

Профилактика подростковой беременности (для медработников)



Проблемы охраны репродуктивного здоровья населения, особенно подростков и молодежи для Российской Федерации, как и для всего мирового сообщества, в современных условиях приобретают особую медико-социальную значимость.

Их острота, прежде всего, связана с серьезными изменениями в репродуктивном поведении молодежи, **стойкой тенденцией** раннего начала половой жизни юношей и девушек.

В современной России подростками признают лиц в возрасте от 10 до 18 лет (МЗ РФ, 2001). В соответствии с определением ВОЗ: подростки - лица в возрасте от 10 до 19 лет.

Подростковый возраст определен как период, в течение которого: -завершается половое развитие от появления вторичных половых признаков до наступления половой зрелости;

-психологические детские процессы сменяются поведением, характерным для взрослых;

-происходит переход от полной социально-экономической зависимости к относительно самостоятельности.

Половое созревание подростков характеризуется формированием вторичных половых признаков и репродуктивных органов, обеспечивающих способность к зачатию и деторождению.

Психосексуальное развитие – это процесс формирования:

-сексуального влечения и сексуального поведения;

-полового самосознания (ощущение себя представителем определенного пола);

-половой роли (социальная модель поведения, включающая в себя ожидания и требования, адресуемые обществом людям мужского и женского биологического пола и наличие соответствующих стереотипов полового поведения);

Этапы психосексуального развития:

I этап: Формирование полового самосознания, половая идентификация, т.е. осознание своей принадлежности к определенному полу. Сравнивая себя со взрослыми и другими детьми, общаясь с ними, ребёнок через детское любопытство и изучение своих половых органов, получает образное представление о том, к какому полу он принадлежит. Этот этап можно считать завершённым к 4-6 годам, когда ребёнок четко усвоил, кто он - мальчик или девочка. Создав образное представление о своей половой принадлежности, ребёнок начинает усваивать половые роли.

II этап: Формирование стереотипа полового поведения через публичное выражение половой принадлежности. Этот этап продолжается весь препубертатный период. Навыки и стиль поло-ролевого поведения формируются в играх и в быту. Содержание этапа реализуется, прежде всего, через половое воспитание в семье – распределение ролей матери и отца.

III этап: Формирование психосексуальных ориентаций – направленность полового влечения, определяющая выбор полового партнера и особенности полового поведения. В детстве и подростковом возрасте идет процесс усвоения норм, взглядов и особенностей поведения, которые перенимаются от окружающих. Велика роль семьи, других взрослых, воздействия сверстников и самовоспитания.

Для современных подростков характерна сексуальная активность, опережающая сексуальную зрелость и потребность. Такое поведение отрицательно сказывается на соматическом, психическом и репродуктивном здоровье.

Факторы, определяющие начало половой жизни и сексуального поведения подростков:

Достижение физиологической зрелости в 35% случаев является предпосылкой к дебюту сексуальной активности;

уровень психической и социальной зрелости:

- выработка собственного мировоззрения;
- формирование социального сознания;
- стремление к независимости;
- потребность в самоутверждении и самовыражении.
- появляется желание «быть, как все» и любопытство (8,6%).

Семейная дисгармония:

- вызов родительской гиперопеке;
- отсутствие родительского внимания. Нередко девочка-подросток уступает сексуальным настояниям партнера (12,4%), чтобы не потерять любимого, **единственного, кто её оценил;**

-конкурентные отношения в семье, когда вся любовь родителей предназначена младшим. Из-за семейных проблем подростки тянутся на улицу, где «только друг и может меня понять». Это так называемый **секс от отчаяния** (11,8%).

Напряженные жизненные ситуации стимулируют поиск девиантной и сексуально активной среды (8,6%).

Либерализация половой морали:

-доступность периодических изданий эротической направленности;
-СМИ, позиционирующие сексуальное поведение, как руководство к действию.

Сексуальное насилие, когда в роли соблазнителя выступают собственные отцы, отчимы, любые другие близкие родственники жертвы, друзья дома (3,8%).

Заболевания ЦНС (органическое поражение, нейроинфекции, травмы), психические расстройства, симптомами которых могут служить отклонения в сексуальном поведении подростков.

Стресс и переживания по поводу подлинных или воображаемых сексуальных проблем нередко создают предпосылки к возникновению таких состояний, как вегетативная дистония, нарушения менструального цикла, неврозы, депрессии, дисморфофобии, нарушения пищевого поведения и т.д.

Сексуальная активность при психологической незрелости приносит только разочарование. Реально это отражается в поисках (смена партнеров), экспериментировании или в отвращении к половой жизни. Наиболее типична ситуация, когда девушка в возрасте 15-16 лет тяготеет к половой жизни, но сохраняет её ради партнера.

Таким образом, в большинстве случаев, сексуальная активность - это не истинная потребность, а дань моде, навязанный стереотип поведения. Поэтому необходимо половое просвещение, соответствующее сексуальное воспитание, обучение различным способам сублимации - подсознательному или осознанному действию, при котором происходит замещение (перевод) сексуальной энергии в другие виды деятельности (занятия спортом, каким-либо ремеслом, творчеством, учебной). При этом значение и роль секса в жизни человека не отрицаются. Но высокие моральные установки сопровождаются легкостью замещения сексуальных переживаний - «знаю, что и когда можно». Данный вариант сексуального поведения для подростков является наиболее оправданным с точки зрения влияния на соматическое и репродуктивное здоровья и поэтому должно поощряться.

Особую остроту проблеме сохранения репродуктивного здоровья подростков придает снижение рождаемости, обусловленное не только социальными причинами, но и низкими репродуктивными возможностями современных юношей и девушек.

Раннее начало сексуальных отношений в сочетании с низким уровнем знаний в этой области, плохой осведомленностью о средствах

и методах контрацепции и недостаточным их применением, приводят к росту числа беременностей у подростков и, как следствие, к увеличению числа абортов, неблагоприятных исходов родов и ухудшению репродуктивного здоровья подростков.

Ежегодно в мире около 16 млн. женщин в возрасте 15-19 лет и около 1 млн. в возрасте до 15 лет рожают детей. Это значит, что каждый десятый ребенок на планете рожден от матери, не достигшей 20-летнего возраста. Средний показатель рождаемости составляет 49 на 1000 подростков.

Ежегодно 26 млн. беременностей прерываются искусственно, 47 тыс. женщин умирают от абортов. Осложнения во время беременности и родов являются *второй причиной смерти подростков* во всем мире.

Риск материнской смертности от аборта у подростков в возрасте до 16 лет в 4 раза выше, чем у женщин в возрасте 20-29 лет. Вероятность смерти 15-летней девушки от причины, связанной с материнством, составляет 1 на 3700 в развитых странах и 1 на 160 в развивающихся странах.

Опубликованные данные выборочного опроса свидетельствуют о наличии сексуального опыта у 4% девочек в возрасте до 15 лет; у 24% девушек к 17 годам и у 61% -к 19 годам.

Важно и то, что у подростков в возрасте до 14 лет аборт закончился 95,8%, а в возрасте 15-17 лет - 70,3% первых беременностей. Больше половины первых беременностей девушки сочли несвоевременными (41%) или ненужными (14%). При первом половом контакте 41% подростков не использовали ни плановый, ни экстренный контрацептивный метод, не смотря на достаточную осведомленность о существующих средствах и способах защиты от зачатия. Кстати, о препаратах экстренной контрацепции подростки информированы слабо, а ведь эти таблетки позволяют на 85-99% снизить риск нежеланного зачатия.

Как правило, девушки-подростки медлят с обращением в клинику, потому что не имеют возможности посетить врача, либо не осознают, что беременны.

Риски, связанные с беременностью и родами, у несовершеннолетних обусловлены, прежде всего, физиологической незрелостью организма (незавершенное развитие репродуктивной системы, витаминно-минеральный дефицит), а также легкомысленностью и небрежным отношением к своему положению, неполным осознанием меры ответственности за себя и ребёнка. Это создает предпосылки к таким осложнениям во время беременности и родов, как угроза прерывания; токсикоз; анемия; задержка внутриутробного развития плода; пороки развития плода; преждевременные роды; слабость родовой деятельности; неправильное прикрепление плаценты, приводящее к кровотечениям, как во время беременности, так и в начале родов, что может привести к гибели ребенка и матери; неправильное положение плода; плацентарная

недостаточность, при которой нарушается нормальное кровоснабжение плода, в результате чего дети рождаются ослабленными и болезненными.

Аборт является одним из основных факторов ухудшения репродуктивного здоровья женщины и нередко сопровождается различными осложнениями. К их числу относятся: механическое повреждение шейки и тела матки, прободение матки, кровотечения, воспалительные заболевания женских половых органов, неблагоприятное течение последующих беременностей, нарушения менструального цикла, вторичное бесплодие и психогенные расстройства.

Не вызывает сомнений, что **действенной мерой** профилактики возникновения незапланированной беременности и осложнений абортов у сексуально активных подростков, *является использование надежной и безопасной контрацепции.*

Препятствовать использованию любой контрацепции у подростков могут различные факторы:

- низкий уровень информированности;
- неправильное представление о способности к зачатию при нерегулярных менструациях;
- «мифы» об отрицательном влиянии на здоровье, ненадежности и сложности применения противозачаточных средств;
- нетерпимость к любым побочным эффектам;
- собственная психологическая неподготовленность;
- неумение договариваться с партнером.

К сожалению, в России более половины молодых женщин, перенесших аборт, в дальнейшем продолжают сексуальные контакты без использования надежной контрацепции, что свидетельствует об отсутствии желания самообразования и о слабой просветительской работе медицинского персонала и общества в целом.

Поэтому, большое значение придается квалифицированному консультированию молодых людей с целью формирования адекватного возрасту, психофизиологическому развитию и сексуальной активности контрацептивного поведения.

Возраст не является медицинской причиной исключения какого-либо метода контрацепции. Критерии выбора метода контрацепции, которые предлагаются для взрослых, действенны и для молодых людей.

Согласно Порядку оказания медицинской помощи девочкам с гинекологическими заболеваниями, утвержденному приказом МЗ РФ от 01 ноября 2012г №572н в г. Волгограде, г. Волжском и Волгоградской области первичная медико-санитарная помощь девочкам, в том числе и консультативная, оказывается врачами-гинекологами детского и подросткового возраста.

Санитарно-гигиеническое просвещение в объеме персонализированного консультирования девочек и их законных представителей по вопросам интимной гигиены, риска заражения

инфекциями передаваемыми половым путем, профилактики абортов и выбора контрацепции проводится на территории медицинских организаций в специализированных кабинетах Детских поликлиник, Женских консультаций, поликлиник ЦРБ, на базе Центра охраны здоровья семьи и репродукции, Центра планирования семьи в ВОКД№1, ВОДКБ, а также проводится постабортное консультирование в гинекологических отделениях стационаров.

*Главный внештатный гинеколог
детского и юношеского возраста,
врач-акушер-гинеколог М.Е. Филимонова*