

ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра акушерства и гинекологии

Научно-исследовательская работа на тему:

Особенности течения беременности и родов у подростков: медицинский и
социально-психологический аспект проблемы.

Выполнил:

Студент 4 курса 4 группы

Педиатрического факультета

Ладейщиков Александр Юрьевич

04.04.18.
Хар. 1815
(недостатки:
сформированы,
список
мет-роз) асс. Сау. Соколов Т.А.

Волгоград, 2018г.

Содержание

1. Введение.....	3
2. Классификация.....	6
3. Особенности течения беременности у девочек в подростковом периоде...9	
4. Особенности течения родов у девочек в подростковом периоде.....10	
5. Диагностика.....	12
6. Ведение подростковой беременности.....	13
7. Прогноз и профилактика.....	14
8. Заключение.....	14
9. Список литературы.....	16

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. «Вынужденное подростковое материнство», характерное в течение длительного времени для различных стран мира (до 15 млн. ежегодно), стало типичным и для России: сегодня 14–15% всех родов происходят у матерей 15–17 лет. Примерно 30% подростковых беременностей заканчиваются абортами, 56% — родами и 14% — выкидышами. (Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М. Акушерство Национальное руководство. 2011. 1200 с.)

Ежегодно в возрасте 15 лет рожают около 1,5 тыс. матерей, 9 тыс. — в 16 лет и свыше 30 тыс. — до достижения 17 лет. Показатели МС (35,04 на 100 тыс. родившихся живыми) среди подростков в 5–8 раз выше, чем в общей популяции. Внебрачная рождаемость в группе юных женщин составляет 60,7–68,7%; среди матерей, отказывающихся от своих детей, несовершеннолетних от 52,3 до 63,8%. В социальной структуре юных матерей значительная доля 72% принадлежит домохозяйкам и учащимся ПТУ и школ. Около 13% матерей подростков имеют вредные привычки (курение, употребление алкоголя).

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 (Шадчнева Е. В. Особенности течения беременности и родов у подростков. Москва, 2009.- 20 с.).

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

расстройств, 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. (Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М. Акушерство Национальное руководство.2011. 1200 с.)

Чаще всего беременность в юном возрасте — результат внебрачной связи, сопряжённый со сменой половых партнёров, поэтому во время беременности в этой возрастной группе в 1,5 раза чаще регистрируют кольпиты. Кроме того, в сроке 24–35 недель практически у половины возникают инфекционно-воспалительные процессы, локализующиеся в большинстве случаев в урогенитальном тракте и коже (пидермии).

Анемия у юных занимают ведущее место по частоте среди всех осложнений, и диагностируется у большинства беременных 78%. В группе 14-15 лет в 60% случаев отмечается ранний токсикоз (Брюхина Е.В., Мазная Е.Ю., Рыбалова Л.Ф. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода в подростковом возрасте.2011; Москва).

Второй по частоте патологией является гестоз 76,55 % (Гуркин Ю.А., Суслопарова Л.А., Островская Е.А. Основы ювенильного акушерства. СПб, 2011. 351 с.). Отмечается более ранним возникновением симптомов гестоза у юных пациенток (на 2 недели раньше). ФПН в структуре патологии беременности занимает третье место 76,0% (Тютюнник В.Л., Зайдиева З.С., Бурлев В.А. Особенности течения беременности и исход родов при хронической плацентарной недостаточности и инфекции. Проблема репродукции 2012; 4: 41-45 с.), а угроза прерывания беременности составляет 49,9 % (Синчихин С.П., Коколина В.Ф., Мамиев О.Б. Беременность и роды у несовершеннолетних. Педиатрия 2012; 3: 93-96 с.).

Роды в подростковом возрасте отличаются более частым развитием различных осложнений: 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% (Хамошина М.Б., Кайгородова Л.А., Котик Е.А. Особенности ведения родов у юных женщин; 2010; Москва).

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

Эти проблемы диктуют необходимость изучения особенности течения беременности и родов у девочек – подростков и разработки комплексной системы медико-организационных мер, направленных на улучшение состояния здоровья юных беременных.

Подростковая беременность — проблема не только медицинская, но и социальная. В развитых странах ее распространенность достигает 12 случаев на 1 000 подростков, в России этот показатель в 8-9 раз выше. По данным ВОЗ, детей ежегодно рождает порядка 16 млн. девушек в возрасте 15-19 лет, что составляет до 11% всех родов в мире. 95% таких случаев выявляются в государствах с низкими и средними доходами населения. На уровень беременности подросткового возраста в значительной мере влияют национальные и религиозные традиции – в исламских государствах она встречается значительно реже. Согласно статистике, до 30% беременностей у девочек завершаются искусственным прерыванием, 14% — невынашиванием, 56% — родами. Две трети несовершеннолетних рожают вне брака. По социальному статусу 72% пациенток учатся в школе, ПТУ или являются домохозяйками.

Причины подростковой беременности

Физиологические возможности для оплодотворения яйцеклетки возникают у девочки после наступления первой менструации (менархе). Однако реальные причины ранней беременности связаны не с биологическим, а с социальным аспектом. Провоцирующие факторы в разных странах отличаются, во многом определяются уровнем экономического развития, организации образования и медицинской помощи, местными нормами и традициями. По мнению специалистов в сфере акушерства и гинекологии, наступлению беременности в подростковом возрасте способствуют:

- **Недостаточное сексуальное воспитание и просвещение.** Подростки не всегда в полной мере осведомлены о последствиях незащищенного секса, необходимости и правилах контрацепции. Это вызвано отсутствием целевых программ сексуального воспитания школьников, ханжеским отношением взрослых, примерами асоциального образа жизни, который ведут родители.
- **Сексуальная раскрепощенность.** 9 из 10 девушек получают первый сексуальный опыт в возрасте до 20 лет. Этому способствует доступность слабоалкогольных напитков, наркотических веществ, порнографических материалов. По результатам исследований, у подростков, которые смотрят телепередачи и фильмы с сексуальными сценами, риск ранней беременности возрастает вдвое.
- **Предубеждение к контрацепции.** В обществе все еще сохраняется стойкий стереотип о том, что использование мужских барьерных контрацептивов снижает остроту удовольствия и влияет на романтизм отношений. Как следствие, некоторые девочки и девушки в страхе потерять

партнеров стесняются обратиться к ним с просьбой о предохранении при помощи презервативов.

- **Сексуальное насилие.** Около 10% беременных подростков, не достигших 15 лет, сообщают о принудительном характере первых сексуальных отношений. Зачастую принуждение к сексу вызвано пребыванием девочки в неблагоприятном социальном окружении, гораздо реже оно является элементом шантажа со стороны партнера, который угрожает прекратить романтические отношения.

- **Плохое социально-экономическое положение.** Эта причина — одна из наиболее значимых для государств с низким уровнем дохода населения. Для части подростков финансовое пособие при рождении ребенка и социальная помощь, выделяемые до достижения им определенного возраста, становятся значимым аргументом в пользу раннего материнства, а иногда и единственным источником дохода.

Часть из указанных причин актуальна для бедных стран с высоким уровнем безработицы, недоступностью образовательных и медицинских услуг, низкими доходами. Однако увеличение частоты ранней беременности в развитых государствах свидетельствует о недостатках реализуемой государственной политики и отсутствии целевых усилий, направленных на решение данной проблемы.

Патогенез

Хотя в целом развитие подростковой беременности основано на тех же механизмах, что и обычной, оно имеет ряд особенностей, влияющих на течение гестационного периода и родов. В первую очередь эти особенности связаны с функциональной незрелостью половых органов и систем эндокринного регулирования. В подростковом периоде чаще отмечаются осложнения беременности, повышается вероятность травматизма в родах. Наступление гестации у подростка приводит к ускорению процессов полового и соматического созревания — размеры костного таза увеличиваются до типичных для 16-18-летних девушек, что в сочетании с достаточной гидрофильностью и эластичностью связочного аппарата делает более податливым костное кольцо.

Классификация

Особенности клинического течения беременности, родов несовершеннолетних первородящих и состояние новорождённых сопряжены с различной степенью биологической зрелости организма. Показатель последней — менструальный возраст (МВ).

По МВ, то есть числу лет от менархе до наступления беременности, юных беременных целесообразно разделить на следующие группы:

с МВ 1 год и менее;

с МВ 2 года;

с МВ 3 года и более.

Существует также классификация по возрасту:

до 9 лет — девочки с патологически ускоренным половым созреванием, «сверхюные первородящие»;

от 9 до 15 лет — нет полного полового созревания, «юные первородящие»;

от 15 до 18 лет — подростки, созревшие для выполнения репродуктивной функции.

В зависимости от состояния здоровья или особенностей поведения различают:

здоровые беременные подростки;

юные беременные с экстрагенитальной патологией;

беременные подростки с осложнённой беременностью.

В зависимости от обстоятельств наступления беременности:

юных первородящих беременных из полных и благополучных семей, считающих свою беременность желанной;

юных из неполных или неблагополучных семей с нежеланной беременностью;

юных с беременностью в результате изнасилования.

С девушкой в период полового созревания, необходимо заметить, что этот процесс 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. 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.

Симптомы подростковой беременности

Ключевым признаком наступившей гестации является отсутствие очередных месячных, хотя девочки с неустановившимся месячным циклом могут недооценить значимость этого симптома. О возможной беременности свидетельствует появление беспричинной тошноты и рвоты, изменение вкусовых и пищевых пристрастий, нагрубание груди, болезненность в сосково-ареолярной зоне. По мере роста матки учащаются позывы к мочеиспусканию, наблюдается прибавка веса и увеличение окружности живота. Для беременностей подросткового периода характерны внезапные резкие перепады настроения с эмоциональной лабильностью, плаксивостью, истериками. Часто девочки жалуются на непривычную сонливость, общую слабость и быструю утомляемость.

Осложнения

Вынашивание плода и роды оказывают повышенную нагрузку на незрелый подростковый организм. К тому же, в последние годы отмечается существенное ухудшение соматического и репродуктивного здоровья девочек – до 75-86% подростков страдают хроническими соматическими болезнями, от 10 до 15% имеют генитальную патологию, влияющую на фертильность. Как результат, подростковая беременность зачастую имеет осложненное течение. Несовершеннолетние беременные втрое чаще страдают терапевтически резистентной анемией. У каждой второй девочки возникает гестоз, который манифестирует в среднем на 12-14 дней раньше, преимущественно имеет среднетяжелое или тяжелое течение. Из-за наличия

сопутствующих генитальных инфекций в подростковой возрастной группе повышается вероятность развития внематочной беременности.

У забеременевших девочек менструального возраста 1-2 года чаще формируется фетоплацентарная недостаточность с гипоксией, антенатальным дистрессом и задержкой развития плода. Недостаточная секреция стероидов фетоплацентарной системой приводит к аномалиям родовых сил. При подростковом варианте беременности увеличивается риск самопроизвольных абортов, преждевременных родов. Гипоглобулинемия и недостаточный резервный потенциал фагоцитов провоцируют иммунную несостоятельность, которая проявляется учащением инфекционно-воспалительных процессов на гестационном и послеродовом этапах.

Течение родов напрямую зависит от менструального возраста несовершеннолетней. При МВ до 1-2 лет анатомическое или функциональное сужение таза наблюдается у 50-66% первородящих, чаще возникает тазовое предлежание, роды осложняются спастическими нерегулярными схватками в прелиминарном периоде, бурной родовой деятельностью, первичной слабостью родовых сил, травматизацией мягких тканей, гипотоническими послеродовыми кровотечениями, возникшими из-за патологического прикрепления плаценты. Девочки с 3-летним МВ зачастую рожают быстро или стремительно, у них определяются признаки первичной слабости или дискоординации родовой деятельности, наблюдаются разрывы родовых путей, особенно промежности и шейки матки. После родов у несовершеннолетних рожениц вдвое чаще выявляются послеродовые эндометриты, субинволюция матки, гипогалактия и агалактия.

Диагностика

Особенностью подростковой беременности является ее поздняя диагностика, связанная с тем, что до 35-55% девочек не подозревают, что вынашивают ребенка, или скрывают это. Зачастую подростки обращаются к акушеру-гинекологу только на поздних сроках, а 8-11% несовершеннолетних беременных вообще не становятся на учет. «Золотой» стандарт диагностики состояния основан на выявлении таких же предположительных, вероятных и достоверных признаков, как и во взрослой репродуктивной группе. Чтобы окончательно подтвердить беременность у девочки с задержкой менструации, проводят:

- **Осмотр на кресле**. При бимануальной пальпации определяется увеличение матки до вероятного гестационного срока, размягчение ее перешейка, повышенная подвижность шейки. Осмотр в зеркалах позволяет выявить возможные признаки генитальной инфекции (воспаление слизистой оболочки влагалища, выделения из цервикального канала).
- **Тест на беременность**. Лабораторная диагностика основана на определении в моче хорионического гонадотропина — специфического гормона, который начинает секретироваться со времени имплантации оплодотворенной яйцеклетки в матке. Современные струйные тесты отличаются высокой чувствительностью, а их достоверность достигает 99%.

- **УЗИ матки.** Сонографическое исследование является наиболее популярным и доступным методом, достоверно подтверждающим факт беременности у подростка. При помощи УЗИ в полости матки выявляются плод, плацента, оболочки. Регулярный скрининг позволяет динамично наблюдать за гестацией, а фетометрия — оценивать развитие плода.

Для исключения возможной инфекционно-воспалительной патологии половых органов выполняют микроскопию мазка из влагалища, бактериологический посев на питательные среды, TORCH-комплекс, РИФ, ИФА, ПЦР-диагностику. В последующем для раннего обнаружения признаков фетоплацентарной недостаточности рекомендована КТГ. Дифференциальная диагностика проводится с новообразованиями брюшной полости и малого таза, пороками развития матки, гипоталамо-гипофизарными расстройствами, первичной овариальной недостаточностью, обменно-эндокринными нарушениями при сахарном диабете, гипофункции и гиперфункции щитовидной железы, другими заболеваниями, сопровождающимися аменореей. По показаниям пациентку консультируют

подростковый педиатр эндокринолог, инфекционист, дерматолог, невропатолог, нейрохирург, психолог, психиатр.

Ведение подростковой беременности

После выявления гестации девочке-подростку, ее родственникам и сотрудникам медицинского учреждения необходимо определиться с целесообразностью вынашивания ребенка, тактикой ведения пациентки и оптимальным способом родоразрешения. Возможными вариантами решения проблемы с учетом всех возможных факторов и мнения беременной могут стать:

- **Искусственное прерывание беременности.** Девочке и ее родным необходимо разъяснить, что медикаментозный или хирургический аборт, проведенный в переходном возрасте, чаще осложняется травматическими повреждениями матки, воспалениями репродуктивных органов и нарушением овариального цикла. В будущем у таких пациенток повышается вероятность невынашивания беременности, бесплодия. Если девушка настаивает на прерывании беременности, вмешательство важно выполнить на более ранних сроках.

- **Вынашивание беременности с естественным родоразрешением.** Тактика ведения юных первородящих существенно не отличается от стандартных протоколов и предполагает своевременную коррекцию возникающих осложнений. Более чем в 90% случаев девочка подросткового возраста способна самостоятельно родить ребенка. Даже при анатомически узком тазе клиническое несоответствие между размерами головки плода и таза матери наблюдается только у 10% пациенток, что связано с частым наступлением преждевременных родов.

- **Вынашивание беременности и кесарево сечение.** Решение об операции в каждом случае принимается индивидуально, а юный возраст больной не стоит воспринимать как препятствие для своевременного

хирургического вмешательства. Показания для оперативного родоразрешения у рожениц подросткового возраста такие же, как у взрослых женщин. Кесарево сечение выполняют при выявлении устойчивых к консервативной терапии аномалий родовой деятельности, клинически узкого таза, признаков интранатальной гипоксии плода.

При ведении девочки, вынашивающей ребенка, акушер-гинеколог уделяет внимание, как медицинским аспектам беременности, так и коррекции способа жизни пациентки. Поскольку представительницы подростковой возрастной группы зачастую питаются нерегулярно и несбалансированно, проводится разъяснительная работа о важности рациональной диеты и соблюдения режима приема пищи. Особое внимание уделяется обсуждению вопросов курения, употребления алкоголя и наркотических веществ, профилактике инфекций, передающихся половым путем, психопрофилактической подготовке к предстоящим родам. Учитывая повышенный риск развития осложнений в родах, беременным подросткового возраста показана госпитализация в высококвалифицированные акушерские стационары на 37-39 неделе гестационного срока.

Прогноз и профилактика

Прогноз при правильном ведении подростковой беременности и выборе оптимального метода родоразрешения благоприятный. Средняя продолжительность гестации в подростковой группе короче, чем у взрослых, и составляет в среднем 37,9 недели. Обеспечение адекватного медицинского сопровождения позволяет существенно снизить риски возможных осложнений. Профилактические мероприятия должны быть направлены на предупреждение раннего начала половой жизни, использование контрацептивов, целенаправленную просветительскую работу со школьниками и особенно девочками из групп риска (проживающими в асоциальных семьях, употребляющими алкоголь и наркотики).

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%).

Анализируя течение беременности и родов у девочек в подростковом периоде по материалам ГАУЗ РПЦ города Улан-Удэ за 2014 - 2015 годы показал, что преобладают беременность и роды у девочек 17 лет (60%). Большинство девочек проживают в сельской местности (85%). Каждая третья является домохозяйкой (41%) и большинство без брака (96%). Преобладают первородящие на долю повторнородящих (97%).

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. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М. Акушерство Национальное руководство. 2011. -1200 с.
2. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков. - М.: МИА, 2013. -324 с.
3. Брюхина Е.В., Мазная Е.Ю., Рыбалова Л.Ф. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода в подростковом возрасте. Материалы II Российского форума «Мать и дитя»; 2013; Москва.
4. Брюхина Е.В., Мазная Е.Ю., Рыбалова Л.Ф. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода в подростковом возрасте // Тезисы докладов IV Всероссийской конференции по детской и подростковой гинекологии. – М., 2014. – 156-157 с.
5. 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. 2013. - 40-41 с.
6. Галин А.П. Медицинские, социальные и психологические проблемы аборта у юных женщин (возможности реабилитации): автореф. дис. к-та мед. наук. Ижевск, 2014.
7. Гуркин Ю.А., Сулопаров Л.А., Островская Е.А. Основы ювенильного акушерства. – СПб.: Фолинт, 2013. -256 с.
8. Дынник В.А., Сулима Т.Н. Характер гипоталамо-гипофизарно-гонадных взаимоотношений при различных клинических вариантах течения пубертатных маточных кровотечений / В.А. Дынник, Т.Н. Сулима // Журн. Акушерство и гинекология. 2013. – № 3. с. 102.
9. Еремягин А.И. Физиология полового развития женского организма в предпубертатный и пубертатный период // Здоровье подростков на пороге XXI века: Тез. докл. науч.-практ. конф. – СПб. 2013 г – 72 с.
10. Загорельская Л.Г., Шестакова В.Н., Иванян А.Н. и др. Динамика состояния здоровья у юных женщин во время беременности и родов // Мать и дитя: Материалы III Российского форума. – М.- 2013.- 58-59 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 4 группы

Ледейщикова Александра Юрьевича

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, но оформлен не в соответствии с требованиями.

В целом работа заслуживает хорошей оценки.

Оценка 81 баллов (хорошо)

РЕЦЕНЗЕНТ:  (Солтыс П.А.)