

Сид (925.)
асс. Мичурин ИИ

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии.

НИР на тему:

**« Особенности течения беременности и родов у подростков:
медицинский и социально-психологический аспект проблем. »**

Выполнила:
студентка 4 курса
педиатрического факультета
7 группы Кучеренкова Н.В.

Содержание

Введение.....	3
Анатомо-физиологические особенности организма девочки-подростки в период полового созревания.....	4
Особенности течения беременности у девочек в подростковом периоде....	6
Особенности течения родов у девочек в подростковом периоде.....	10
Заключение.....	12
Литература.....	13

Введение.

Подростковая беременность - это проблема многосторонняя - родительская, медицинская, общественная. 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.

Распространённость беременности у юных варьирует от 12 на 1000 женщин в возрасте 15-17 лет в развитых странах, до 102 на 1000 - в России.

Примерно 30% подростковых беременностей заканчиваются абортами, 56% - родами и 14% - выкидышами.

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

Беременность и роды в юном возрасте связаны с большой нагрузкой на незрелый организм подростка. За последнее десятилетие общее соматическое и репродуктивное здоровье подростков ухудшилось. Около 75-86% девушек имеют хронические соматические заболевания, 10-15% -- гинекологические расстройства, ограничивающие их фертильные возможности. Естественно, что в таких условиях и на фоне низкого уровня соматического здоровья несовершеннолетних гестационный процесс протекает со значительным количеством осложнений, неблагоприятно отражающихся на состоянии юной женщины, её плода и новорождённого.

Анатомо-физиологические особенности организма девочки-подростки в период полового созревания.

В период внутриутробного развития у девочки происходит образование и развитие половой системы (яичники формируются в 5-9 недель, матка- 6-9, трубы- 6, шейка и влагалище в 9-16 недель беременности). Уже к 8-й неделе внутриутробного развития в эмбриональных зачатках яичников образуются овогонии- будущие яйцеклетки. В процессе дальнейшего внутриутробного развития девочки овогонии превращаются в первичные фолликулы (пузырьки, содержащие внутри яйцеклетки). Таких фолликулов несколько миллионов. Однако к моменту рождения девочки количество их сокращается до 400--500 тысяч.

Период детства. Впервые дни после рождения у девочек может проявиться так называемый половой криз - кровянистые выделения из влагалища, набухание грудных желёз. В дальнейшем наступает относительный покой в деятельности половой сферы. Происходит постепенный рост и развитие наружных и внутренних половых органов. В этот период они сохраняют строение, типичное для детского возраста: шейка матки крупнее самого тела матки, маточные трубы извитые, физиологическая функция яичников отсутствует, вторичных половых признаков нет, хотя в отличие от раннего детского возраста (1-2 года) внешний вид девочки и мальчика, даже одинаково одетых и причёсанных, позволяет судить об их половой принадлежности. Этот период продолжается от момента рождения до 9-10 лет.

Период полового созревания. Период полового созревания - это критический период постнатального развития женского организма, когда формируются связи, обеспечивающие взаимодействие пяти основных уровней репродуктивной системы, происходит интенсивное развитие и систематизация подкорковых структур мозга, ответственных за гормональную регуляцию жизнедеятельности организма.

У девочек он продолжается с 9-10 до 15-16 лет. В этот период увеличивается выработка половых гормонов и происходит быстрый рост органов половой системы. Тело матки становится крупнее шейки, маточные трубы утрачивают извитость, появляются и развиваются вторичные половые признаки. Тело принимает очертания, характерные для женщины: относительно широкий таз, отложение жира на бёдрах, плечевом поясе и других местах по женскому типу, оволосение лобка, появление волос в подмышечных впадинах, изменение голоса, формирование грудных желёз, развитие половых органов и др. В этот период начинается созревание фолликулов и овуляция (выброс зрелых яйцеклеток). К 12-13 годам, как правило, устанавливаются регулярные менструации. Девочка может стать матерью. Рост также является одним из показателей процесса полового созревания и развития. У девочек примерно к 10-12 годам он немного замедляется, а потом совершает резкий скачок. Первая менструация, менархе, происходит тогда, когда рост уже стабилизировался и продолжается с небольшой скоростью.

Менархе (греч. мен - месяц + arche - начало), первая менструация; главный признак полового созревания женского организма, указывающий на способность организма к беременности.

Она начинается у большинства девочек в 12-13 лет, и время наступления зависит от целого ряда факторов: физического развития организма, питания, перенесённых заболеваний, социально-бытовых условий и т. д. Более раннее начало менархе (8-9 лет) свидетельствует о преждевременном половом созревании или о развитии гормонально-активной опухоли яичника.

Наступление менархе позднее 14-15 лет, и, тем более, ее отсутствие, является поводом для обязательного посещения врача. Но иногда эта задержка может быть связано с поздним наступлением менархе у матери, особенностями строения тела (у девочек, расположенных к полноте, наступает раньше, чем у худощавых), влиянием интенсивных спортивных занятий (например, занятия спортивной гимнастикой тормозят наступление менархе, плавание - ускоряет) и др.

Период полового созревания носит индивидуальные особенности. Некоторые девушки к 15 годам имеют сформировавшуюся грудь и установившийся менструальный цикл, а у других - только прошла менархе и молочные железы развиты слабо. Существует совпадение временных рамок полового развития у матери и у дочери. Кроме того, на положительную динамику развития женского организма оказывает огромное влияние регулярное сбалансированное питание, отсутствие сильных эмоционально-психологических потрясений и стрессов.

К концу периода полового созревания (к 16-17 годам) у девочки в норме должны оформиться грудные железы, закончиться оволосение лобка и подмышечной впадины, установиться регулярные менструации и, как правило, приостановиться рост тела.

Сложные процессы, протекающие в организме в период полового созревания, особенно в переходный возраст (от 16 до 18 лет), вызваны не только изменениями в половых органах. Усиленно развивается весь организм подростка, перестраивается деятельность его нервной системы, изменяется психика. Это период перехода к наступлению половой зрелости, расцвету половой и детородной функции.

Особенности течения беременности у девочек в подростковом периоде.

Эта проблема с годами не теряет своей актуальности. И даже более того, сегодня, эта проблема находится на пике своей актуальности.

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. Частота беременности у подростков за последние 20 лет возросла во многих странах и имеет выраженную тенденцию к дальнейшему увеличению.

Подростковый возраст начинается примерно с десяти лет и длится до восемнадцати. Беременность, которая наступает в период между тринадцатью и шестнадцатью годами называется подростковой.

Такой вид беременности - это не просто угроза для развития и здоровья будущего малыша, это еще и угроза жизни для молодой матери. Ведь во время беременности материнский организм претерпевает множественные изменения и перестройки. И все это, соответственно сказывается крайне негативно на детском - подростковом организме. Ведь только сейчас, в нем начался процесс становления менструального цикла, созревания, репродуктивная система еще только продолжает свое формирование, и костная так же еще не окончила этот процесс. Поэтому ранняя беременность или подростковая - это крайне опасно, и не только осложнениями и последствиями, но и нарушением развития и становления подросткового организма.

Частота беременностей у подростков в разных государствах мира отлична друг от друга. И наиболее часто этот феномен встречается именно в социально развивающихся странах. Правда, в странах с развитой и стабильной экономикой, наиболее часто встречаются девочки-подростки, не состоящие в браках.

Согласно статистическим данным первое место по подростковым беременностям принадлежит России, а второе Америке.

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 распушенности, конечно, способствует широкое распространение наркотиков, алкоголя, эротическая и порнореклама, и, безусловно, присущее молодому и подростковому возрасту желание выделиться, отличаться.

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, большой 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.

Наблюдаются определенные сложности и в течении самой подростковой беременности:

- обычно подростковая беременность сопровождается ярко выраженным токсикозом, низкой прибавкой в весе, гипертонией и железодефицитной анемией;
- у юных беременных женщин самый высокий уровень риска развития плацентарной недостаточности, преэклампсии, предлежания плаценты, выкидышей, внутриутробной плодной гипоксии, преждевременных родов;
- подростковая беременность нередко при родоразрешении способствует разным аномалиям, поскольку у юной матери в наличии физическая незрелость, то возникает огромный процент риска разрывов промежностей, шейки матки и кровотечений;
- при подростковой беременности вырастает уровень риска кесарево сечения при родах;
- дети, рожденные у подростков, как правило, имеют малый вес, отставание в физическом и психическом развитии.

Среди всех этих опасностей, подростковая беременность имеет одно значительное преимущество - отсутствие хронических заболеваний. А это весьма положительный факт, который имеет большое значение в течение беременности.

Отсюда можно сделать выводы, подростковая беременность не только медицинская, но и социальная проблема.

Особенности течения родов у девочек в подростковом периоде.

Течение и исходы родов существенно зависят от принадлежности девочки к определенной возрастной группе. Если в 14 лет и младше процент тяжелых осложнений велик (1-5), то в группе 15-17 лет процент осложнений резко снижается (1-2).

У рожениц в возрасте младше 14 лет можно очертить следующую структуру основных осложнений в родах:

- а) клиническое несоответствие между головкой плода и тазом матери;
- б) слабость родовой деятельности;
- в) травмы родовых путей;
- г) гипотоническое кровотечение (перечислены в порядке убывания).

В то же время у рожениц 15-17 лет структура осложнений несколько иная:

- а) быстрые роды;
- б) первичная слабость родовой деятельности;
- в) разрывы шейки матки и промежности;
- г) гипотоническое кровотечение.

Все юные первородящие должны быть включены в группу "высокого риска" по материнской и перинатальной смертности. Госпитализировать юных первородящих на роды следует в Перинатальные центры или в специализированные родильные дома, где персонал подготовлен к работе с данным контингентом беременных и рожениц.

В течение 6 и более месяцев после родоразрешения необходимо обеспечить наблюдение за несовершеннолетней не только врача акушера-гинеколога, но и семейного врача, терапевта, невропатолога и, по мере надобности, других специалистов. Женщинам, которым предстоит рожать впервые, очень важно знать о том, что родовой процесс делится на три периода.

Первый период самый долгий, характеризуется сильными маточными сокращениями. Сначала продолжительность схваток от 30 до 40 секунд, а интервал между ними - 15-20 минут. Чем ближе момент родов, тем продолжительнее и сильнее схватка (1-2 минуты), а промежуток времени между ними - все меньше (3 минуты). В это время происходит раскрытие шейки матки. У первородящих этот период длится намного дольше, чем у повторнородящих: от 8 до 24 часов.

Второй период родов начинается потугами и заканчивается изгнанием плода, то есть рождением ребенка. Потуги происходят одновременно со схватками и способствуют тому, что плод начинает двигаться по родовому каналу к выходу. В это время очень важно четко выполнять указания акушерки, которая следит за процессом.

Третий период - послеродовой. Через 10-15 минут после рождения ребенка происходит рождение плаценты или, как ее называют, последа. Как только это произошло, роды считают состоявшимися, а роженицу называют матерью.

Продолжительность первых родов всегда дольше, чем последующих. Как правило, она занимает от пятнадцати до двадцати часов.

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, гестоз, ФПН.

В родах бывают такие осложнения как, аномалий родовой деятельности, несвоевременного излития околоплодных вод, кровотечений в родах и раннем послеродовом периоде, травматизма мягких родовых путей, оперативного вмешательства, гнойно-инфекционных послеродовых заболеваний.

Причиной частого развития осложнений во время беременности и родов у подростков является, низкий гормональный фон, незрелость шейки матки вследствие замедленного формирования биологической готовности организма несовершеннолетних к родам.

Литература

1. Гуркин Ю.А., Суслопаров Л.А., Островская Е.А. Основы ювенильного акушерства. - СПб.: Фолинт, 2015. -256 с.
2. Дынник В.А., Сулима Т.Н. Характер гипоталамо-гипофизарно-гонадных взаимоотношений при различных клинических вариантах течения пубертатных маточных кровотечений 2016. - № 3. с. 102.
3. Загорельская Л.Г., Динамика состояния здоровья у юных женщин во время беременности и родов // Мать и дитя М.- 2014.- 58-59 с.
4. 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»; 2016; Казань.
5. Николаева Л.Б., Ушакова Г.А. Первая беременность и первые роды: 2015. - 264 с.
6. Синчихин С.П., Коколина В.Ф., Мамиев О.Б. Беременность и роды у несовершеннолетних. Педиатрия 2014. - 93-96 с.
7. Чегулина О.В., Нарова Е.В. Медико-социальный взгляд на проблему репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения девочек - подростков в Российской Федерации // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2014. - №5 - 6-11 с.

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

7 группы

Кучеренковой Натальи Васильевны

на тему:

«Особенности течения беременности и родов у подростков: 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 92 балла (отлично)

РЕЦЕНЗЕНТ:  (Мигулина Н.Н.)