

МИНИСТРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РЕСПУБЛИКИ САХА
(ЯКУТИЯ) ГБПОУ «ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Допущен(а) к защите

Зам. Директора по УР



ДЬЯЧКОВСКАЯ АЛЕНА ВАСИЛЬЕВНА
**ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ
У ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ БЕРЕМЕННЫХ**

Выпускная квалификационная работа
по специальности 31.02.02 «Акушерское дело»

Руководитель: Иванова Евдокия Александровна

Якутск 2021

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА I: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ДЕВОЧЕК В ПОДРОСТКОВОМ ПЕРИОДЕ	7
1.1 Анатомо-физиологические особенности организма у юных девочек	7
1.2 Особенности ведения беременности и родов у девочек в подростковом периоде	10
1.3 Наиболее востребованные методы профилактики беременности среди подростков.....	16
ГЛАВА II: Анализ ведения и течения беременности и родов у юных первородящих беременных по статистическим данным ГАУ РС(Я) «Медицинского центра г. Якутска» ЦОЗСиР	26
ВЫВОДЫ	33
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	34
Список использованной литературы:	35

ВЕДЕНИЕ

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.

Частота беременности у подростков за последние 20 лет возросла во многих странах и имеет тенденцию к дальнейшему увеличению. Ежегодно в Республике Саха (Якутия) рожают множество подростков, это составляет 1,5-4% по отношению ко всем беременным женщинам (по г. Якутску - 3,5%). В последние годы частота беременностей у юных родящих возрастает, поскольку увеличивается половая активность подростков. Как правило, ранняя беременность является в 50-60% случаев незапланированной и в 30-40% нежелательной, а потому чаще завершается искусственным прерыванием. Каждый аборт производится у лиц моложе 18 лет.

Проблема ранней беременности носит социальный характер, ее суть не в том, что девушка не достигла совершеннолетия на момент зачатия ребенка, а в том, что ранняя беременность очень опасна, как для неокрепшего организма девушки, так и для будущего ребенка. Из-за ранней беременности девочки не заканчивают среднее общеобразовательное учреждение, переносят моральный и психологический стресс.

Беременная девочка-подросток и ее нерожденный ребенок находятся в группе особого риска.

Недостаток наблюдения и помощи. Беременная девочка-подросток - особенно если ее не поддерживают родители - находится в группе риска не получения необходимой преродовой помощи и наблюдения. В данном случае пренатальная помощь крайне важна, особенно в первые месяцы

беременности. Пренатальное наблюдение позволяет выяснить состояние здоровья будущей матери и ребенка, контролировать состояние ребенка, позволяет быстро реагировать на любые изменения в состоянии здоровья обоих. Пренатальные витамины с фолиевой кислотой – прием которых следует начать до оплодотворения – помогают предотвратить врожденные дефекты у малыша, например, дефекты спинного мозга.

Повышенное кровяное давление. Беременные подростки находятся в группе риска повышения кровяного давления по сравнению с беременными в возрасте 20-30 лет. Среди них существует также риск развития преэклампсии (позднего токсикоза беременных), при которой повышается кровяное давление и уровень протеина в моче, опухают руки и лицо, повреждаются внутренние органы. В случае развития данных осложнений у беременной девочки-подростка, ей понадобятся препараты для контроля состояния здоровья. Осложнения могут также негативно сказаться на развитии плода, привести к более серьезным осложнениям, например, преждевременным родам.

Преждевременные роды. Беременность длится 40 недель. Преждевременными называют роды, которые случаются до 37-й недели. В некоторых случаях преждевременные роды останавливают при помощи медицинских препаратов и постельного режима. Иногда роды необходимо вызвать ранее запланированного времени для того, чтобы сохранить здоровье матери или ребенка. Чем раньше срока рождается ребенок, тем больше у него шансов развития заболевания дыхательной, пищеварительной систем, осложнений со зрением и познавательной способностью.

Недоношенный ребенок. Подростки находятся в группе повышенного риска рождения недоношенного ребенка. Недоношенные дети, как правило, имеют меньшую массу тела, чем рожденные во время. Это частично обусловлено тем, что у ребенка меньше времени на развитие и рост. Недоношенный ребенок весит в пределах 1,5-2,5 кг, в особо тяжелых случаях

– мене 1,5 кг. Многим недоношенным малышам после рождения нужна особая медицинская помощь, например, присоединение к аппарату искусственной вентиляции легких.

Венерические заболевания. Среди подростков, которые занимаются сексом, венерические заболевания (ВИЧ, хламидиоз) являются распространенным явлением. Использование презерватива помогает предотвратить заражение венерическими заболеваниями, которые крайне осложняют беременность. Они могут передаваться ребенку, попав в матку.

Послеродовая депрессия. У подростков часто развивается послеродовая депрессия. Девочкам, которые чувствуют подавленность и грусть, следует обратиться к врачу за консультацией и помощью, или же к любому человеку, которому они доверяют. Депрессия может помешать заботиться о новорожденном, а также нарушить развитие матери, однако, депрессию можно вылечить.

Актуальность:

Проблема подростковой беременности и родов актуальна во всем мире. Сегодня по всему земному шару рожают более 15 миллионов подростков, а еще 5 миллионов вынуждены прибегать к прерыванию беременности. В связи с этим возникает необходимость изучения и осмысления такого явления как несовершеннолетнее материнство.

Цель:

Изучение особенности ведения беременности и роды у юных первородящих беременных

Задачи:

1. Изучить особенности ведения беременности и родов у девочек в подростковом периоде
2. Установить перечень наиболее востребованных методов профилактики беременности среди подростков
3. Анализировать особенности ведения беременности и родов у юных первородящих беременных по статистическим данным с 2018 по 2020г
ГАУ РС(Я) «Медицинского центра г. Якутска» ЦОЗСиР

Объект исследования: Беременность и роды у девочек в подростковом периоде

ГЛАВА I: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ДЕВОЧЕК В ПОДРОСТКОВОМ ПЕРИОДЕ

I.1 Анатомо-физиологические особенности организма у юных девочек

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 - 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).

Классификация. Особенности клинического течения беременности, родов несовершеннолетних первородящих и состояние новорождённых сопряжены с различной степенью биологической зрелости организма. Показатель последней - менструальный возраст (МВ). По менструальным возрастом, 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: 1. до 9 лет - девочки с патологически ускоренным половым созреванием, «сверхюные первородящие»; 2. от 9 до 15 лет - нет полного полового созревания, «юные первородящие»; 3. 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; - 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. [10 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.

1.2 Особенности ведения беременности и родов 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. Опасность подростковой беременности 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.

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.

- 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.

- 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, отличаться.

- Третья причина 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.

- Четвертая причина подростковой беременности - насилие. В данном случае этот термин носит более широкий характер, нежели просто сексуальное насилие. Постоянное избивание 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.

- Пятая 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.

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

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

- a) клиническое несоответствие между головкой плода и тазом матери;
- b) слабость родовой деятельности;
- c) травмы родовых путей;
- d) гипотоническое кровотечение (перечислены в порядке убывания).

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

- a) быстрые роды,
- b) первичная слабость родовой деятельности,
- c) разрывы шейки матки и промежности,
- d) 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 родить 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.

Беременность у девочек в подростковом периоде 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. 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. 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 у девочек в подростковом периоде часто имеют признаки внутриматочной гипотрофии, внутриутробного инфицирования, проявления гипертензивного и геморрагического синдрома. 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 17 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 рожденных у девочек в подростковом периоде 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.

1.3 Наиболее востребованные методы профилактики беременности среди подростков

Термин «профилактика» обычно ассоциируется с запланированным предупреждением какого-то неблагоприятного события, то есть с устранением причин, способных вызвать те или иные нежелательные последствия. Профилактика ранней беременности – это комплекс мероприятий, направленный на предупреждение причин возникновения нежелательной беременности у подростков.

Задача профилактики ранней беременности – снизить уровень подростковой беременности, защитить как можно больше подростков.

Для этого используются следующие методы:

- убеждение подростков пользоваться средствами контрацепции;
- изменение отношения подростков к началу ранней сексуальной жизни;
- выработка отрицательного отношения подростков к абортам;
- выработка чувства ответственности подростков за свое репродуктивное здоровье;
- пропаганда здорового образа жизни.

Первичная профилактика подразумевает создание эффективных программ по отсрочке начала половой жизни у девушек, направленных на обучение безопасному сексуальному поведению, умению сказать «нет», увеличение доступа к контрацептивам.

Вторичная профилактика – это предупреждение последующих беременностей и родов у подростков путём длительного до 1–2 лет наблюдения за юными матерями с индивидуальным подбором адекватных методов контрацепции.

Важное значение имеет половое воспитание — это комплекс воспитательных и просветительных воздействий на ребёнка, направленных на приобщение его к принятой в обществе системе половых ролей и взаимоотношений между полами в общественной и личной жизни. Половое воспитание в широком смысле совпадает с процессом половой социализации. В узком смысле понимается как подготовка ребёнка к сексуальной жизни. Однако понятие полового воспитания у разных исследователей имеет различную трактовку. Д.В. Колесов определяет половое воспитание как «процесс, направленный на выработку качеств, черт, свойств, а также установок личности, определяющих необходимое обществу отношение человека с представителями другого пола». По мнению М.Р. Битяновой, «половое воспитание есть особая часть нравственного воспитания. Его специфический предмет — воспитание отношений человека одного пола к другому и связанных с этим сложных и тончайших навыков поведения и самоконтроля».

Основные направления полового воспитания:

- Полоролевое воспитание, помогающее формированию психологической мужественности и женственности и установлению коммуникативных установок мужчин и женщин.
- Сексуальное воспитание, направленное на оптимизацию формирования сексуально-эротических ориентаций и сексуального сознания.
- Подготовка к ответственному супружеству как формирование супружеских ролей.
- Подготовка к ответственному родительству, предполагающая формирование ролевого поведения матери и отца.
- Формирование здорового образа жизни через разъяснение зависимости сексуальности, супружества и родительства от вредных привычек: курение, алкоголь, наркомания.

Эти направления не отдельные части, которые должны становиться предметом специальных «уроков», а взаимосвязанные составляющие целостного процесса, начинающегося с первых лет жизни ребенка. Важно подчеркнуть, что в настоящее время проблему ранней беременности несовершеннолетних девушек пытаются решить как на мировом, так и на государственном уровнях.

Всемирной организацией здравоохранения разработано «Руководство по предупреждению ранней беременности и профилактике нарушений репродуктивного здоровья среди подростков в развивающихся странах», предназначенное для лиц, определяющих политику, а также групп и активистов гражданского общества. Руководство содержит научно обоснованные рекомендации по разработке эффективных национальных мер государственной политики и программ в области охраны репродуктивного здоровья. В данном документе обозначены следующие цели профилактики:

1. Предупреждение ранней беременности.
2. Профилактика нарушений репродуктивного здоровья.

В Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 – 2017 годы (утв. Указом Президента РФ от 1 июня 2012 г. № 761) в главе IV. Здравоохранение, дружественное к детям, и здоровый образ жизни ставятся следующие цели:

- проведение просветительской работы по предупреждению ранней беременности и абортов у несовершеннолетних;
- создание кризисных центров по типу «маленькая мама» для оказания помощи несовершеннолетним беременным и матерям с детьми;
- снижение случаев ранней беременности и абортов у несовершеннолетних девушек.

Несомненно, проблема ранней беременности должна решаться в комплексе. Здесь необходима работа каждого субъекта профилактики,

включая медицинские учреждения, учреждения социальных служб и правоохранительные органы, органы местной власти и образовательные учреждения. Но при этом решающую роль в предотвращении ранней беременности и ее последствий играет семья. Задача учреждений в этом случае – помочь родителям в донесении информации, предоставить необходимую психологическую помощь, обучающие материалы. Основными методами работы в этом случае будут семинары и тренинги для родителей на тему полового воспитания их детей, разработка памяток, плакатов, брошюр с необходимой информацией, проведение массовых акций, просветительская работа с молодежью на тему методов контрацепции и т.д. Следовательно, можно выделить направления профилактики ранней беременности:

- работа с семьей;
- работа с социумом;
- развитие системы профилактики в школе;
- использование различных каналов распространения – СМИ;
- непрерывное консультирование (телефон доверия, e-mail);

Далее дадим характеристику всех выделенных направлений. Половое воспитание современных детей и подростков осуществляется стихийно, необходимая информация черпается ими из неравноценных и противоречивых источников. Важным фактором выступают родители, однако эта роль ими, как правило, недостаточно осознаётся. Главной задачей родители видят в предотвращении нежелательных последствий сексуального опыта, тем самым расценивая сексуальность как враждебную силу, требующую подавления. Взрослеющих детей такой подход не устраивает, и они обращаются к другим источникам, важнейшим из которых выступают более сведущие сверстники и старшие товарищи. Именно этим путём из поколения в поколение передаются ложные стереотипы, предрассудки и мифы о мужской и женской сексуальности. Поскольку роль семьи в половом воспитании, привитии ребенку различных навыков незаменима, то родители,

безусловно, должны сами владеть необходимыми знаниями в данной области. Очень важно образовать родителей, а также получить их поддержку при проведении мероприятий в школах. Для этого рекомендуются выступления на родительских собраниях в школах, гимназиях и училищах, организация работы с советами родителей школ. На родительских собраниях необходимо познакомить родителей с проблемой репродуктивного здоровья подростков в регионе, области, школе, классе. Целесообразно провести беседу с родителями на тему: «Практические указания по половому воспитанию вашего ребенка». Работа с семьей может проводиться семьей как коллективно, так и индивидуально, опережая работу с детьми, и регулироваться запросами школы или семьи. Просветительскую работу с семьей можно проводить на родительских собраниях одного или параллельных классов. Основные его цели - ознакомление семьи с программами полового воспитания, разъяснение и убеждение его необходимости, выяснение отношения к нему родителей, предложение сотрудничества.

Индивидуальная работа может проводиться социальным педагогом при знакомстве с семьей в ее домашней обстановке или при наличии сведений о неблагополучии в семье. Индивидуальная инициатива может исходить и от семьи, обращающейся к социальному педагогу со своими вопросами. Важным методом профилактики ранней беременности среди подростков является консультирование. Особенности консультирования подростков связаны с особенностями их поведения: важно при работе с подростками обеспечить приватность и конфиденциальность беседы, а также продемонстрировать сочувствие (сопереживание) и отсутствие осуждения. В первую очередь, подростки должны быть информированы о том, что воздержание в юношеском возрасте является лучшим средством защиты репродуктивного здоровья. Оно ни в коей мере не оказывает отрицательного влияния на сексуальные возможности в будущем. Обязательно надо

удостовериться, что подросток понимает суть метода, как его использовать, его побочные эффекты, а также возможность защиты от ИППП/ВИЧ. Необходимо предлагать подросткам те возможности в плане охраны репродуктивного здоровья, которые они могут себе позволить материально. Частью консультирования по контрацепции должна становиться информация об экстренной контрацепции. Возможно, после таких консультаций, некоторые подростки будут иметь при себе таблетки для экстренной контрацепции. Во время бесед с подростками не надо исключать информацию о ВИЧ. Зачастую, одним из препятствий по использованию контрацепции подростками, является неумение начать разговор с партнером, например об использовании презерватива. В этой связи необходимо обсудить с подростком и посоветовать ему, как можно договариваться с партнером об использовании презерватива и о защите от ИППП/ВИЧ. Разговор с подростками на тему контрацепции в доверительной и конфиденциальной обстановке помогает им высказать свои проблемы и сомнения, получить советы, как легче преодолеть возникшую сложную ситуацию. Особую роль нужно уделять информированию среди подростков о средствах контрацепции. Информирование подростков о том, что для подбора средства экстренной контрацепции лучше обратиться к врачу, оказывается важным моментом в разъяснении необходимости подбора метода регулярного предохранения от зачатия.

Хороший план повышения уровня знаний подростков, и также родителей и сообщества в целом, о проблеме репродуктивного здоровья, требует сочетания разных путей и средств информации, которые могут привлечь внимание и вызвать интерес различных групп, включая школьников, учащихся ПТУ лицеев, организованных и неорганизованных подростков. В контексте данного проекта средствам массовой информации отводится значительная роль в деле информирования подростков и молодежи

в области репродуктивного здоровья и формирования ответственного отцовства и материнства.

Важный канал полового воспитания — средства массовой информации, которые могут обеспечить высокий профессиональный уровень, массовость, наглядность, возможность индивидуального выбора. Но широкое использование этого канала в целях полового воспитания затруднительно: не все материалы приемлемы для массовой публикации и демонстрации, особенно в многонациональной стране; трудно также достичь попадания информации по точному адресу — детям и подросткам определённого пола, возраста.

Средства массовой информации могут и должны сыграть роль не только «возмутителя спокойствия», но и придать общественной дискуссии рациональный и квалифицированный характер. Социально ориентированные информационные кампании не только информируют молодых людей о том, как сохранить и укрепить здоровье, но и побуждают их к этому, «продвигая» определенные модели поведения и полезные привычки путем их «выстраивания» в привлекательный, стильный, престижный образ жизни.

По мнению специалистов, наиболее эффективно половое воспитание может быть осуществлено в рамках соответствующих просветительных программ в образовательных учреждениях. Однако в России система таких мероприятий практически не налажена. Этому препятствует распространённое мнение, что целенаправленное сексуальное воспитание развращает детей и подростков и провоцирует их на нежелательное поведение. Опыт стран, где подобные программы осуществляются, показывает несправедливость такого мнения. Установлено, что половое воспитание не провоцирует раннее начало половой жизни. Наоборот, оно обеспечивает усвоение детьми и подростками достоверных сведений и здоровых установок в сфере половых отношений. В результате значительно снижаются показатели внебрачной беременности подростковой, ранних

браков, аборт, венерических заболеваний, преступлений на сексуальной почве.

При создании системы полового воспитания в образовательном заведении перед педагогами ставятся сложные психолого-педагогические задачи. Полная программа полового воспитания охватывает все звенья общего образования от детского сада до старших классов. В начальной школе половое воспитание совпадает с изучением собственного тела, нацеленным на понимание детьми себя как растущих и изменяющихся людей. Детям сообщается, что мужчины отличаются от женщин и что оба пола призваны вместе производить потомство. Учителя пытаются тактично исправлять неверные представления ребят о сексуальности.

В 5-м и 6-м классах педагоги помогают детям подготовиться к пубертатному скачку роста (разъясняют детям проблемы менструаций, поллюций, изменений в их теле, связанных с появлением вторичных половых признаков и др.). Большинство подростков вступает в период полового созревания в 7 - 9-х классах. В это время возрастает их интерес к сексуальным вопросам, поэтому учащихся желательно ознакомить с вопросами ответственности за половые контакты и их последствия, предостеречь от болезней, передающихся половым путём. Важны также информация о социальных и психологических аспектах сексуальности, обсуждение вопросов брака и семьи, а также аборт, проституции, детской гомосексуальности, порнографии и др. В половом воспитании от учителей требуется особый педагогический такт, всесторонняя подготовленность в сфере полового просвещения.

Подростково-молодежная аудитория является одним из основных пользователей сети Интернет. Это огромное информационное поле, которое можно широко использовать для формирования навыков здорового образа жизни.

Проведение тематических акций для подростков:

- проведение семинаров, тренингов, круглых столов по вопросам сохранения репродуктивного здоровья и пропаганде здорового образа жизни, применения контрацептивов;
- тематические дискотеки, посвященные здоровому образу жизни, профилактике ВИЧ/СПИДа с проведением конкурсов
- массовые акции на городских площадках на День города, День молодежи и др.,
- участие в конференциях различного уровня по проблемам социально-демографической ситуации, пропаганды здорового образа жизни, формирования ответственного отношения молодежи к собственному здоровью
- литературные конкурсы (сказки, рассказы, стихи, комиксы) для привлечения внимания к охране репродуктивного здоровья и популяризации здорового образа жизни среди молодежи.

В интересах непрерывной консультации целесообразно ввести возможность консультирования по телефону или электронной почте (e-mail) для разрешения небольших проблем (например, вопросы, возникающие при использовании противозачаточных таблеток). Целесообразна организация «телефона доверия», по которому подросток смог бы получить необходимую для себя информацию или консультативную помощь специалиста. Таким образом, профилактика ранней беременности будет наиболее эффективной при взаимодействии всех служб при решающей роли семьи.

Необходимо на всех уровнях уделять должное внимание вопросам половой грамотности подростков. Только совместными усилиями можно добиться значительных результатов и предотвратить возникновение проблем в будущем. Только грамотно и корректно разъясненная информация, а также доверие и открытость между родителями и подростками поможет избежать таких сложных проблем как ранняя беременность. Хорошо поставленная

Работа по планированию семьи с подростками приводит к снижению показателей материнской заболеваемости и смертности, профилактике искусственных абортов, предупреждению заболеваний, связанных с ранним началом половой жизни, профилактике СПИДа и венерических заболеваний. Также огромное значение имеет половое воспитание в школе, проведение лекций и демонстрация фильмов о физиологии человека и безопасных сексуальных отношениях.

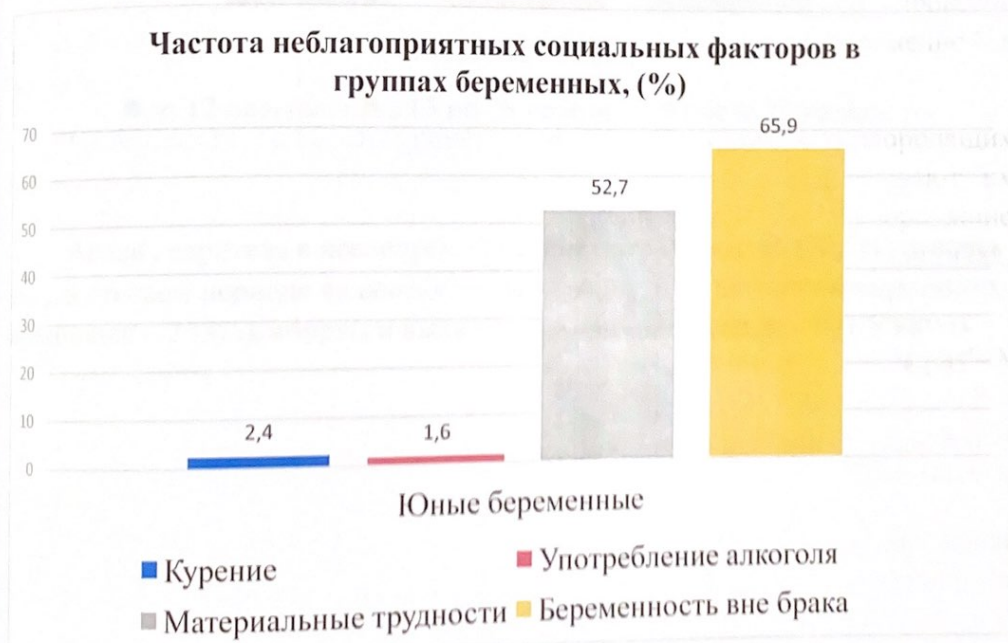
ГЛАВА II: Анализ ведения и течения беременности и родов у юных первородящих беременных по статистическим данным ГАУ РС(Я) «Медицинского центра г. Якутска» ЦОЗСиР

Исследовательская работа проводилась на базе Медицинского центра г. Якутска женская консультация.

Источник исследования: Методом сплошной выборки проведен ретроспективный анализ индивидуальных карт у 91 юной беременной в возрасте от 14 до 17 лет с 2018 - 2020гг.

Особенности ведение беременности и родов у юных первородящих беременных является, что при обследовании согласие подписывают их родители, во всех решениях участвуют тоже родители. Юные первородящие девушки проходят обследование у детских гинекологов и в поликлиниках, там, где есть педиатрия.

При анализе поведенческих и социальных факторов риска у юных беременных были выявлены следующие особенности: 2 (2,4%) курили до и в течение беременности, 1,4 (1,6%) неоднократно употребляли алкоголь. На затрудненное материальное положение указывали 47 (52,7%). Беременность вне брака наступила у 60 (65,9%) юных матерей.



Характерной особенностью юных беременных женщин является позднее обращение в женскую консультацию: в период до 12-ти недель на учет встали 46 (50,5%) пациенток, с 13-й по 28-ю неделю беременности 24 (23%), после 28 недель беременности – 25 (26,4%).



Анализ паритета в исследуемой группе показал, что 86 (95,5%) девочек в подростковом периоде являются первородящие, на долю повторнородящих приходится – 2 (3%), аборт и выкидыши в анамнезе имеют – 1 (1,5%).

Структурно количественный анализ подростковой беременности

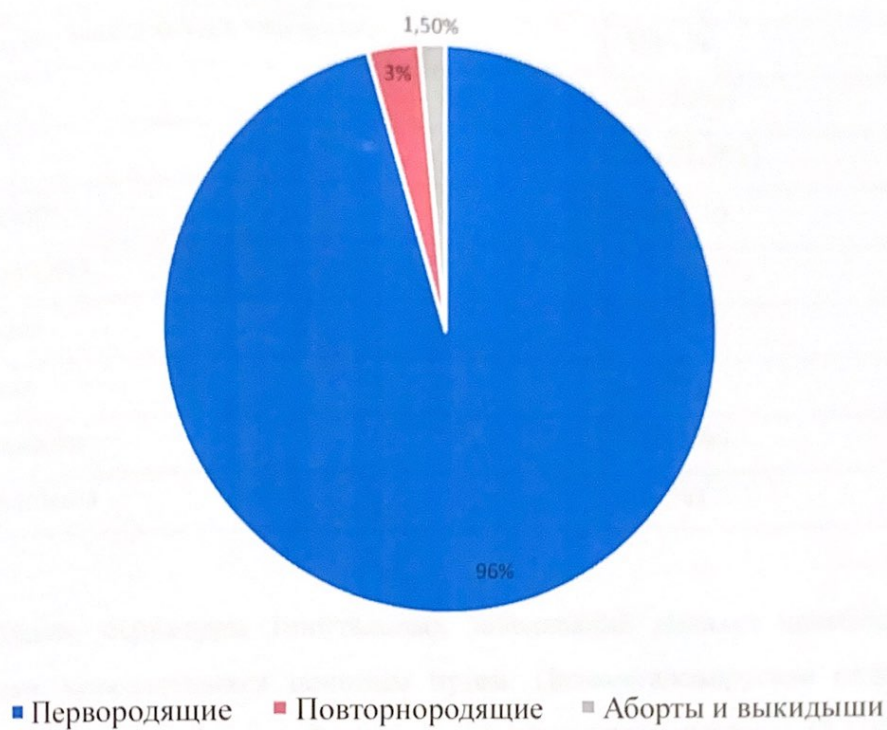


Таблица 1 - Структура экстрагенитальной патологии у девочек в подростковом периоде

Структура экстрагенитальной патологии	Абс. %
Анемия	45 (49,9%)
Пиелонефрит	13 (14,2%)
Миопия	15 (16,4%)
Отит	2 (2,1%)
Гастрит	8 (8,7%)
Тонзиллит	8 (8,7%)

Анализ структуры экстрагенитальной патологии у девочек в подростковом периоде показывает, что половина девочек страдают анемией 45 (49,9%), на втором месте пиелонефрит 13 (14,2%), и на третьем месте миопия 15 (16,4%).

Таблица 2 - Структура генитальных заболеваний у девочек подростковым периоде

Структура генитальных заболеваний	Абс. %
ЦМВИ	33 (34%)
ВПГ	20 (21,9%)
Хламидиоз	8 (8,7%)
Трихомониаз	-
Кандидоз	-
Сифилис	1 (1%)
Уреаплазмоз	2 (2,1%)
Микоплазмоз	1 (1%)

Анализ структуры генитальных заболеваний показал преобладание инфекции, передающихся половым путем. Цитомегаловирусная инфекция встречается у каждой третьей девочки в подростковом периоде 33 (34%). У каждой пятой выявлен вирус простого герпеса 20 (21,9%). На третьем месте хламидиоз 8 (8,7%)

Таблица 3 - Особенности течения беременности у девочек в подростковом периоде

Осложнения беременности	Абс. %
Анемия	52 (57,1%)
ФПН	27 (29,6%)
ХВГП	-
Преэклампсия	13 (14,2%)
Патология околоплодных вод	8 (8,7%)
Резус отрицательные	-

Анализ ведения беременности у девочек в подростковом периоде показывает, что почти у половины девочек в подростковом периоде во время беременности выявляется анемия 52 (57,1%), у каждой третьей встречается фетоплацентарная недостаточность 27 (29,6%). У каждой десятой, беременность осложняется приэклампсией 13 (14,2%) и патологией околоплодных вод 8 (8,7%)

Таблица 4 - Исход беременности у девочек в подростковом периоде

Роды	Абс. %
Своевременные	84 (92,5)
Преждевременные	7 (7,5%)

Анализ исходов родов у девочек в подростковом периоде показывает, что большинство беременностей заканчиваются своевременными родами 84 (92,5%), преждевременные роды составляют – 7 (7,5 %).

Таблица 5 – Метод родоразрешения у девочек в подростковом периоде

Роды	Абс. %
Через естественные пути	71 (78,5%)
Оперативные	20 (21,5%)

Анализ методов родоразрешения показал, что преимущественно роды протекают через естественные пути 71 (78,5%). У каждой пятой роды заканчиваются оперативным путем 20 (21,5%)

Таблица 6 - Структура оперативных вмешательств у девочек в подростковом периоде

Операционные вмешательства	Абс. %
Операции, подготавливающие родовые пути: - эпизио и перинеотомия - амниотомия	57 (62,5%)
Родоразрешающие операции: - кесарево сечение - вакуум экстракция плода	23 (25,5%)
Операции в III периоде родов и раннем послеродовом: - ручное отделение плаценты - ручная ревизия полости матки - патологическое кровотечение	2 (2,5%)

Анализ структуры оперативных вмешательств у девочек в подростковом периоде показывает, что у 2/3 применяются операции, подготавливающие родовые пути 57 (62,5%), родоразрешающие операции применяются у каждой четвертой 23 (25,5%), 2 (2,5%) приходится на операции в III периоде родов и раннем послеродовом

Таблица 7 - Структура осложнений родов у девочек в подростковом периоде

Структура осложнений родов	Абс. %
ДИОВ	16 (17%)
Аномалии родовой деятельности: - дистоция шейки матки - дискоординация родовой деятельности - стремительные роды - слабость родовой деятельности	14 (15,5%)
Анатомически суженные тазы	9 (10,5%)
Длительный безводный период	7 (8,5%)
Патология прикрепления плаценты	2 (2,5%)

Анализ структуры осложнения родов показал, что у каждой шестой 16 (17%) роженицы наблюдается дородовое излитие околоплодных вод, у каждой седьмой 14 (15,5%) роженицы выявляется слабость родовой деятельности. Анатомически суженные тазы у каждой десятой 9 (10,5%), 7 (8,5%) - длительный безводный период и 2 (2,5%) составляет патология прикрепления плаценты

Таблица 8 - Структура осложнений периода новорожденности

Характеристика новорожденных	Абс. %
ЗВУР	10 (11%)
ВПР	1 (2%)

Анализ осложнений периода новорожденности показывает, что у каждого десятого новорожденного выявляется задержка внутриутробного развития 10 (11%), врожденные пороки развития составляют – 1 (2%)

ВЫВОДЫ

1. Изучив теоретические аспекты данной проблемы можно сформулировать, что при развитии ранней беременности наблюдаются неблагоприятные последствия.

2. Профилактика ранней беременности направленный на предупреждение причин возникновения нежелательной беременности у подростков очень важна. Потому что, проблема ранней беременности должна решаться. Здесь необходима работа каждого субъекта профилактики.

3. Изучая особенности ведения беременности у девочек в подростковом периоде по материалам ГАУ РС(Я) «Медицинского центра г. Якутска» ЦОЗСиР с 2018 года по 2020 годы выявили, что в исследуемой группе преобладают девочки 17 лет, у большинства девочек беременность протекала вне брака (65,9%), на долю первородящих приходится – 95,5%, большинство девочек обращались в ЖК до 12 недель. У большинства девочек подростков беременность протекала на фоне экстрагенитальной патологий и генитальных заболеваний. Изучив особенности ведения родов у девочек в подростковом периоде выявлено, что исход родов у большинства беременных девочек заканчиваются своевременными родами через естественные пути.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучив особенности ведения беременности и родов у девочек в подростковом периоде по литературным данным было выявлено, что при развитии ранней беременности наблюдаются неблагоприятные последствия выполнения репродуктивной функции за счет возникновения большого числа осложнений беременности. Частая патология, с которой сталкиваются девочки – подростки во время беременности это такие как, анемия, гестоз, фетоплацентарная недостаточность. Роды осложняются аномалиями родовой деятельности, несвоевременными излитиями околоплодных вод, кровотечением в родах и раннем послеродовом периоде, травматизма мягких родовых путей, оперативными вмешательствами.

Изучая особенности ведения беременности у девочек в подростковом периоде по материалам ГАУ РС(Я) «Медицинского центра г. Якутска» ЦОЗСиР с 2018 года по 2020 годы выявили, что в исследуемой группе преобладают девочки 17 лет, у большинства девочек беременность протекала вне брака (65,9%), на долю первородящих приходится – 95,5%, большинство девочек обращались в ЖК до 12 недель. У большинства девочек подростков беременность протекала на фоне экстрагенитальной патологий. Анемия встречается у половины беременных, пиелонефрит у каждой десятой. В структуре генитальных заболеваний преобладают инфекции, передающиеся половым путем: у каждой третьей – цитомегаловирусная инфекция, у каждой пятой – вирус простого герпеса, хламидиоз у каждой двенадцатой. Особенностью ведения беременности у девочек в подростковом периоде является то, что у половины беременность осложнилась анемией, почти у каждой третьей фетоплацентарная недостаточность, у каждой десятой, беременность осложнилась поздним гестозом и патологией околоплодных вод. Изучив особенности ведения родов у девочек в подростковом периоде выявлено, что исход родов у большинства беременных девочек заканчиваются своевременными родами через естественные пути. Преждевременные роды составляют - 7,5%. У каждой пятой роды заканчиваются оперативным путем. В структуре оперативных вмешательств у 23 рожениц применяются операции, подготавливающие родовые пути, родоразрешающие операции у каждой четвертой, 2,5% приходится на операции в III периоде родов и раннем послеродовом. В структуре осложнения родов у каждой шестой роженицы наблюдается дородовое излитие околоплодных вод, у каждой седьмой роженицы выявляется слабость родовой деятельности. Анатомически суженные тазы у каждой десятой, 8,5 % - длительный безводный период.

Список использованной литературы:

1. Айламазян, Э.К., Кулаков, В.И., Радзинский, В.Е., Савельева, Г.М. Акушерство Национальное руководство. 2015. -1200 с.
2. Богданова, Е.А. Гинекология детей и подростков. - М.: МИА, 2016. -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»; 2016; 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., 2015. – 156-157 с.
5. Гайдуков, С.Н., Бурмистрова, Р.П., Хашенкова, В.И. Особенности течения беременности и родов у женщин группы медико-социального риска. Гигиена, экология и репродуктивное здоровье подростков. 2017. - 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, 2017.
7. Гуркин, Ю.А., Сулопаров, Л.А., Островская, Е.А. Основы ювенильного акушерства. – СПб.: Фолиет, 2016. -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. 2016. – № 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. 2017. – 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.- 2018.- 58-59 с.
11. 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, 2016
12. Зайцев, С.М. Главная книга о беременности и родах. 2015.- 384 с.
13. Захарова, Т.Г., Гончарова, Г.Н., Репродуктивное здоровье юных матерей и состояние новорожденных // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2015 - №3. – 11-14 с.

14. **Каюпова, Г.Ф., Кулавский, В.А.** Течение и исход ювенильной беременности с гестозом. Материалы 4-й Всерос. конф. по детской и подростковой гинекологии; 2016; М.
15. **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»; 2018; Казань.
16. **Николаева, Л.Б., Ушакова, Г.А.** Первая беременность и первые роды: 2018. – 264 с.
17. **Синчихин, С.П., Коколина, В.Ф., Мамиев, О.Б.** Беременность и роды у несовершеннолетних. Педиатрия 2015. - 93-96 с.
18. **Тютюнник, В.Л., Зайдиева, З.С., Бурлев, В.А.** Особенности течения беременности и исход родов при хронической плацентарной недостаточности и инфекции. Проблема репродукции 2016. - 41-45 с.
19. **Узденова, З.Х.** Особенности течения беременности и родов у юных беременных // Проблемы беременности. 2017. - №3 – 33-37 с.
20. **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. – 2017. - №5 – 6-11 с.
21. **Хамошина, М.Б., Кайгородова, Л.А., Котик, Е.А.** Особенности ведения родов у юных женщин. Материалы II Российского форума «Мать и дитя»; 2016; Москва.
22. **Шадчнева, Е. В.** Особенности течения беременности и родов у подростков. Москва, 2018.- 20 с.
23. Режим доступа. <http://mamapedia.com.ua/beremennost/vse-o-beremennosti/podrostkovaya-beremennost.html>.