

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Клинических дисциплин

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АКУШЕРКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ
ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЮНЫХ И ВОЗРАСТНЫХ
ПЕРВОРОДЯЩИХ**

Дипломная работа студентки

очной формы обучения
специальности 31.02.02 акушерское дело
4 курса группы 03051528
Калягиной Елизаветы Александровны

Научный руководитель
преподаватель Бабаев А.Н.

Рецензент
старшая акушерка, отделение акушерской
патологии беременности №2
ОГБУЗ «Белгородская областная
клиническая больница Святителя Иосафа»
Немцева О.Н.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЮНЫХ И ВОЗРАСТНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ.....	4
1.1. Анатомо-физиологические особенности организма девочки - подростка в период полового созревания.....	4
1.2. Особенности течения беременности у девочек-подростков	6
1.3 Особенности течения родов у девочек в подростковом периоде	8
1.4. Анатомо-физиологические особенности организма женщины в период половой зрелости.....	10
1.5. Особенности течения беременности у возрастных женщин	12
1.6. Особенности течения родов у возрастных женщин	14
1.7. Роль акушерки в профилактике осложнений во время беременности и родов у юных и возрастных первородящих	17
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ АКУШЕРКИ В ВЕДЕНИИ ЮНЫХ И ВОЗРАСТНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ.....	21
2.1. Материалы и методы исследования.....	21
2.2. Результаты исследования	21
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	31
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	33
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	36

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность выбранной темы заключается в том, что подростковая беременность - проблема разносторонняя. Раннее начало сексуальных отношений в сочетании с низким уровнем знаний в данной области и низкой осведомлённостью о контрацепции привели к такому явлению, как юное материнство. Юными беременными считаются девочки – подростки в возрасте от 12 до 17 лет.

В развитых странах частота беременности у юных первородящих 12 на 1000 женщин в развитых странах, в России до 105 на 1000. Сегодня в России 50% подростковых беременностей заканчиваются абортами, 35% - родами и 15% - выкидышами.

Цель: изучить особенности течения беременности и родов у девочек в подростковом периоде и в возрасте после 35 лет у женщин, а также профилактику возможных осложнений беременности и родов у юных и возрастных первородящих.

Объект исследования: беременность и роды у девочек в подростковом периоде, а также у возрастных первородящих.

Предмет исследования: особенности течения беременности и родов у девочек в подростковом периоде и у возрастных первородящих.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности течения беременности и родов у девочек в подростковом периоде и у возрастных первородящих по литературным данным.
2. Выявить роль акушерки в профилактике возможных осложнений беременности и родов у юных и возрастных первородящих.
3. Провести анализ литературных данных и данных, полученных в результате анализа историй.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЮНЫХ И ВОЗРАСТНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ

1.1. Анатомо-физиологические особенности организма девочки - подростка в период полового созревания.

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

У девочек пубертатный период длится с 9-10 до 15-17 лет. Этот период несет собой увеличение выработки половых гормонов и 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. Именно в этот период начинается созревание фолликулов и овуляция. К 12-13 годам уже устанавливаются регулярные менструации. В этот период организм девочки вполне готов к материнству [11].

Рост также является одним из показателей процесса полового созревания и развития. У девочек примерно к 10-12 годам он немного замедляется, но потом происходит его резкий скачок. И как правило, первая менструация (менархе), происходит тогда, когда рост уже стабилизировался и продолжается с небольшой скоростью.

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

Она начинается у большинства девочек в 11-14 лет, и время наступления менархе зависит от целого ряда факторов: физического развития организма, питания, перенесённых заболеваний, социально-бытовых условий и т. д. Более раннее начало менархе (8-9 лет) говорит о преждевременном половом созревании или о возможном развитии гормонально-активной опухоли яичника.

Наступление менархе позднее 15 лет, а тем более ее отсутствие, является поводом для консультации с врачом. Но иногда эта задержка может быть связано с поздним наступлением менархе у матери, особенностями строения тела (у девочек, расположенных к полноте, менархе наступает раньше, чем у худощавых), а также под влиянием интенсивных спортивных занятий (например, занятия спортивной гимнастикой тормозят наступление менархе, плавание – ускоряет наступление).

Появление влагилищного отделяемого светлого цвета и без запаха, рост волос на наружных половых органах расцениваются как симптомы менархе. О предстоящих изменениях свидетельствуют перемены в психоэмоциональном состоянии девочки. Незадолго до первой менструации многие из них жалуются на повышенную утомляемость, головные боли, головокружение, раздражительность, незначительные боли внизу живота. Этот период требует особенного внимания со стороны родителей.

Возраст появления менархе не является единственным показателем правильного физического и полового развития. Должны учитываться регулярность и своевременность менструального цикла.

У взрослых женщин нерегулярный цикл свидетельствует о нарушениях гормонального фона и отсутствие овуляции. В юном возрасте только у каждой пятой девочки регулярный цикл формируется в первые месяцы после менархе. У большинства девушек-подростков на протяжении года и больше месячные приходят с перебоями. Менструация может «исчезнуть» на два-три месяца, но ее

отсутствие не означает наличия заболевания. Задержка должна вызывать беспокойство, если месячные не приходят на протяжении более чем полгода. Окончательно регулярный менструальный цикл формируется в течении двух лет.

Для оценки нормального полового созревания принимают во внимание обильность выделений, которая также может быть нестабильным показателем.

К концу периода полового созревания (к 16 - 17 годам) у девочки в норме должны сформироваться грудные железы, заканчивается оволосение лобка и подмышечных впадин, устанавливаются регулярные менструации и приостанавливается рост тела [1].

1.2. Особенности течения беременности у девочек-подростков

Если беременность все-таки наступила, то нет смысла продолжать скрывать этот акт от родных. Сама по себе проблема не решится, да и решить ее правильно и насколько это возможно в данной ситуации безопасно подросток вряд ли сумеет. Лучше всего сообщить о случившемся матери и вместе решать возникшую проблему. В первую очередь нужно обратиться к гинекологу, он посмотрит на состояние плода и матери и сделает выводы о возможности аборта или родов. Последствия для организма молодой матери имеются в обоих случаях.

Беременность в подростковом возрасте довольно серьезное испытание для организма девочки, так как беременность и роды протекают в условиях функциональной незрелости организма, неадекватности адаптационных механизмов, что создает высокий риск возникновения осложнений, как для матери, так и для плода.

Существует целый ряд причин, по которым могла возникнуть такая беременность:

- недостаток полового просвещения;

- сексуальная раскрепощенность. На сегодня средний возраст подростковой беременности - 15 – 16 лет;
- абсолютное отсутствие каких – либо знаний о правилах контрацепции;
- насилие;
- социально-экономическое положение.

Недостаток полового просвещения может отсутствовать вообще или же быть неправильным. Большая ответственность за половое просвещение лежит на родительских плечах. Однако, многие стесняются говорить с детьми на подобные темы. Далеко не все находят свободное время. А половое просвещение в учебных заведениях находится на очень низком уровне.

Сексуальная раскрепощенность. Желание быть непохожим на других, показаться более опытным в кругу своих сверстников подталкивает подростков к раннему началу половой жизни. Нередко подобный шаг осуществляется под влиянием алкогольных напитков или наркотиков. Психологи заявляют, что чаще всего с ранней беременностью сталкиваются дети, имеющие склонность к агрессии и гиперактивности.

Неумение пользоваться контрацептивами. Подростки, как правило, равнодушно относятся к методам контрацепции из-за недостатка знаний о противозачаточных средствах, неумения ими пользоваться или просто из-за страха приобрести их в аптеке открыто или хранить дома.

Насилие. Насильственные половые акты чаще всего происходят в неблагополучных семьях, где в роли насильника может выступить родной отец, брат или отчим. Реже изнасилования происходят за пределами дома. Напуганная девочка может скрывать от близких случившееся довольно длительное время. Изнасилования бывают неоднократными.

В течение подростковой беременности наблюдаются следующие сложности:

- очень часто ранняя беременность сопровождается выраженным токсикозом, а также низкой прибавкой в весе, гипертонической болезнью и присоединением железодефицитной анемии;
- у юных беременных наблюдается самый высокий уровень риска развития плацентарной недостаточности, гестоза, предлежания плаценты, выкидышей, внутриутробной гипоксии, преждевременных родов;
- подростковая беременность очень часто при родоразрешении способствует развитию аномалий, так как у юной матери в наличии физическая незрелость, то возникает огромная вероятность возникновения разрывов промежностей, шейки матки и кровотечений;
- очень высокий процент родоразрешения путем кесарева сечения, так как таз еще сформирован не полностью;
- дети, рожденные у девочек - подростков, имеют маленький вес, а также отставание в физическом и психическом развитии [2].

1.3 Особенности течения родов у девочек в подростковом периоде

Течение и исход родов существенно зависит от возрастной группы девочки-подростка. Так в возрасте 14 лет и младше процент тяжелых осложнений больше, чем в возрасте 15-17 лет [12].

У рожениц в возрасте младше 14 лет можно выявить возможные осложнения в родах:

- физиологическое несоответствие между головкой плода и тазом матери;
- слабость родовой деятельности;
- травмы родовых путей;
- гипотоническое кровотечение.

У рожениц 15-17 лет структура осложнений несколько другая:

- быстрые роды;

- слабость родовой деятельности;
- разрывы шейки матки и промежности;
- гипотоническое кровотечение.

Все юные первородящие обязательно должны быть включены в группу "высокого риска" по материнской и перинатальной смертности. Госпитализация юных первородящих должна производиться в Перинатальные центры или в специализированные родильные дома, где персонал должным образом подготовлен к работе с данным контингентом беременных и рожениц [3].

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 других специалистов.

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. [1]

1.4. Анатомо-физиологические особенности организма женщины в период половой зрелости

Период половой зрелости, еще его называют репродуктивным периодом, занимает около 30 лет, он берет свое начало с 18 лет и продолжается до 45 лет. В репродуктивный период у женщины функционирует менструальный цикл, состоящий из двух фаз. Физиологический механизм менструального цикла очень сложен. Его суть заключается в следующем: в подкорковой зоне головного мозга происходит пульсирующая секреция специальных химических веществ (нейросекретов), они по кровеносному руслу попадают в переднюю долю гипофиза, где вырабатывается два вида так называемых гонадотропных гормонов: лютеинизирующий гормон (ЛГ) и фолликулостимулирующий гормон (ФСГ). Два этих гормона, попадают в кровь и действуют на яичник, тем самым стимулируют рост фолликула, в котором начинают вырабатываться половые гормоны (эстрогены) и начинает созревать яйцеклетка. В результате повышения продукции ЛГ и ФСГ в середине менструального цикла (11—15-й день) приводит к разрыву фолликула, и яйцеклетка выходит в брюшную полость (1-я фаза цикла). Далее на месте фолликула возникает желтое тело, в котором начинается продукция гормона желтого тела прогестерона (2-я фаза цикла) [13]. В результате воздействия эстрогенных гормонов, в слизистой оболочке матки происходят восстановление и разрастание клеток эпителия функционального слоя слизистой оболочки матки (1-я фаза цикла). После овуляции начинает продуцировать гормон желтого тела (прогестерон) и в слизистой оболочке матки появляются железы, которые заполняются секретом (2-я фаза цикла, 15-28-й день) [4].

Если в течение менструального цикла оплодотворение не наступило, то происходит увядание желтого тела, оно уменьшается и прекращает выработку прогестерона. Этот процесс приводит к омертвлению функционального слоя слизистой оболочки матки, что в результате приводит к её отторжению, тем самым наступает менструация. Концентрация в крови половых гормонов

изменяется, что приводит к новому процессу выработки яичниками нейросекретов в передней доле гипофиза, развитию нового фолликула и созреванию очередной яйцеклетки в яичнике. Этот сложный процесс происходит в организме женщины в течение всего периода половой зрелости. Менструальный цикл — циклические изменения в репродуктивной системе женщины с 1-го дня предыдущей менструации до 1-го дня настоящей менструации. Нормальная продолжительность менструального цикла 21—35 дней [14].

Пременопаузальный период жизни характеризуется высокой социальной активностью женщины, обусловленной накопленным жизненным опытом, знаниями и т.д. Вместе с тем в этом возрасте снижаются защитные силы организма, повышается неинфекционная заболеваемость, постепенно нарастает масса тела на фоне выраженных изменений в репродуктивной системе. Начинается постепенное уменьшение гормональной функции яичников, которое характеризуется наступлением менопаузы. В результате нарушения функции яичников возникают кровотечения из измененной слизистой оболочки матки.

В постменопаузе продолжается прогрессивное снижение гормональной функции яичников. При этом идут процессы инволюции не только в органах репродуктивной системы, но и во всех других органах и системах. Уменьшается матка, слизистая оболочка влагалища истончается, складчатость уменьшается, появляется сухость влагалища. Происходят атрофические изменения в мочевом пузыре, мочеиспускательном канале, мышцах тазового дна. Это ведет к недержанию мочи при напряжении, опущению стенок влагалища и матки. Существенно изменяется обмен веществ с избыточным отложением подкожного жира. Повышается свертываемость крови вследствие снижения выработки эстрогенных гормонов, начинаются потеря костями кальция, уменьшение костного вещества. Все это ведет к тяжелым последствиям: остеохондрозу, переломам трубчатых костей и наиболее опасному из них ~ перелому шейки бедра.

1.5. Особенности течения беременности у возрастных женщин

К несчастью, чем старше беременная женщина, тем выше риски не вынашивания данной беременности и высок риск развития патологии плода.

У каждой женщины еще на генетическом уровне заложено определенное количество яйцеклеток. И с началом менструации каждый месяц организм женщины расходует несколько яйцеклеток. Механизм овуляции очень сложен. Сначала растут несколько клеток, далее большая часть из них погибает еще до момента овуляции, а уже непосредственно в процессе овуляции участвует 1 и редко 2 яйцеклетки. Проведя подсчеты делаем вывод, что если менструации начались в 13 лет, то к 35 годам уже израсходовано 264 – 300 яйцеклеток [5].

Возможно возникновение таких осложнений как:

– хромосомная патология. В норме женская яйцеклетка содержит 22 аутосомы и половую X хромосому, сперматозоиды также содержат 22 аутосомы и половую X или Y хромосому (именно поэтому пол будущего ребенка определяет отец). Так, женские и мужские половые клетки содержат половинный набор хромосом. В процессе деления хромосом (в обычной клетке их 46, в половой 23) могут возникать ошибки. Обычно такому явлению подвергаются родители, чей возраст старше 30 лет. Поэтому высок риск зачать ребенка с синдромом Дауна, если в яйцеклетке осталась 1 лишняя хромосома в 21 паре (т.е. общее число хромосом в яйцеклетке составит 24, а не 23). Большинство генетических нарушений напрямую связано с патологией генетического материала половых клеток;

– соматические заболевания матери оказывают негативное влияние на плод. Чаще всего уже к тридцати годам у женщины в среднем насчитывается 2-3 заболевания внутренних органов, которые отражаются на способности к зачатию, вынашиванию и рождению здорового малыша;

– серьезная нагрузка на «немолодой» организм женщины. В период всей беременности и родов нагрузка на все органы и системы увеличивается в 2 раза, а поэтому именно период вынашивания и рождения малыша является ключевым

моментом в возникновении и развитии различных заболеваний, а также причиной обострения хронических недугов;

– самопроизвольное прерывание беременности (выкидыш). У старородящих женщин после 35 лет риск выкидыша возрастает до 20%-30%, а после 40 лет – до 80%. Самопроизвольный аборт у женщин старшей возрастной группы чаще всего происходит до 14 недели беременности по причине хромосомных, генных мутаций плода и патологии свертывающей системы крови мамы;

– предлежание плаценты – грозная акушерская патология, при которой плацента частично или полностью перекрывает область внутреннего зева шейки матки. Данное состояние нуждается в особенном подходе ко всей беременности, а особенно к родам, так как отслойка плаценты может привести к большой кровопотерей;

– гестоз и диабет беременных чаще всего возникают у женщин старше 35 лет, именно они более склонны к нестабильности артериального давления, а при наличии повышенного веса у них возникает риск развития гестационного сахарного диабета, что может пагубно сказаться на здоровье матери и жизнедеятельности плода;

– преждевременные роды и дефицит массы тела новорожденного. У женщин в возрасте от 30 лет и выше существенно повышается риск развития преждевременной родовой деятельности, в результате чего рождаются дети, едва достигающие 2,5 кг веса.

Поэтому к вопросу планирования беременности после 35 лет необходимо отнестись очень серьёзно, необходимо пройти тщательные обследования, включая всевозможные генетические исследования, проконсультироваться с генетиком и быть готовой к постоянному наблюдению врачей в период всей беременности. Обязательное прохождение всех специальных тестов и анализов с целью выявления патологий плода и УЗИ диагностика развития плода [6].

Но беременность в более позднем возрасте не приговор. Если у будущей матери хорошее соматическое здоровье, то с зачатием и вынашиванием не будет

никаких проблем. Конечно, определенные риски есть всегда, но это не повод лишать себя такого счастья, как материнство [15].

1.6. Особенности течения родов у возрастных женщин

У возрастных первородящих при наличии осложнений беременности и родов (узкий таз, крупный плод, тазовое предлежание плода, переносная беременность и т.д.) чаще всего назначают плановое кесарево сечение. При отсутствии показаний к кесареву сечению сразу же после излития околоплодных вод создают эстрогенно-витаминно-глюкозокальциевый фон и через 5 -6 ч начинают медикаментозное возбуждение родовой деятельности, что приводит к раскрытию шейки матки. Но если такого эффекта добиться не удаётся, то также прибегают к кесареву сечению [7].

Огромную роль играют диагностика и лечение слабости родových сил. Дискоординация родовой деятельности, ригидность шейки матки являются показанием к применению спазмолитических средств, если лечение безуспешно, то также прибегают к операции кесарево сечения. В настоящее время беременным старше 30 лет стараются отдавать предпочтение преимущественно оперативному родоразрешению.

Возможные осложнения в родах при поздней беременности:

- слабость родовой деятельности;
- разрывы мягких родовых путей;
- кровотечения плацентарного генеза.

Кроме этого, важно понимать, чем опасны поздние роды, например, после 35 лет:

- Значительно повышается риск внематочной беременности;
- Сильным токсикозом на раннем сроке и гестозом на позднем;
- Слабая родовая деятельность, требующая серьезной медикаментозной стимуляции или проведения кесарева сечения.

- Повышается риск раннего излития околоплодных вод и появления на свет недоношенного малыша.
- Часто детям не хватает кислорода, то есть возникает гипоксия плода, а это требует срочного проведения кесарева сечения.
- Роды естественным путем в зрелом возрасте бывают тяжелыми и длительными, поскольку эластичность суставов и мышц уже недостаточно высокая, поэтому ребенок в процессе рождения нередко получает травмы, как и сама мать.

Несколько рекомендаций о том, как избежать осложнений при родах:

- К моменту зачатия оба будущих родителя должны быть здоровы, насколько это возможно, для чего примерно за 3 месяца до предполагаемой беременности необходимо вылечить имеющиеся заболевания, в том числе и кариозные зубы, а также укрепить иммунную систему, особенно при частом возникновении простуд. Следует отказаться от употребления алкогольных напитков, курения и других вредных привычек как минимум за полгода до планируемого зачатия;
- Следует учесть и то, что все органы и системы будущего младенца формируются в первые 12 недель, поэтому важно заранее пролечить хронические заболевания матери, чтобы не допустить их обострения в этот период и возможного перехода к плоду по наследству;
- К моменту наступления беременности следует привести в норму свой вес, а также приучить организм к постоянным физическим нагрузкам и занятиям спортом, которые необходимы для укрепления мышц и повышения их эластичности;
- Правильно выбрать врача, который подойдет к планированию максимально ответственно и правильно подберет будущей маме не только необходимые витаминные комплексы, но и рацион, ведь соблюдение диеты тоже имеет немалое значение. Сегодня все чаще практикуется полное сопровождение беременности, когда врач, контролирующий весь процесс развития плода, принимает и роды. Но такая практика, к сожалению, существует далеко не

езде, поэтому к выбору роддома тоже нужно подойти ответственно и определить заранее то медицинское учреждение, где малыш появится на свет;

- Следует обязательно учесть то, что при отсутствии угрозы выкидыша беременность у женщины старше 35–40 лет должна проходить в активном режиме, то есть нельзя сидеть на месте. Нужно регулярно заниматься специальной гимнастикой, плаванием, ежедневно совершать пешие прогулки на свежем воздухе. Физические нагрузки допустимы только с разрешения врача;
- Важно вовремя проходить все назначенные обследования. Многим беременным этого возраста врач настоятельно рекомендует пройти амниоцентез – процедуру исследования околоплодной жидкости. Это дополнительное обследование позволяет точно определить состояние и развитие плода и выявить возможные отклонения. Исследование может быть проведено в период с 14 по 20 неделю.

Конечно, поздние роды имеют не только минусы, но и плюсы, главным из которых можно назвать то, что беременность в зрелом возрасте редко является случайной и нежеланной. Как правило, у взрослых женщин дети рождаются запланировано, они подготовлены к появлению малыша, испытывая при этом массу положительных эмоций, а не воспринимая свое состояние в качестве обузы, как нередко бывает с молодыми мамами. Дети, появившиеся на свет, когда их мамам было уже 35-40 лет практически всегда любимы. Кроме этого, по наблюдению ученых, малыши взрослых женщин всегда имеют гораздо более высокое психоэмоциональное и общее развитие по сравнению с детьми молодых мам. Они намного лучше учатся в школе, имеют больше талантов. Что объясняется тем, что взрослые мамы уделяют гораздо больше внимания своим долгожданным детям, занимаются их развитием и проводят с ними много времени. Если физиологически для родов оптимальным возрастом считается 19–29 лет, то в эмоциональном и психологическом плане женщина готова к появлению младенца лишь к 30 годам и позже. Именно в этом возрасте женщины

воспринимают свое состояние позитивно, более ответственно и серьезно относятся и к своей беременности, и к процессу рождения, более охотно проходят необходимую подготовку и выполняют все предписания врача, не пропуская плановых осмотров и обследований. Среди медицинских факторов тоже есть свои плюсы поздних родов, например, у женщины старше 35 лет после рождения младенца уменьшается риск возникновения остеопороза или инсульта, снижается уровень имеющегося холестерина, гораздо легче проходит период менопаузы.

1.7. Роль акушерки в профилактике осложнений во время беременности и родов у юных и возрастных первородящих

Акушерка играет огромную роль в профилактике осложнений во время беременности и родов у юных и возрастных первородящих [16].

Принципы профилактики осложнений у юных и возрастных первородящих, следующие:

- акушерка в женской консультации, в первую очередь, обязана взять на учет всех беременных своего района, независимо от возраста и обеспечить квалифицированное постоянное наблюдение за ними;
- акушерка должна стараться брать на учет женщин с ранних сроков беременности – желательно до 12 недель;
- во время первого обращения беременной в женскую консультацию акушерка должна завести индивидуальную карту беременной, куда она заносит тщательно собранный анамнез, данные общего осмотра, а также результаты акушерского исследования (размеры таза, окружность живота, высота стояния дна матки, сердцебиение плода, данные влагалищного исследования) [8];
- акушерка должна знать методы определения срока беременности и родов;
- акушерка должна объяснить женщине важность всех лабораторных исследований, назначенных ей (общий анализ крови, кровь на RW, ВИЧ,

групповую и резус-принадлежность, анализ мочи, биохимический анализ крови с определением гликемии, коагулограмма, анализ выделений из влагалища, анализ кала на яйца гельминтов);

– акушерка должна уметь определять резус – фактор и группу крови. При резус-отрицательной принадлежности крови у беременной определяется группа крови и резус принадлежность крови мужа. Если у мужа кровь резус положительная, этой беременной ежемесячно проводится анализ крови на наличие титра антител, содержание гемоглобина, эритроцитов и билирубина;

– при отягощенном акушерском анамнезе (мертворождения, выкидыши, преждевременные роды, уродства или врожденные пороки плода, привычное невынашивание) акушерка объясняет женщине важность проведения углубленного обследования беременных на наличие хронических инфекций (токсоплазмоз, листериоз, хламидиоз, микоплазмоз и др.);

– акушерка должна дать беременной полную информацию о сроках диспансеризации и проводить соответствующие профилактические мероприятия;

– всем беременным, а в особенности возрастным первородящим акушерка должна объяснить важность посещения медико – генетической консультации с целью проведения генетических методов исследования и УЗ скрининга пороков развития плода;

– именно акушерка по данным анамнеза и после клинического и лабораторного исследования определяет принадлежность беременной к определенной группе риска и в дальнейшем осуществляет узконаправленную профилактику;

– во время каждого посещения беременной женской консультации акушерка измеряет окружность живота и высоту стояния дна матки, определяет положение и сердцебиение плода, измеряет АД на обеих руках, массу тела и производит забор мочи;

– в сроки беременности 16-19 недель, 22-24 недели, 23-30 недель все беременные обязательно подвергаются ультразвуковому обследованию, акушерка обязана напоминать беременным о важности данного исследования;

– ведет и дает рекомендации беременной, пока она состоит на учете в женской консультации [9].

Роль акушерки в роддоме:

– встречает будущую маму в приемном отделении роддома;

– находится с ней максимальное количество времени во время схваток, фиксируя их частоту, продолжительность и силу;

– наблюдает за физиологическим состоянием роженицы и плода, ведёт контроль над сердцебиением, излитием околоплодных вод, работой мочевого пузыря и кишечника;

– помогает свести к минимуму все болевые ощущения, делая массаж, душ, смену позы, контролируя дыхание;

– обеспечивает психологический и физиологический комфорт роженице (поддержание контакта с врачом, предложить воды, помочь дойти до туалета, перестелить постель, задать вопрос о самочувствии);

– выполняет все манипуляции и процедуры, назначенные врачом;

– принимает роды, помогает врачу избежать разрывов промежности;

– проводит первичный туалет и обработку новорожденного, взвешивает, измеряет, пеленает ребенка;

– проводит оценку состояния ребенка: дыхание, окраска кожи, наличие рефлексов, оценка по шкале Апгар;

– прикладывает ребенка к груди, обучает маму правильному грудному вскармливанию или кормлению из бутылочки;

– перерезает и обрабатывает пуповину;

– информирует маму в послеродовом периоде: контролирует артериальное давление, тонус матки, кровопотерю.

Раннее выявление осложнений беременности (гестозы, узкий таз, невынашивание, неправильное положение плода, кровотечение и др.) и экстрагенитальных заболеваний является важнейшей задачей акушерки. Всех женщин с осложнённой беременностью берут на специальный учет и ведут за ними тщательное наблюдение, своевременно госпитализируют при необходимости [10].

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛИ АКУШЕРКИ В ВЕДЕНИИ ЮНЫХ И ВОЗРАСТНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ

2.1. Материалы и методы исследования

Исследование проводилось с марта по апрель 2019 года на базе ОГБУЗ «Областной клинической больницы Святителя Иоасафа Перинатального Центра», в ходе которого были проанкетированы 15 юных и 15 возрастных первородящих.

Методы исследования, использованные в данной работе:

- анкетирование женщин;
- статистический анализ данных.

2.2. Результаты исследования

По результатам статистики по России мы выяснили, что 50% подростковых беременностей заканчиваются абортами, 35% - родами и 15% - выкидышами (Рис. 1).

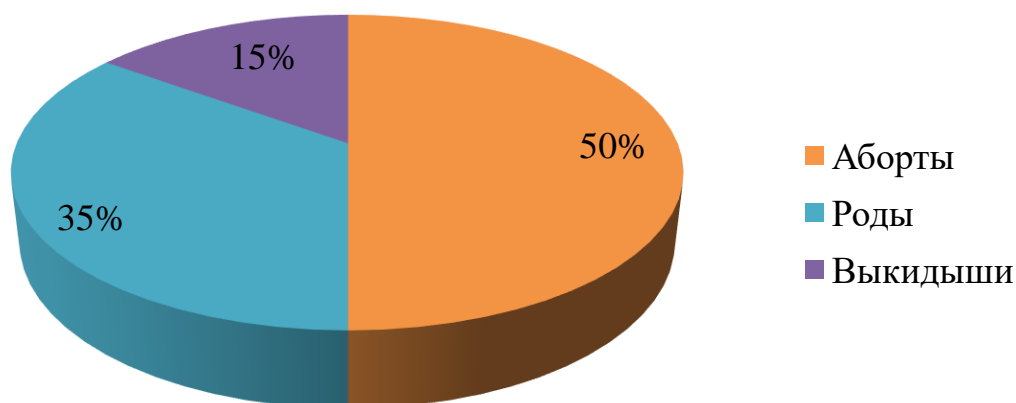


Рис. 1. Статистика России

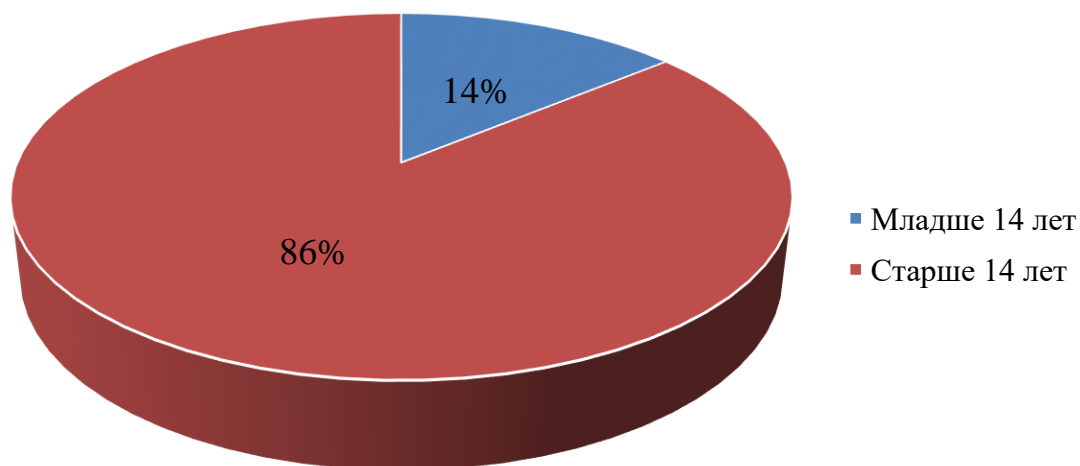


Рис. 2. Возрастные категории юных первородящих

По итогам анкетирования было выявлено, что 14% опрошенных юных первородящих ещё не достигли четырнадцатилетнего возраста (Рис. 2).

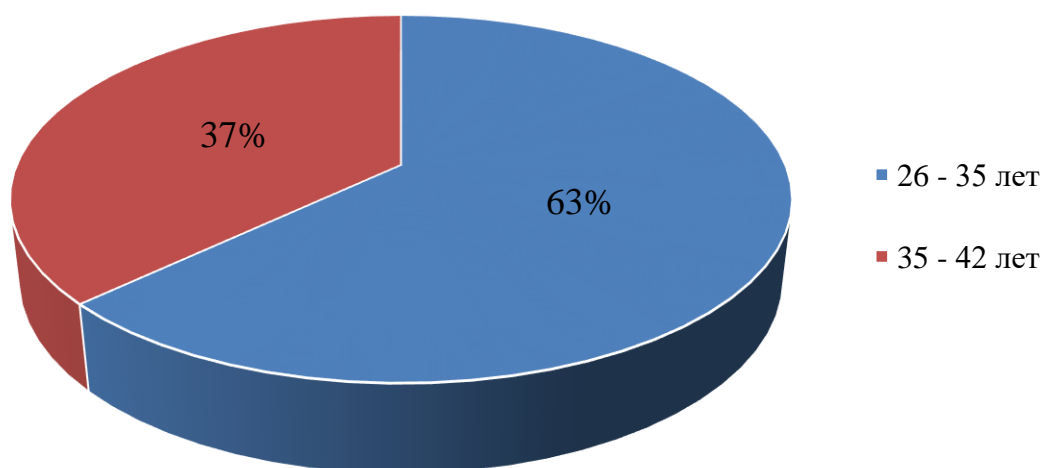


Рис. 3. Возрастные категории возрастных первородящих

Анализируя данные проведённого опроса, видно, что 63% опрошенных возрастных первородящих были в возрасте от 26 до 35 лет, 37% - от 35 до 42 лет, старше 42 лет в анкетировании участие не принимали (Рис. 3).

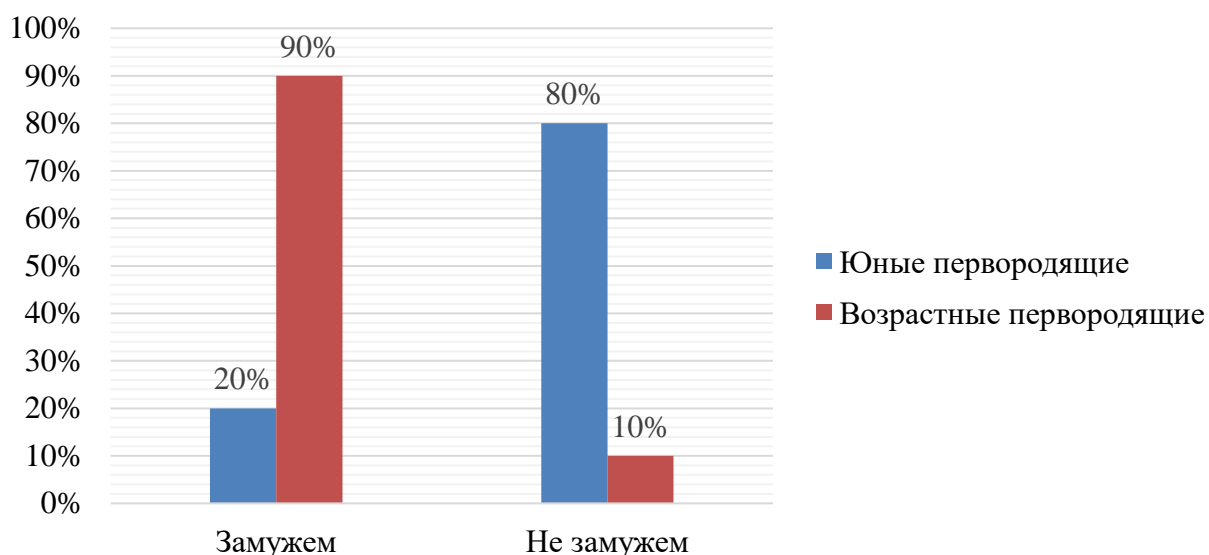


Рис. 4. Семейное положение

Анализ семейного положения показал, что 80% юных первородящих не состоит в браке. Среди возрастных первородящих доля женщин, не состоявших в браке, значительно ниже – всего 10% (Рис. 4).

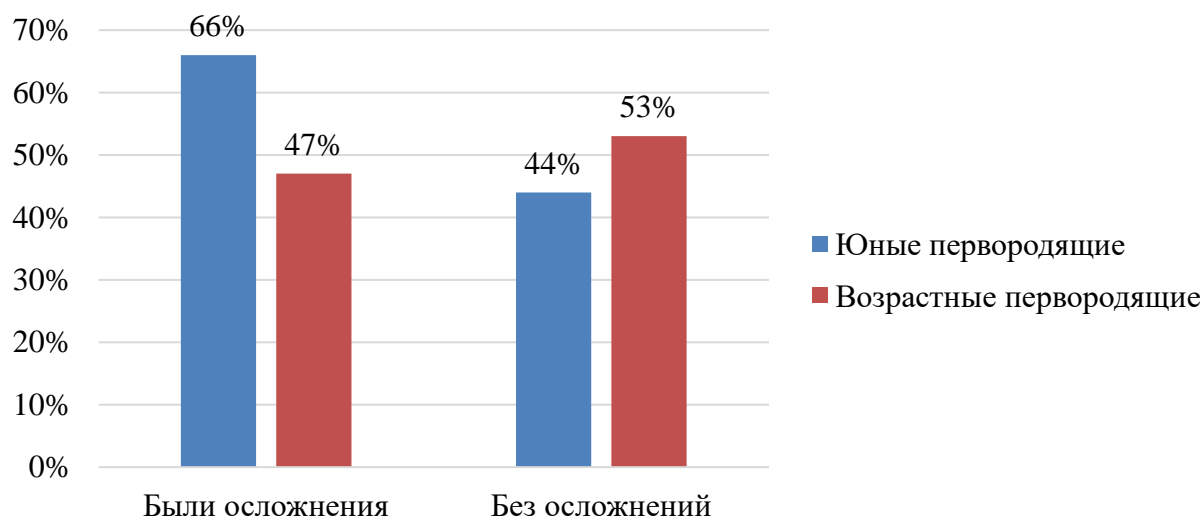


Рис. 5. Осложнения беременности

Проведя анкетирование, можно сделать вывод, что больший процент осложнений беременности у юных первородящих (Рис. 5).

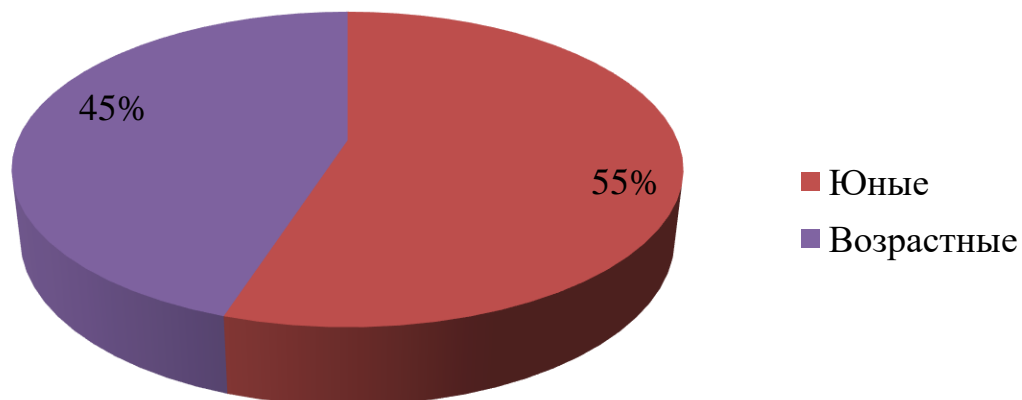


Рис. 6. Анализ родов естественным путем

В большинстве случаев у юных первородящих роды протекают естественным путем (Рис. 6).

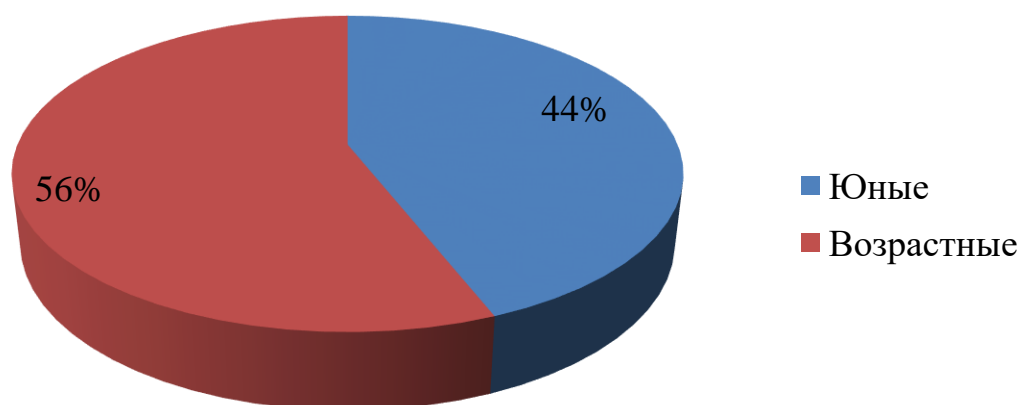


Рис. 7. Анализ первой менархе

Данные анкетирования показывают, что у 56% юных первородящих менархе наступала раньше, чем у возрастных первородящих, процент которых составил 44% (Рис. 7).

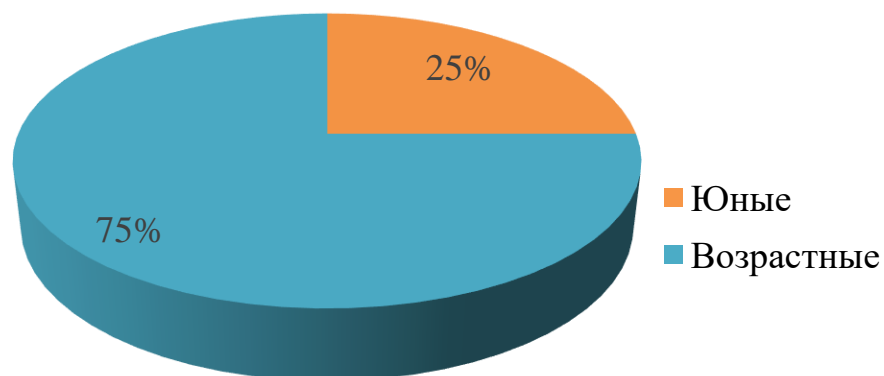


Рис .8. Анализ наличия опыта по уходу за ребенком

По итогам опроса мы видим, что у возрастных первородящих процент наличия опыта по уходу за ребенком больше, чего нельзя сказать о юных первородящих (Рис. 8).

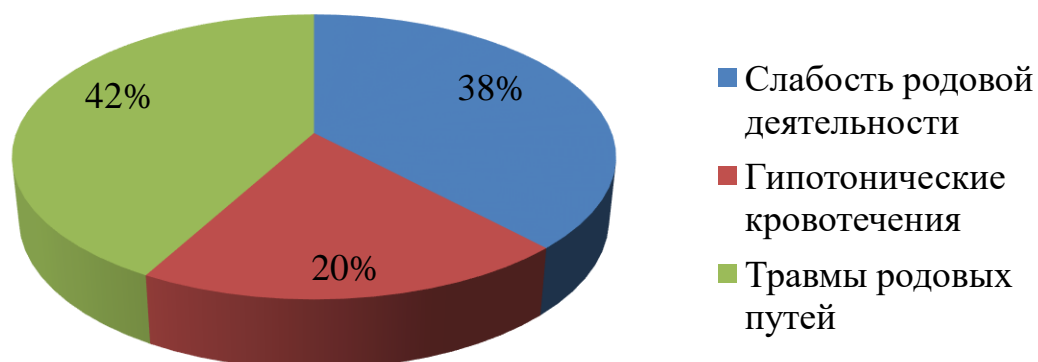


Рис. 9. Осложнения в родах у юных первородящих младше 14 лет

На диаграмме мы видим, что гипотонические кровотечения у юных первородящих в возрасте младше 14 лет составляют 20%, слабость родовой деятельности 38% и травмы родовых путей 42% (Рис. 9).

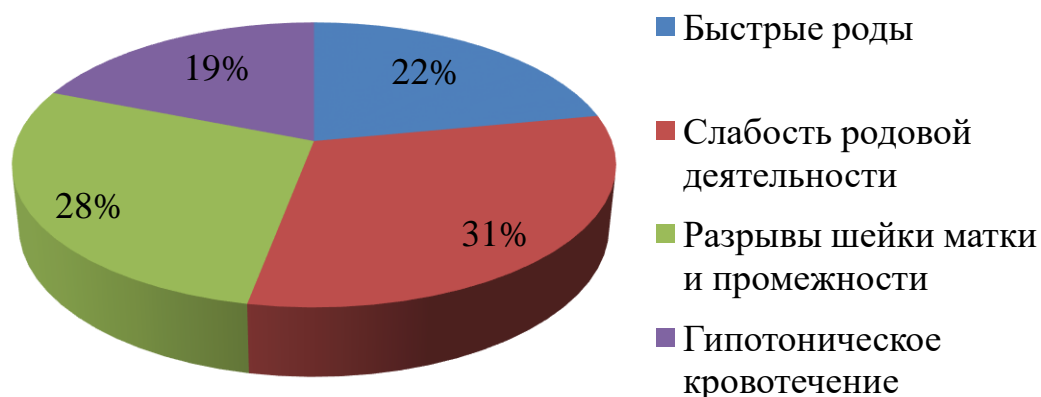


Рис. 10. Осложнения в родах юных первородящих 15-17 лет

Первое место среди осложнений родов у юных первородящих в возрасте 15-17 лет занимает такое осложнение как, слабость родовой деятельности (Рис. 10).

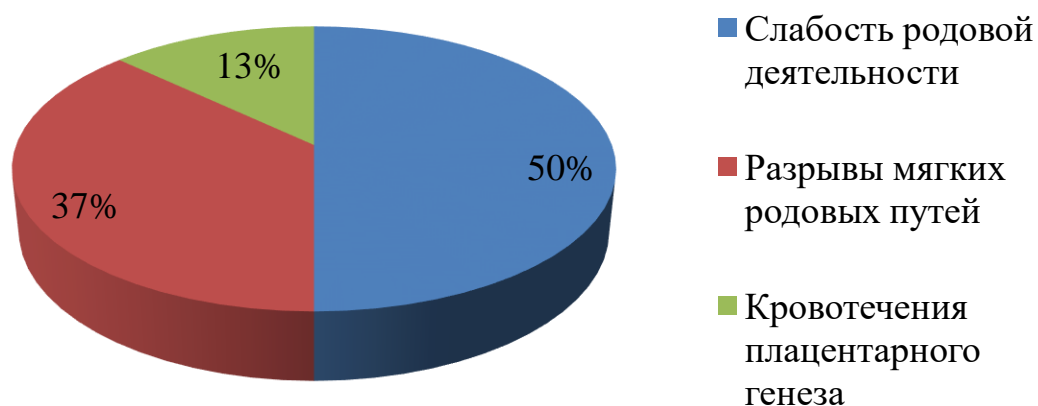


Рис. 11. Осложнения в родах у возрастных первородящих

Большой процент (50%) из всех осложнений у возрастных первородящих получает слабость родовой деятельности, 37% – разрывы мягких родовых путей и 13% – кровотечения плацентарного генеза (Рис. 11).

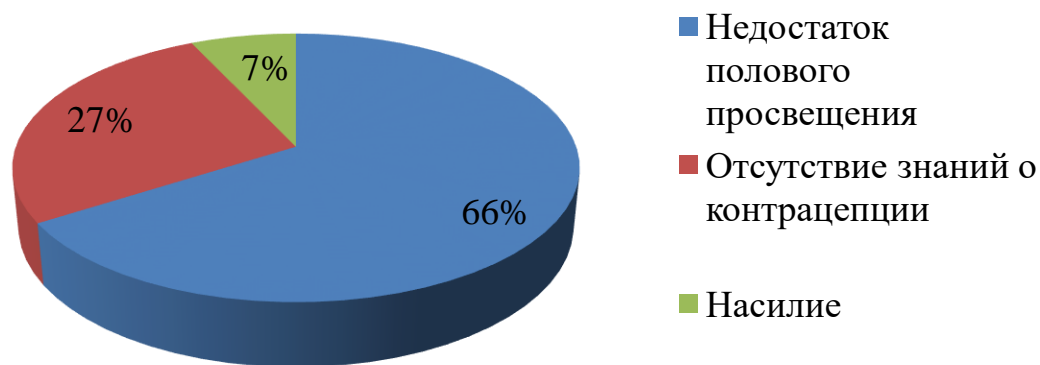


Рис. 12. Причины возникновения подростковой беременности

На диаграмме мы видим, что большую часть среди причин возникновения подростковой беременности занимает недостаток полового просвещения. Родители стараются не касаться темы секса в беседах со своими детьми или касаются лишь поверхностно. В итоге, подростки плохо знают физиологию противоположного пола и часто верят распространённым мифам. Например, что прерванный половой акт на сто процентов защищает от беременности (Рис. 12).

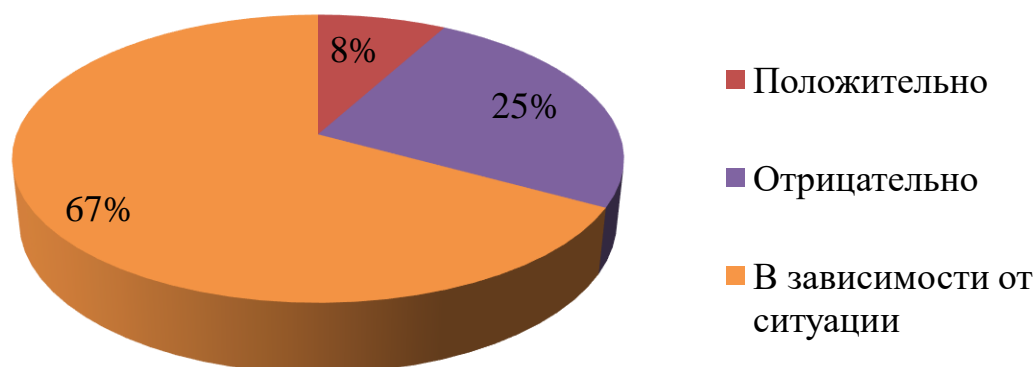


Рис. 13. Отношение к аборту

Анализируя данные опроса об отношении к аборту у юных и возрастных первородящих, мы выяснили, что 67% к аборту относятся в зависимости от ситуации, 25% отрицательно и лишь 8% положительно (Рис. 13).

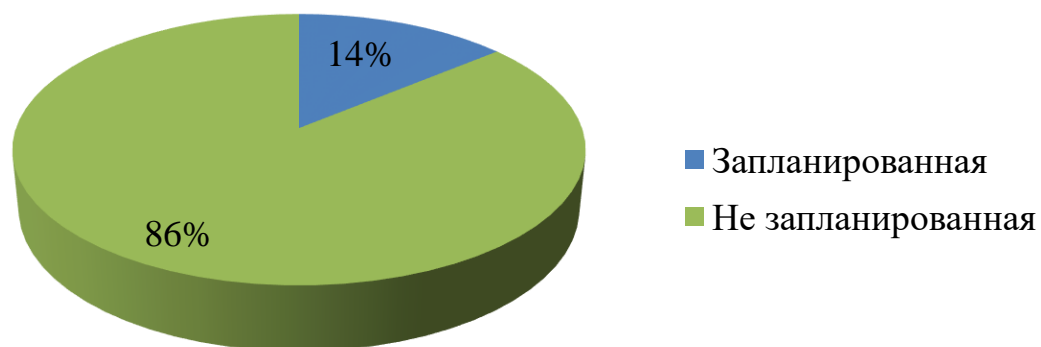


Рис. 14. Анализ планирования беременности у юных первородящих

По итогам анкетирования среди юных первородящих о желательной или не желательной беременности мы выяснили, что в 86% случаев беременность была не запланированной (Рис. 14).

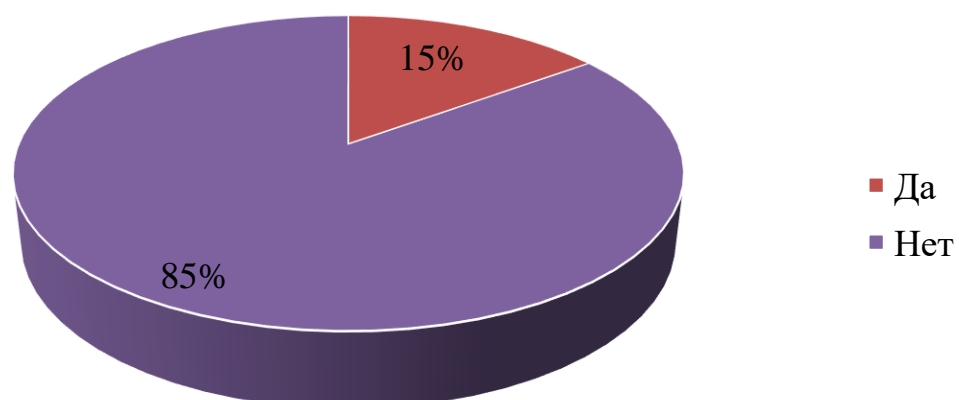


Рис. 14. Анализ наличия вредных привычек во время беременности

На диаграмме видно, что среди юных и возрастных первородящих больший процент тех женщин, у которых нет вредных привычек во время беременности (Рис. 14).

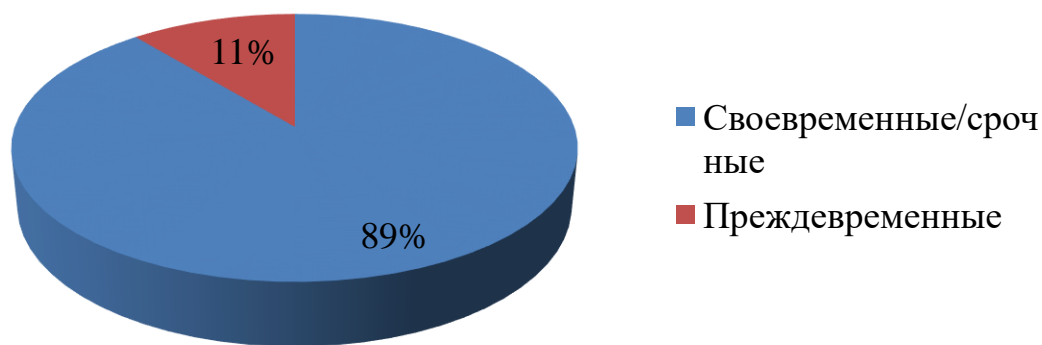


Рис. 16. Роды у юных первородящих

Анализ исходов родов у юных первородящих показывает, что роды в 91% случаев являются своевременными и в 11% - преждевременные (Рис. 16).

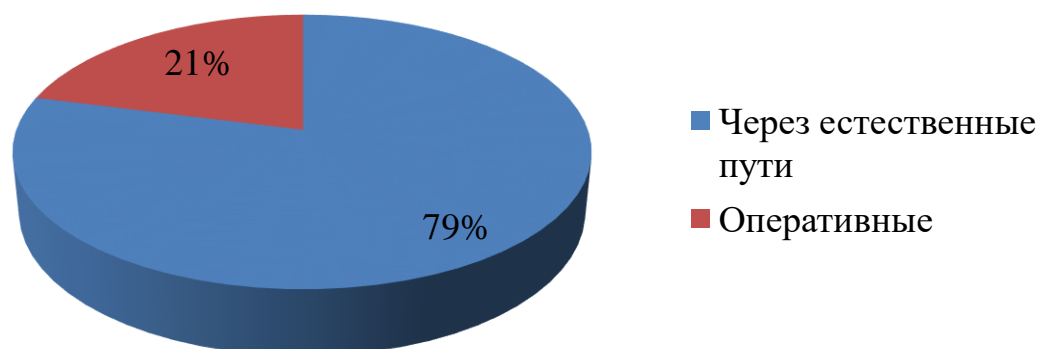


Рис. 16. Метод родоразрешения у юных первородящих

Анализ методов родоразрешения у юных первородящих показал, что преимущественно преобладают роды через естественные пути (79%), а на долю оперативных приходился 21% (Рис. 16).

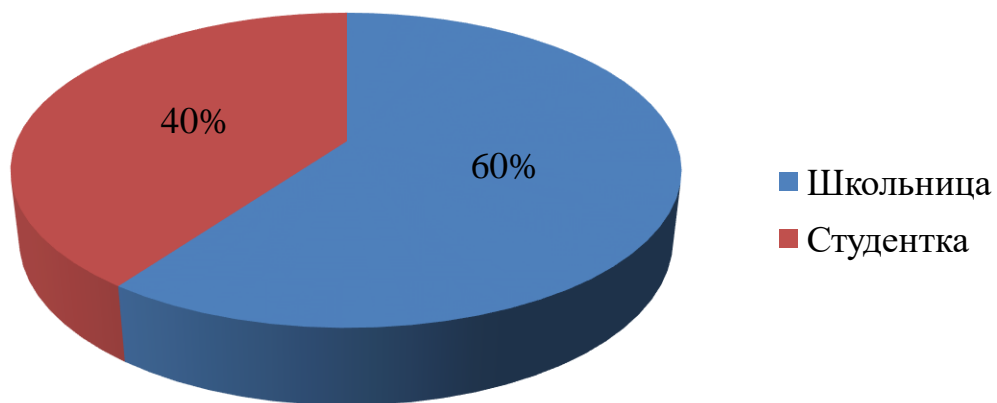


Рис. 17. Социальное положение юных первородящих

Анализ социального положения у юных первородящих показал, что 60% являются школьницами и 40% - студентками (Рис. 17).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведя анкетирование среди юных и возрастных первородящих, мы можем сделать вывод, что 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 во время родов с которой сталкивается девочка-подросток это травмы родовых путей 42%, слабость родовой деятельности 38% и гипотонические кровотечения 20%.

Анализ исходов родов у девочек в подростковом периоде показывает, что роды в 89% случаев являются своевременными и в 11% случаев – преждевременные. Тем самым из анализа следует, что преимущественно преобладают роды через естественные пути 73%, – на долю оперативных приходилось – 28%.

Беременность в возрасте 30-35лет, конечно, не может быть полностью свободна от риска, но во многих случаях этот риск можно свести к минимуму, если женщина заранее подготовит себя физически к предстоящему процессу. Органы плода формируются в первые 12 недель беременности и в это время плод более всего уязвим. Поэтому планирующим родить женщинам следует правильно питаться, отказаться от вредных привычек, кофеина. Следует принимать витамины и заниматься физическими упражнениями. Это увеличит шансы легко и хорошо перенести беременность и родить здорового ребенка. Но стоит помнить, что беременность – не время для начала физических занятий. Физически нужно подготовиться заранее, тогда легче будет справиться с проблемами, если они возникнут.

Социальные факторы риска (вредные привычки, недостаточная материальная обеспеченность, незарегистрированный брак, отсутствие контрацепции) занимают ведущее место в подростковой группе. Для первородящих в возрасте 35 лет и старше более характерны медицинские проблемы: отягощенный соматический и акушерско-гинекологический анамнез.

Существенной особенностью беременности у подростков является ее незапланированность, у юных составляет 72%, поэтому вопросы ведения приходится решать уже в ходе вынашивания. У первородящих женщин старше 35 лет уже на этапе планирования беременности для решения вопроса о возможности ее вынашивания следует проводить всестороннее обследование врачами-специалистами с коррекцией выявленной патологии. Ведение беременности у юных первородящих предусматривает индивидуальную просветительскую работу об особенностях гестации, о необходимости исключения вредных привычек, соблюдении режима труда и отдыха (вплоть до освобождения от учебы). У женщин позднего репродуктивного возраста следует разрабатывать индивидуальный план ведения беременности совместно со специалистом по профилю выявленного экстрагенитального заболевания. В родах при возникновении осложнений (аномалии родовой деятельности) пересмотреть план ведения в пользу кесарева сечения без попытки коррекции.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Апресян, С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях [Электронный ресурс] / Апресян С.В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 464 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-0992-3 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970409923.html>
2. Апресян, С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях [Электронный ресурс] / С. В. Апресян; под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 536 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-3238-9 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432389.html>
3. Глухов, А.А. Основы ухода за хирургическими больными [Электронный ресурс]: учебное пособие / Глухов А.А., Андреев А.А., Болотских В.И. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-4110-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441107.html>
4. Двойников, С.И. Общепрофессиональные аспекты деятельности средних медицинских работников [Электронный ресурс]: учеб. пособие / под ред. С.И. Двойникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-3516-8 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970435168.html>
5. Двойников, С.И. Организационно-аналитическая деятельность [Электронный ресурс]: учебник / С. И. Двойников и др.; под ред. С. И. Двойникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 480 с. - ISBN 978-5-9704-4069-8 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970440698.html>
6. Двойников, С.И. Проведение профилактических мероприятий [Электронный ресурс]: учеб. пособие / С. И. Двойников [и др.] ; под ред. С. И. Двойникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-4040-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970440407.html>
7. Джордан, С. Беременность. Руководство пользователя: Основная информация, рекомендации по устранению неполадок, советы будущим

родителям [Электронный ресурс] / Джордан С. - М.: Альпина Паблишер, 2016. - 257 с. - ISBN 978-5-91671-464-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785916714647.html>

8. Князев, С.А. Школа здоровья. Беременность [Электронный ресурс]: руководство / Князев С.А., Хамошина М.Б. Под ред. В.Е. Радзинского - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 208 с. (Серия "Школа здоровья") - ISBN 978-5-9704-1951-9 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970419519.html>

9. Островская, И.В. Основы сестринского дела [Электронный ресурс]: учебник / Островская И.В., Широкова Н.В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-3940-1 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439401.html>

10. Радзинский, В. Е. Неразвивающаяся беременность [Электронный ресурс] / под ред. В. Е. Радзинского - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 176 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-4379-8 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970443798.html>

11. Радзинский, В.Е. Гинекология [Электронный ресурс] / под ред. В.Е. Радзинского, А. М. Фукса - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1000 с. - ISBN 978-5-9704-4249-4 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970442494.html>

12. Радзинский, В.Е. Неразвивающаяся беременность [Электронный ресурс] / Радзинский В.Е., Димитрова В.И., Майскова И.Ю. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 200 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-0991-6 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970409916.html>

13. Савельева, Г.М. Гинекология [Электронный ресурс] / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, И.Б. Манухина - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 1008 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-4152-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441527.html>

14. Савельева, Г.М. Гинекология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, И.Б. Манухина - М: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 704 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-2662-3 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426623.html>
15. Широкова, Н.В. Основы сестринского дела: Алгоритмы манипуляций [Электронный ресурс]: учебное пособие / Н. В. Широкова и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 160 с. - ISBN 978-5-9704-3939-5 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439395.html>
16. Ших, Е.В. Фармакотерапия во время беременности [Электронный ресурс] / под ред. Е.В. Ших - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 208 с. - ISBN 978-5-9704-4978-3 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970449783.html>

ПРИЛОЖЕНИЯ

АНКЕТА

Мы провели анкетирование среди юных и возрастных первородящих, которое включает в себя следующие вопросы:

1. Ф.И.О.
2. Возраст
3. Состояли ли вы в браке до зачатия ребенка?
 - А. Да
 - Б. Нет
4. Подтолкнула ли вас беременность на законное оформление отношений?
 - А. Да
 - Б. Нет
5. Вы сразу начали осознавать какую ответственность вы на себя берете?
 - А. Да
 - Б. Нет
6. Беременность протекала с осложнениями?
 - А. Да
 - Б. Нет
7. Употребляли ли вы вредные привычки во время беременности?
 - А. Да
 - Б. Нет
8. Беременность была запланированной?
 - А. Да
 - Б. Нет
9. Роды проходили естественным путем?
 - А. Да
 - Б. Нет

10. Ваше отношение к аборту?
- А. Положительно
 - Б. Отрицательно
 - В. В зависимости от ситуации
11. Был ли у вас опыт по уходу за ребенком?
- А. Да
 - Б. Нет
12. Как отнеслись к вашей новости близкие?
- А. Положительно
 - Б. Отрицательно
13. Вы работали/учились во время беременности?
- А. Да
 - Б. Нет
14. Узнав о беременности, вы сразу оповестили близких?
- А. Да
 - Б. Нет
15. Сложно ли было это сделать?
- А. Да
 - Б. Нет

Основные методы контрацепции.

Воздержание



100% - эффективность

Плюсы:

- ✓ не требует затрат;
- ✓ не требует помощи врача;
- ✓ 100% защита от беременности!

Минусы:

- необходимость ограничивать себя.

– Презерватив



85-99% - эффективность

Плюсы:

- ✓ защита от ИППП и ВИЧ;
- ✓ простота применения;
- ✓ продаётся без рецепта;
- ✓ относительно низкая стоимость;
- ✓ легко помещается в карман или дамскую сумочку

Минусы:

- вероятность разрыва презерватива;
- возможность появления местной аллергической реакции;
- вероятность беременности при неправильном использовании (особенно при извлечении);
- одноразовость.

Гормональная контрацепция



99,9% - эффективность

Плюсы:

- ✓ хорошая переносимость;
- ✓ простота применения;
- ✓ уменьшение боли при менструации.

Минусы:

- ежедневный прием препарата;
- индивидуальная непереносимость;
- не защищает от ВИЧ и ИППП.

Спермициды



85% - эффективность

Плюсы:

- ✓ можно использовать в любой период жизни женщины;
- ✓ можно применять в течении длительного времени.

Минусы:

- необходимость соблюдения 10-15 минутного интервала перед каждым половым актом.

Юная первородящая – это девушка 17 лет и моложе, которая вынашивает первого ребёнка.



Возрастная первородящая – это женщина старше 26 лет, которая вынашивает первого ребёнка.



Аборт – не метод контрацепции!

Осложнения после аборта

РАННИЕ

осложнения аборта, возникающие прямо во время операции или же в короткий срок после неё.

К ним относятся:

- Перфорация матки;
- Кровотечение;
- Воспаление брюшины и половых органов.

Самым опасным осложнением является перфорация стенки матки и маточное кровотечение. Подъем температуры тела, сильные тянущие боли внизу живота, рвота, тошнота, гнойно-кровянистые выделения из половых путей с неприятным запахом говорят о начале воспалительного процесса в половых органах у женщины.

ПОЗДНИЕ

это осложнения аборта, возникающие спустя какое-то время.

К ним относятся:

- Гормональные нарушения;
- Невынашивание;
- Бесплодие;
- Осложнения протекания беременности и родов.

Аборт чаще проводится хирургическим путём, при использовании различных расширителей матки. При быстром и насильственном расширении шейки матки, ткани её сильно повреждаются, это потом приводит к её недостаточности и, непременно, **к выкидышам.**

