

Введение.....	3
Основная часть.....	4
Выводы:.....	13
Заключение.....	14
Список литературы.....	16

## **Введение.**

Проблема беременности и родов у девушек младше 18 лет актуальна во всём мире. Раннее начало сексуальных отношений в сочетании с низким уровнем знаний в этой области и плохой осведомлённостью о контрацепции привели к такому явлению, как «юное материнство». Юными могут быть названы беременные, не достигшие половой зрелости, их паспортный возраст колеблется от 12 до 17 лет (подростки). Почти каждая десятая жительница России начинает сексуальную жизнь в возрасте до 14 лет, 68 % подростков Российской Федерации к 18 годам имеют опыт сексуального дебюта и около 50 % девушек.

Однако отмечается и повышение уровня общей заболеваемости подростков в возрасте от 15–17 лет, в том числе и заболевания мочеполовой системы, что может неблагоприятным образом сказаться на репродуктивном здоровье.

Одним из важных моментов является отношение окружающих к подростковой беременности, что также может нанести психологическую травму юным матерям. Материнская и перинатальная смертность, по данным ВОЗ, существенно выше у несовершеннолетних, чем у женщин старше 18 лет. В Российской Федерации, подростковая беременность составляет 1,2 % от числа обратившихся на прием к детскому гинекологу. Абортом заканчивается первая беременность у 95,1 % девочек в возрасте до 15 лет и у 52,8 % подростков в возрасте 15–19 лет.

Таким образом, беременность у девочек-подростков является проблемой не только медицинской, психологической, юридической, но самое главное социальной.

## **Основная часть.**

### Причины подростковой беременности

Причин для этого не вполне нормального явления существует целый ряд. И далеко не всегда нужно и можно обвинять девочку в невежестве и распущенности. Случается, что беременность может наступить в этом возрасте вследствие насильственных действий партнера, принуждающих факторов, и так далее.

1. Одной из основных причин, является недостаток полового просвещения. Оно может отсутствовать вообще или же быть неправильным. Вся ответственность за половое просвещение лежит на родительских плечах. Но, далеко не все находят время, чтобы уделять его своей дочери. А многие родители и сами ведут асоциальный образ жизни.

Сексуальное просвещение в учебных заведениях практически отсутствует вообще. А соответственно, и центры, и службы, которые призваны помогать (психологически) и защищать семьи и детей не функционируют в нужном и стопроцентном режиме.

2. Вторая причина подростковой беременности - сексуальная раскрепощенность. Сегодня средний возраст подростковой беременности - это шестнадцать лет.

По данным все той же неумолимой науки статистики девяносто процентов молодых людей уже к двадцати годам имеют сексуальный опыт внебрачных отношений.

Такой сексуальной распущенности, конечно, способствует широкое распространение наркотиков, алкоголя, эротическая и порнореклама, и, безусловно, присущее молодому и подростковому возрасту желание выделиться, отличиться.

3. Третья проблема подростковой беременности - незнание правил контрацепции. Несмотря на разнообразие видов, и способов контрацепции, существующих в фармакологии и медицине, подростки, как правило, пренебрегают ими.

Здесь признак недостатка знаний, понимания, полового воспитания и боязнь приобрести в аптеке на людях, финансовая несостоятельность, страх неправильного их использования, чтобы не быть осмеянными сверстниками.

А обращение к врачу за рекомендациями по вопросу контрацепции, у подростков вообще речь не идет.

4. Четвертая причина подростковой беременности - насилие. В данном случае этот термин носит более широкий характер, нежели просто сексуальное насилие. Постоянное избиение девочек-подростков их сексуальными партнерами, принуждение к половому акту - все это тоже относится к обозначению насилия в подростковом возрасте. Неблагоприятная семейная атмосфера так же может влиять на данный факт и являться психологическим насилием для девочки.

5. Еще одна причина подростковой беременности - социально-экономическое положение.

Согласно статистическим данным, больший процент данной патологии происходит в странах с низким уровнем социально-экономического положения. Во многих из них, беременность в столь юном возрасте открывает возможности получения финансового пособия после рождения ребенка.

Частота беременности у подростков за последние 20 лет возросла во многих странах и имеет выраженную тенденцию к дальнейшему увеличению. Ежегодно в мире проходят роды у 15 млн подростков, что составляет 2,0-4,5% от общего количества родов [1].

Удельный вес несовершеннолетних беременных и рожениц по отношению к старшим возрастным группам составляет около 5%. Как правило, ранняя беременность является в 50-60% случаев незапланированной и в 30-40% нежелательной, а потому чаще завершается искусственным прерыванием. Каждый десятый аборт производится у лиц моложе 19 лет. На 100 беременностей у подростков количество искусственных абортов составляет 69,1%, родов — 16,4%, самопроизвольных выкидышей — 14,5%. В то же время 40,0% подростков имеют повторную беременность, а 17,9% — повторные роды [3].

Повышенный риск беременности в подростковом возрасте напрямую связан с повышением сексуальной активности подростков, с низким самолюбием, самоуважением.

Несмотря на внешнее безразличие общества к судьбам девочек-матерей, они находятся под очень сильным нравственным давлением, следствием которого является желание скрыть беременность, прервать ее, во что бы то ни стало. Стремление скрыть свою беременность отмечают у 18-33% подростков [2, 3]. Причем чем старше возраст девушки, тем реже попытки скрыть свое положение от окружающих. 14,9% подростков пытаются прервать беременность самостоятельно или с помощью частных лиц. Большинство из них используют для прерывания лекарственные средства, рекомендуемые подругами (74%) или половыми партнерами, и принимают их беспорядочно, в максимальных дозах [2, 3].

Часто наступившие в раннем возрасте беременности протекают в осложненной психозмоциональной обстановке. Не встретив поддержки от родителей, разорвав связь с половым партнером, осуждаемые в школе или в училище, девушки переживают тяжелый психологический кризис. Отношения, складывающиеся между несовершеннолетней беременной и ее родителями, а также между ней и отцом ребенка, чрезвычайно важны, так как

от них зависит прогноз психологического благополучия женщин в течение беременности. Так, по данным В. Barnet, А. К. Duggan, М. D. Wilson et al (2014), конфликтные отношения с отцом ребенка вызывают усиление депрессивного состояния у юных беременных. Демографические исследования убедительно свидетельствуют, что наименее устойчивыми являются браки, заключенные в раннем возрасте. Так, у девушек, вышедших замуж в возрасте до 20 лет, риск развода в течение первых 10 лет семейной жизни на 1/3 выше, чем у вышедших замуж в 20-24 года. Одной из ведущих причин неустойчивости молодых семей является вынужденный брак, «стимулированный» добрачным зачатием.

Благополучное течение беременности, нормальное созревание плода, жизнеспособность и здоровье будущего ребенка зависят от физического состояния матери и ее нервно-психического статуса. Эмоциональное напряжение, связанное с внебрачной беременностью, оказывает существенное влияние на частоту и тяжесть гестоза беременности. Так, ряд исследователей в своих работах показывают, что при ювенильной беременности гестоз встречается в 12,0-76,55% наблюдений [4, 5, 6]. Неблагополучное состояние женщины обуславливает более высокий уровень таких осложнений беременности, как анемия — в 4,0-78,0% [1], преждевременная отслойка плаценты — в 1,0-1,9% [6], угроза прерывания беременности — в 4,7-49,9% [1, 7, 8], хроническая фетоплацентарная недостаточность — в 11,0-76,0% [8]. Стрессы и эмоциональное напряжение приводит к иммунологическим сдвигам в организме беременных, снижая его устойчивость к воздействиям внешней среды. Установлена зависимость между частотой осложнений беременности и «гинекологическим» возрастом: чем меньше «гинекологический» возраст, тем чаще преждевременные роды, гестозы, патология внутриутробного плода.



Ведущие факторы преждевременных родов — незрелость нейроэндокринной системы женского организма, проявляющаяся в сниженной продукции гормонов (ХГ, эстрогенов, пролактина), незавершенном формировании нервно-рецепторного аппарата матки, гипоксемии и другие.

У этой категории женщин из-за несвоевременного и нерегулярного обращения за медицинской помощью в 1,5 раза чаще наблюдаются экстрагенитальные заболевания во время беременности. Наиболее часто — заболевания мочевыделительной системы, эндокринные и обменные нарушения, болезни сердечно-сосудистой системы. Следует отметить, что в 42,5% случаев в течение беременности выявляется наличие хронических очагов инфекции нередко в сочетании с острыми заболеваниями верхних дыхательных путей. В структуре гинекологических заболеваний преобладают воспалительные процессы в области влагалища и шейки матки, как до, так и во время беременности [7].

Так, по данным исследований [8], обращение за медицинской помощью впервые беременными женщинами несовершеннолетнего возраста происходит, зачастую во втором триместре (табл. 1).

Вынашивание беременности в юном возрасте является серьезным испытанием, так как беременность и роды протекают в условиях функциональной незрелости организма, неадекватности адаптационных механизмов, что создает высокий риск осложнений как для матери, так и для плода; некоторые возрастные особенности организма девушки-подростка накладывают отпечаток на течение беременности и родового акта



Течение данной беременности	14-15 лет (%)	16-17 лет (%)
Явка в ЖК до 12 нед	15,0	35,0
Явка до 22 нед	10,0	27,2
Однократная явка в 36 нед	50,0	26,7
Явка на роды	25,0	11,1
Всего	100,0	100,0

Табл.1

Родовой акт сопровождается не только мобилизацией физических сил роженицы, но и большим нервным напряжением, чувством страха и болью, с возникновением которых включаются все защитные и компенсаторные механизмы организма. Стрессовые ситуации и интенсивные эмоции отрицательно влияют на кровообращение и сократительную деятельность матки, обуславливая слабость родовых сил и гипоксию плода [9].

По данным ряда отечественных и зарубежных авторов, роды в подростковом возрасте отличаются более частым развитием различных осложнений: аномалий родовой деятельности (6,5-37,2%) [7, 9] несвоевременного излития околоплодных вод (14,7-45,3%) [10], кровотечений в родах и раннем послеродовом периоде, травматизма мягких родовых путей (4,0-25,5%), оперативного вмешательства (2,1-17%), гнойно-инфекционных послеродовых заболеваний (20,0-71,7%).

Причиной частого развития слабости родовой деятельности у подростков является, по-видимому, низкий гормональный фон, незрелость шейки матки вследствие замедленного формирования биологической готовности организма несовершеннолетних к родам. По этой же причине может развиваться дискоординация родовой деятельности [9, 10].

У молодых первородящих наиболее сильными родовыми стрессами являются затянувшиеся роды и продолжительный безводный промежуток. Большой процент несвоевременного излития околоплодных вод связан с высоким расположением предлежащей части и функциональной несостоятельностью нижнего сегмента матки. Частое возникновение этого вида патологии связано с нарушением режима, особенно в последние месяцы беременности (половые сношения, физическая нагрузка и т. д.). Имеет значение и высокий процент инфицирования цервикального канала. У каждой второй несовершеннолетней во время беременности имеется инфекция уrogenитального тракта (микоплазмоз, хламидиоз, кандидоз). При гистологическом исследовании плаценты обнаружены различные поражения воспалительного характера (плацентит, децидуит, хориоамнионит и пр.) [7].

Для всех родильниц наибольшим стрессом становится кровопотеря, обусловленная кровотечением в послеродовом периоде. Причиной повышенной кровопотери является гипотония матки в раннем послеродовом периоде, задержка плацентарной ткани, вызванная нарушением механизма отделения плаценты и процесса выделения последа.

Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах пропорциональны тяжести анемии. В свою очередь анемия, осложняющая течение беременности у большинства несовершеннолетних, является фактором снижения толерантности к кровопотере в родах.

Беременность в подростковом возрасте увеличивает риск мертворождений, недоношенности, низкой массы тела при рождении и осложнений во время беременности. У юных матерей чаще, чем у более взрослых женщин, встречаются дети с хронически протекающей патологией врожденного генеза, в том числе в результате тяжелой асфиксии и родовой травмы. Внутриутробное развитие плода у подростков часто происходит в условиях фетоплацентарной недостаточности и сопровождается внутриутробной гипоксией [9].

Следствием заболевания матери, осложненного течения беременности, развития фетоплацентарной недостаточности и гипоксии плода часто является задержка внутриутробного развития плода (ЗВУР), которая у несовершеннолетних первородящих встречается достоверно чаще, чем у женщин старшего возраста [8, 9]. Дети со ЗВУР представляют группу высокого риска по неонатальной заболеваемости и смертности, а также по нарушениям в последующем развитии. Даже неосложненное течение родов может стать для новорожденных с ЗВУР травматичным, привести к развитию асфиксии, черепно-мозговой и спинальной родовой травмы, сопровождаться в дальнейшем высокой частотой неврологических нарушений.

Физиологическое состояние первых дней жизни ребенка (транзиторная желтуха, потеря первоначальной массы тела и др.) новорожденных у юных матерей протекают тяжелее и дольше, чем у детей от взрослых женщин. Острая фаза адаптации очень короткая именно у детей, подвергшихся внутриутробной гипоксии. Высокий процент гипоксий, перенесенных новорожденными у юных матерей — фактор высокого риска развития постгипоксической энцефалопатии. Кроме этого, у некоторых новорожденных наблюдались симптомы никотиновой и наркотической интоксикации.

Недоношенные новорожденные несовершеннолетних матерей часто имеют признаки внутриматочной гипотрофии, внутриутробного инфицирования, проявления гипертензивного и геморрагического синдрома [4]. Дети несовершеннолетних матерей имеют повышенный риск развития отклонений в нервно-психическом развитии. Отмечается задержка по возрасту в развитии психомоторных навыков, задержка физического и психического развития и нарушения в поведении, выравнивание физического развития наблюдается к концу третьего года жизни.

Показатель общей заболеваемости детей первого года жизни, родившихся у матерей в возрасте до 18 лет, значительно выше, чем у детей взрослых матерей 20-25 лет. В структуре заболеваемости детей первого года жизни наибольший удельный вес занимает класс болезней органов дыхания, особенно простудные заболевания; на втором месте — класс болезней «расстройства питания и нарушения обмена веществ»: (рахит, аллергический дерматит, гипотрофия). При этом гипотрофия в первом полугодии преобладает над другими заболеваниями и расстройствами обмена веществ, что связано с неопытностью и неподготовленностью юной матери по вскармливанию ребенка; на третьем месте — инфекционные и паразитарные болезни, в основном, кишечные инфекции с синдромами диареи и интоксикации.

Таким образом, на развитие и заболеваемость детей несовершеннолетних женщин отрицательное воздействие оказывают: функциональная незрелость юных матерей, низкий уровень их соматического и репродуктивного здоровья, осложненное течение беременности и родов, социально-экономическая неустойчивость и психологическая неустойчивость. Эти факторы способствуют нарушениям внутриутробного и постнатального развития детей, их повышенной заболеваемости и смертности.

## **Выводы:**

1. Репродуктивное поведение современных подростков характеризуется снижением возраста сексуального дебюта ( $12,3 \pm 0,8$  лет), ослаблением брачно-семейных отношений, низкой сексуальной культурой. Сниженная частота использования современных методов контрацепции (50,0%) приводит к росту числа беременностей среди несовершеннолетних. Наступившая беременность является нежелательной в 10,2% случаев и прерывается абортom. 84,0% беременных подростков принимают решение о сохранении беременности и рождении ребенка.
2. Юный возраст беременных достоверно чаще увеличивает риск осложненного течения последующей гестации (угроза прерывания, гестоз, перенашивание) и ее тяжести. Факторами его являются: нежелательность настоящей беременности, поздняя явка в женскую консультацию, редкое посещение врача во время антенатального наблюдения. Беременность у подростков характеризуется достоверным увеличением осложнений беременности: ОПГ-гестозы (70%), угроза прерывания (67%), и преждевременные роды (12%). Высокая частота осложнений беременности в 3,5 раза увеличивает риск развития хронической фетоплацентарной недостаточности, приводящей к уменьшению маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровообращения, ВЗРП. У юных беременных чаще (17,4%) наблюдаются осложнения в родах.
3. Состояние новорожденного зависит от возрастной зрелости юного организма девочки-подростка. Так, новорожденные юных матерей достоверно чаще ( $p < 0,001$ ) рождаются с признаками морфо-функциональной незрелости (20%), в 3 раза чаще - в состоянии асфиксии (45%). Часто (6,4%) эти дети переводятся на второй этап выхаживания.
4. Для прогноза осложнений и выбора рациональной тактики ведения беременности и родов у несовершеннолетних целесообразно

руководствоваться возрастным критерием, предпочтительно по трем периодам (14-15, 16-17), оценкой физического состояния здоровья юной женщины и ее социально-психологического статуса. Подростки, решившие сохранить беременность, должны быть выделены в группу высокого риска преждевременных родов, гестоза, развития фетоплацентарной недостаточности и рождению маловесных детей, а их дети - в группу высокого риска по развитию неонатальной и младенческой заболеваемости.

### **Заключение**

При развитии ранней беременности наблюдаются неблагоприятные последствия выполнения репродуктивной функции за счет возникновения большого числа осложнений беременности, крушение надежд на получение благополучия, создание карьерного роста, материального благополучия, создание семейных отношений, значительно снижается собственная самооценка, что нарушает реализацию индивидуальной генетической программы развития организма девочки - подростка.

Частая патология, с которой сталкиваются девочки - подростки во время беременности это такие как, анемия (78%), гестоз (76,55%), ФПН (76%).

В родах бывают такие осложнения как, аномалий родовой деятельности (37,2%), несвоевременного излития околоплодных вод (45,3%), кровотечений в родах и раннем послеродовом периоде, травматизма мягких родовых путей (25,5%), оперативного вмешательства (17%), гнойно-инфекционных послеродовых заболеваний (71,7%).

Беременность протекает на фоне экстрагенитальных патологий 81%, среди которых преобладает анемия. Анемия встречается у половины беременных (50,5%), пиелонефрит у каждой десятой (13%). Из анализа структуры генитальных заболеваний показывает преобладание ИППП. ЦМВИ встречается у каждой третьей девочки в подростковом периоде (33 %). У каждой пятой выявлен ВПГ - 19,5 %. На третьем месте хламидиоз - 8,5 %.



Так же анализ особенности течения беременности у девочек в подростковом периоде показывает, что почти у каждой третьей встречается ФПН (11,5 %). У каждой десятой, беременность осложняется поздним гестозом (10%) и патологией околоплодных вод (9%).

Анализ исходов родов у девочек в подростковом периоде показывает, что роды в 92,5% являются своевременными и 7,5 % - преждевременные. Тем самым из анализа следует, что преимущественно преобладают роды через естественные пути (78,5 %), на долю оперативных приходилось 21,5%. А структура оперативных вмешательств у девочек в подростковом периоде показывает, что каждая шестая использует операции подготавливающие родовые пути (62,5 %). На втором месте идет родоразрешающие операции (25,5 %), и 2,5 % приходится на операции в III периоде родов и раннем послеродовом. Анализ структуры осложнения родов показывает, что ДИОВ идет на первом месте как осложнение родов у девочек в подростковом периоде (17%). Далее следует отметить, что слабость родовой деятельности - 15,5%, анатомически суженные тазы составляют 10,5 %.

Из всего этого сделали анализ характеристики новорожденных. Что показывает ЗВУР встречается у каждой десятого новорожденного (11%), тем самым объясняет ХВГП на фоне ФПН.



## Список литературы

1. Брюхина Е.В., Мазная Е.Ю., Рыбалова Л.Ф. Репродуктивное поведение молодежи. Материалы XVIII Российского форума «Мать и дитя»; 2016; Москва.
2. Гайдуков С.Н., Бурмистрова Р.П., Хащенко В.И. Особенности течения беременности и родов у женщин группы медико-социального риска. Гигиена, экология и репродуктивное здоровье подростков 2015; 40-41.
3. Галин А.П. Медицинские, социальные и психологические проблемы аборта у юных женщин (возможности реабилитации): автореф. кан. мед. наук. Ижевск, 2014.
4. Гуркин Ю.А., Суслопарова Л.А., Островская Е.А. Основы ювенильного акушерства. СПб., 2014. 351 с.
5. Загорельская Л.Г. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у девочек подросткового возраста в зависимости от состояния их здоровья: автореф. дис. канд. мед. наук. Уфа, 2015.
6. Каюпова Г.Ф., Кулавский В.А. Течение и исход ювенильной беременности с гестозом. Материалы 4-й Всерос. конф., по детской и подростковой гинекологии; 2013; М.
7. Мальцева Л.И., Идиатуллина И.Э, Лобова Л.А. Особенности течения беременности, родов и раннего послеродового периода у юных женщин с микоплазменной инфекцией. Тезисы «Современные проблемы перинатологических инфекций»; 2013; Казань.
8. Синчихин С.П., Коколина В.Ф., Мамиев О.Б. Беременность и роды у несовершеннолетних. Педиатрия 2013; 3: 93-96.
9. Тютюнник В.Л., Зайдиева З.С., Бурлев В.А. Особенности течения беременности и исход родов при хронической плацентарной недостаточности и инфекции. Проблема репродукции 2014; 4: 41-45.
10. Хамошина М.Б., Кайгородова Л.А., Котик Е.А. Особенности ведения родов у юных женщин. Материалы II Российского форума «Мать и дитя»; 18-22 сентября; 2000; Москва.

## Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная программой производственной практики «Производственная клиническая практика модуль Акушерство (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа)» обучающегося 4 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия

3 группы

Гавриленко Сергея Владимировича

на тему:

**« Особенности течения беременности и родов в подростковом периоде: медицинский и социально-психологический аспект проблемы»**

Научно-исследовательская работа выполнена в соответствии с требованиями написания НИР при прохождении производственной клинической практики по акушерству. Данное исследование имеет четкую структуру и состоит из введения, основной части, заключения, списка литературы.

Работа написана грамотным научным языком. Тема является актуальной в современном акушерстве. Четко сформулирована цель, поставлены конкретные задачи. Введение достаточно содержательное и емкое. В результате четкого изложения цели работы в основной части научно-исследовательской работы присутствует логичность, четкость, последовательность. Наличие ссылок показывает детальную работу с научной литературой.

Список литературы включает разнообразные источники оформленные в соответствии с требованиями.

В целом работа заслуживает отличной оценки.

**Оценка 91 балл (отлично)**

РЕЦЕНЗЕНТ:  (Солтыс П.А.)