

Ювенильная беременность: влияние на мать, плод. Тактика врача



Работу выполнила студентка 4 курса,
Л1-со-177-2 группы
Вяткина Дарья Олеговна



В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ОСТАЕТСЯ АКТУАЛЬНОЙ ПРОБЛЕМА БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЮНЫХ ЖЕНЩИН. ЕЖЕГОДНО ВО ВСЕМ МИРЕ ЧИСЛО ЮНЫХ МАМ В ВОЗРАСТЕ 15-19 ЛЕТ ДОСТИГАЕТ БОЛЕЕ 16 МЛН. ЧЕЛОВЕК, ЧТО СОСТАВЛЯЕТ ПРИМЕРНО 11% ОТ ВСЕХ РОДОВ В МИРЕ.

В РОССИИ КОЭФФИЦИЕНТ РОЖДАЕМОСТИ СРЕДИ ЖЕНЩИН 15-19 ЛЕТ В 2014 ГОДУ СОСТАВИЛ 26 НА 1000. ИЗ ОБЩЕГО ЧИСЛА РОДОВ, ПРОИЗОШЕДШИХ В РФ В 2014 ГОДУ, РОДЫ У ЖЕНЩИН 15-19 ЛЕТ СОСТАВИЛИ 4,55%: 88 370 СЛУЧАЕВ ИЗ 1 942 683 [27]. ЮВЕНИЛЬНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ — НЕБЛАГОПОЛУЧНОЕ ЯВЛЕНИЕ, ЭТА ПРОБЛЕМА НЕ ТОЛЬКО МЕДИЦИНСКАЯ, НО ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ.

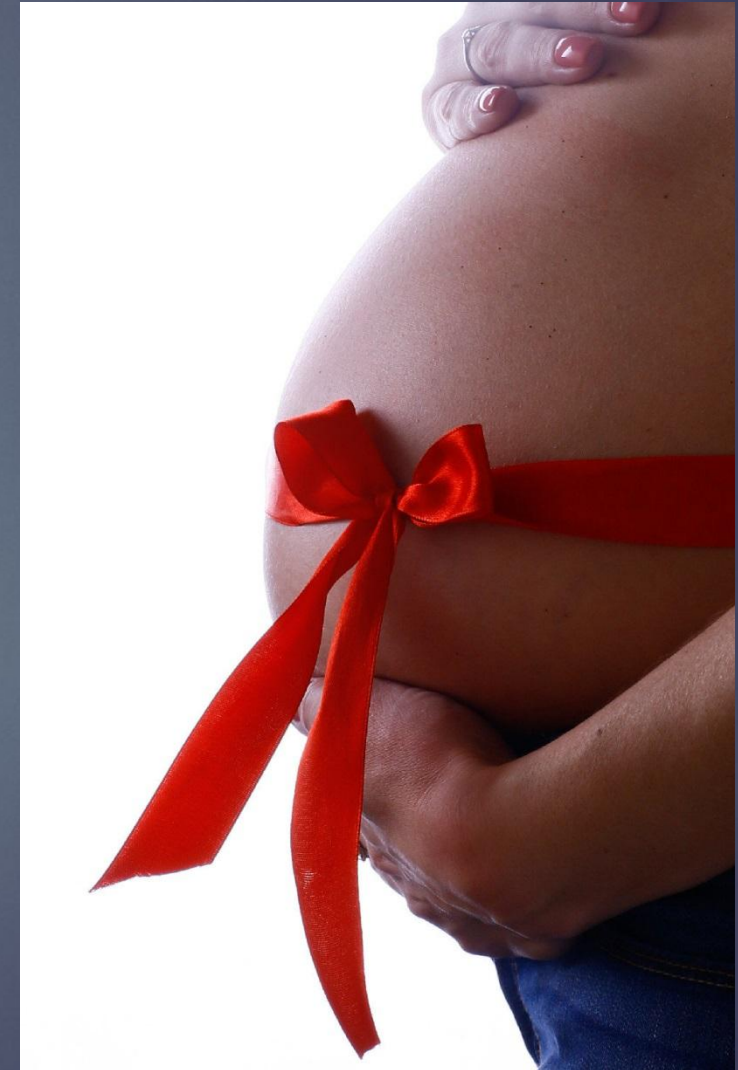
ЗАЧАТИЕ, НАСТУПИВШЕЕ У ЮНОЙ ЖЕНЩИНЫ, ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ СЛУЧАЙНОЙ (НЕЗАПЛАНИРОВАННОЙ) БЕРЕМЕННОСТИ. ДАННЫЕ СТАТИСТИКИ ТАКОВЫ: 70% ТАКИХ БЕРЕМЕННОСТЕЙ ЗАКАНЧИВАЮТСЯ МЕДИЦИНСКИМИ АБОРТАМИ (ДОВОЛЬНО ЧАСТО – НА ПОЗДНИХ СРОКАХ), 15% – САМОПРОИЗВОЛЬНЫМИ ВЫКИДЫШАМИ И ТОЛЬКО 15% – РОДАМИ.

ВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В ЮНОМ ВОЗРАСТЕ ЯВЛЯЕТСЯ СЕРЬЕЗНЫМ ИСПЫТАНИЕМ, ПОТОМУ КАК БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРОТЕКАЮТ В УСЛОВИЯХ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕЗРЕЛОСТИ ОРГАНИЗМА, ПРИ НЕАДЕКВАТНОСТИ МЕХАНИЗМОВ АДАПТАЦИИ, ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВОЙ ВЫСОКОГО РИСКА ОСЛОЖНЕНИЙ ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА.

Ювенильная беременность

По медицинским меркам считается, что беременность, наступившая до 18 лет, является ранней.

Большинство авторов соглашаются, что 95% беременностей у подростков – ненамеренные (неожиданные, случайные, незапланированные), что ведет к большому количеству абортов и доказывает необходимость их профилактики.



Выделяют следующие факторы, которые оказывают влияние на уровень подростковой беременности:

- ▶ • раннее начало половых контактов;
- ▶ • сексуальное насилие, зачастую и насилие в семье;
- ▶ • низкий уровень жизни;
- ▶ • приемлемость рождения детей в достаточно раннем возрасте среди родственников и друзей;
- ▶ • психологические и поведенческие особенности, сниженная познавательная способность, неспособность планировать будущее и предвосхитить последствия своих действий;
- ▶ • незнание, нежелание и неумение использовать методы контрацепции (в том числе по причинам, связанным с половым партнером);
- ▶ • преднамеренная беременность в юном возрасте как ритуал взросления; • недоступность и/или низкое качество медицинской помощи в сфере планирования семьи




Классификации ювенильной беременности:

1. По показателю менструального возраста. Менструальный возраст (МВ) – это количество лет от менархе до наступления первой беременности. По этому признаку можно выделить следующие группы среди юных беременных:

- ▶ • с МВ 1 год и менее;
- ▶ • с МВ 2 года;
- ▶ • с МВ 3 года и более.

2. Классификация по возрасту:

- ▶ • до 9 лет — девочки с преждевременным половым развитием, так называемые «сверхюные первородящие»;
- ▶ • от 9 до 15 лет — не достигшие полного полового созревания, «юные первородящие»;
- ▶ • от 15 до 18 лет — девушки, которые созрели для реализации репродуктивной функции [68].



3. В зависимости от состояния здоровья несовершеннолетних беременные подразделяют на следующие группы:

- здоровые юные беременные;
- беременные подростки с экстрагенитальной патологией;
- юные женщины с осложнённой беременностью

4. В зависимости от обстоятельств наступления данной беременности разделяют на группы:

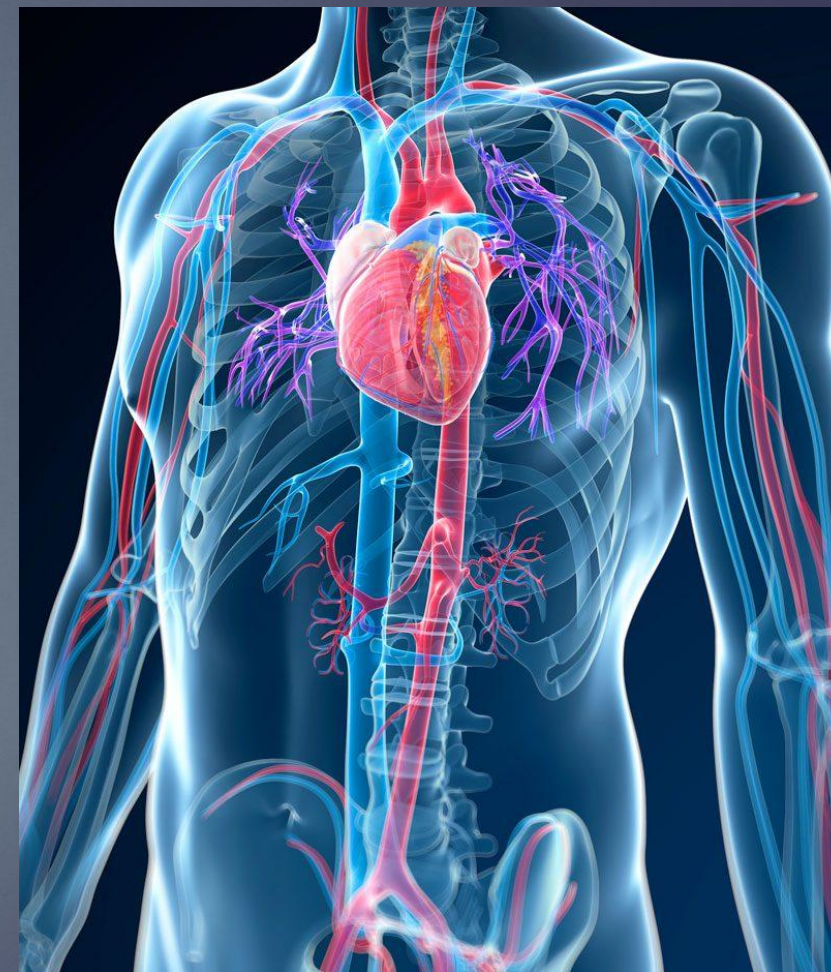
- юных первородящих, считающих беременность желанной (как правило, из полных и благополучных семей);
- юных с нежеланной беременностью, которые сами воспитывались в неполных и неблагополучных семьях;
- юных с беременностью, наступившей в результате изнасилования.

Влияние беременности на организм девушки:

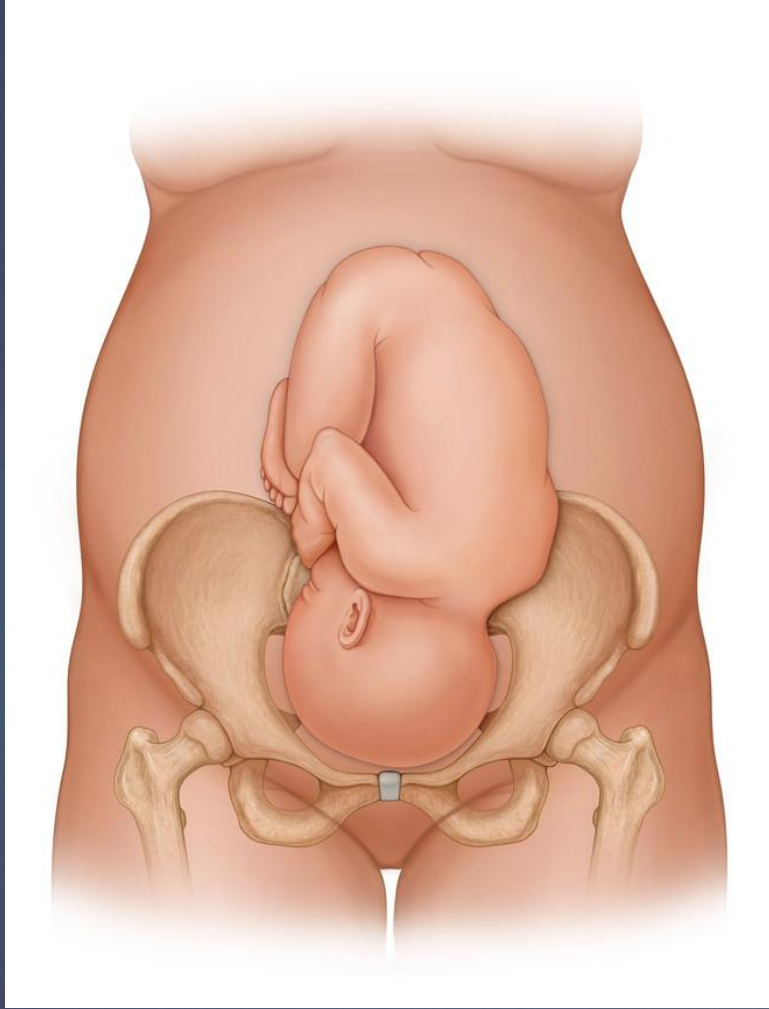
Общие изменения организма, трансформация половых органов:

Сердечно-сосудистая система при беременности вынуждена функционировать в условиях:

- ▶ повышение ОЦК;
- ▶ увеличение протяженности и уменьшения сопротивления сосудистого русла;
- ▶ механические затруднения кровотока по крупным сосудам;
- ▶ высокое расположение диафрагмы;
- ▶ уменьшение жизненной емкости легких;
- ▶ увеличение на 40% систолического и минутного объемов сердца



Влияние беременности на половые органы и таз:



- ▶ увеличения выраженности вторичных половых признаков у лиц, которые вступили в беременность с недостаточным половым развитием;
- ▶ изменения костного таза по мере прогрессирования беременности у летних достигают размеров, характерных для летних девушек;
- ▶ к концу беременности увеличиваются эластические свойства мягких тканей полового тракта -развивается связочный аппарат;
- ▶ возрастает гидрофильность симфиза и хрящевых зон костей таза

Дестабилизирующее влияние на гомеостатические реакции:

- ▶ разбалансировка нейроэндокринного звена регуляции (особенно у девочек с транзиторным гипоталамо-гипофизарным синдромом пубертатного периода);
- ▶ декомпенсация хронических соматических заболеваний;
- ▶ атипичное клиническое течение острых заболеваний (инфекционных и неинфекционных);
- ▶ во всех случаях ревматизма следует ожидать активизации процесса;
- ▶ активируется герпетическая инфекция;
- ▶ частые аллергические реакции;
- ▶ выявляется вторичный иммунодефицит.

Типичный срок ухудшения течения почечной патологии, гипертензии, анемии, декомпенсации сердечных заболеваний, эндокринопатий - второй триместр беременности (особенно недель)

Особенности течения беременности и родов



- ▶ 1. Незрелость нервных процессов сопровождается неудовлетворительным формированием гестационной доминанты, что чревато невынашиванием и отклонениями в развитии плода, а в дальнейшем недостаточностью родовой доминанты, проявляющейся аномалиями родовой деятельности
- ▶ 2. Размеры костного таза не всегда успевают достигнуть окончательных величин (у 10-15% девушек выявляется суженный таз)

3. Дифференцировка матки (как миометрия, так и нервного аппарата) в большинстве случаев не завершена. Часто встречается гипоплазия матки и половой инфантилизм, что обуславливает избыточную кровопотерю



4. Гомеостатические реакции отличаются в этом возрасте неустойчивостью и напряженностью, что ухудшает прогноз как для матери, так и для плода при акушерских осложнениях.

5. Низкий уровень секреции эстрогенов и прогестерона (возрастная особенность гормонального профиля) предопределяет формирование:

- ▶ фетоплацентарной недостаточности,
- ▶ ЗВРП,
- ▶ гипоксии плода.

Течение беременности у подростков зависит от: соматической зрелости психологической готовности медико - социального обслуживания беременной К возникновению осложнений беременности приводит не столько юный возраст, сколько социальные условия, особенности питания, уровень оказания медицинской помощи. Осложнения во время беременности и родов у юных достигает 76-90%

Осложнения у ребенка:



- ▶ недоношенность;
- ▶ маловесие;
- ▶ возникновение внутриутробной гипоксии плода;
- ▶ родовые травмы;
- ▶ Предрасположенность к отставанию в физическом и умственном развитии

Введение беременности:

Если возраст девочки не превысил 15 лет, то о факте беременности акушер-гинеколог обязан уведомить родителей, опекунов или воспитателей, независимо от ее желания.

75-80% беременностей прерывается медицинским абортом по настоянию родителей.





Наблюдение в женской консультации, как беременной группы высокого риска.

Сроки обязательных госпитализаций на 2-3 недели:

- ▶ в ранние сроки для решения вопроса о возможности вынашивания беременности;
- ▶ в сроке 27-28 недель для устранения акушерских осложнений и решения вопроса о возможности продолжения беременности;
- ▶ в сроке 37-38 недель решается вопрос о сроке и методе родоразрешения

Средняя продолжительность беременности составляет 37,5 нед+0,9 нед.

Преждевременные роды встречаются с той же частотой, что и у женщин основного репродуктивного возраста 4-10%

Особенности родов

- ▶ Средняя продолжительность родов не выходит за нормальные пределы и составляет $13+6$ часов.
- ▶ Быстрые роды наблюдаются в 3 раза чаще, чем у взрослых женщин, а затяжные роды в 1,5 раза чаще.
- ▶ Средняя масса детей почти на 200 г меньше нормы. К
- ▶ Крупные дети встречаются в 2 раза реже, чем у взрослых



Продолжительность родов у юных рожениц:

- ▶ Средняя продолжительность 1-го периода родов - 8 ч 20 мин + 0,30 мин;
- ▶ 2-го периода родов - 35 мин + 5 мин;
- ▶ 3-го периода родов - 6 мин + 0,6 мин;

Скорость раскрытия шейки матки:

- ▶ в латентную фазу 0,7 см/ч + 0,07;
- ▶ в активную фазу 1,4 см/ч + 0,09;

Укорочение продолжительности родов связано с уменьшением в 2 раза латентной фазы первого периода родов.

Условия благополучного ведения родов:

- ▶ регулярное введение спазмолитиков;
- ▶ достаточное обезболивание (спинальная анестезия);
- ▶ предоставление акушерского сна после 6-8 часов малоэффективной родовой деятельности;
- ▶ профилактика гипотонического кровотечения;
- ▶ укорочение второго периода родов (эпизиотомия); родоразрешение операцией кесарево сечение при возникновении акушерских осложнений, угрожающих жизни матери.

В послеродовом периоде вопрос о кормлении грудью решается в зависимости от планов родителей, опекунов или усыновителей ребенка.

Беременность в подростковом возрасте является серьезной социальной и медицинской проблемой. Осложненное течение гестационного процесса у большого количества женщин-подростков обусловлено биологической, психологической, нравственной незрелостью, а также социальными, экономическими, бытовыми проблемами, от которых во многом зависит исход беременности, родов и состояние здоровья новорожденных. Процесс гестации и аборты у юных женщин представляют опасность для репродуктивного и демографического потенциала современной популяции. Чтобы беременность могла наступить в здоровой репродуктивной системе, необходимо задуматься об этом еще до начала половой жизни. Из этого следует вывод, что важной проблемой современности является профилактика нежелательной беременности у несовершеннолетних женщин путем использования современных и эффективных методов контрацепции. Необходимо внедрение действенных мер социального характера по ее предупреждению, для подготовки которых необходимо изучение социального статуса, репродуктивного поведения и здоровья подростков.



Спасибо за внимание 😊

