

ФГБОУ ВО Волгоградский Государственный Медицинский Университет  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Кафедра акушерства и гинекологии

5 (Оценки) 9/5.  
05.02.18  
а.с. Пурженко Е.В.

Научно исследовательская работа на тему:  
Особенности течения беременности и родов у подростков: медицинский и  
социально-психологический аспекты проблемы.

Выполнила студентка:  
1 группы, 4 курса  
педиатрического ф-та  
Постникова Екатерина Андреевна

Волгоград 2018

## Содержание

Введение	3
Основная часть	4
Статистический анализ проблемы	4
Причины подростковой беременности	5
Развитие неожиданной беременности у несовершеннолетней	6
Влияние беременности на молодой организм	8
Возрастные особенности, влияющие на течение беременности и родов	9
Развитие и заболеваемость детей несовершеннолетних женщин	12
Заключение	14
Список литературы	15

## Введение

### Актуальность

Состояние здоровья и развитие общества во многом определяется уровнем популяционного здоровья подростков, которые составляют значительную часть в структуре населения, оказывают значимое влияние на здоровье нации в целом и формируют ее культурный, интеллектуальный, производственный и репродуктивный потенциал. В Российской Федерации на 1 января 2009 года насчитывалось 26,05 млн детей и подростков в возрасте от 0 до 17 лет, что составило 18,4 % от общего числа жителей страны. При этом вклад 15-19-летних в коэффициент рождаемости в 2008 году составил 8,5 %. [6]

Ювенильная беременность — явление неблагоприятное. Кроме медицинских затрат, от государства требуется материальная и социальная поддержка несовершеннолетних матерей, в то время как в большинстве случаев такая категория родителей в дальнейшем не продолжает свое обучение и трудовую деятельность.

**Цель работы:** изучить и систематизировать данные об особенностях течения беременности и родов у подростков, рассмотрев медицинский и социально-психологический аспект проблемы.

### Задачи:

1. Провести литературный поиск в электронных базах данных. В качестве доказательной базы использовать клинические рекомендации Министерства Здравоохранения РФ, публикации, вошедшие в Кохрановскую библиотеку, базы данных PubMed, eLibrary.
2. Изучить социальный статус и особенности репродуктивного поведения юных беременных.
3. Провести анализ гинекологической и соматической заболеваемости у юных беременных.
4. Определить особенности течения беременности, родов, послеродового периода и состояния новорожденных несовершеннолетних матерей.
5. Систематизировать полученные данные

## Основная часть

### Статистический анализ проблемы

По данным Международной Федерации планирования семьи ежегодно в мире рожают более 15 млн женщин-подростков, что составляет 2-4,5 % от общего количества родов, а еще 5 миллионов вынуждены прибегать к прерыванию беременности. Доля рожающих в возрасте 15-19 лет, проживающих в наименее развитых странах, составляет 76 %, т. е. ежегодно — 13 миллионов. Доля рожающих в возрасте до 20 лет колеблется в этих странах от 8 % (Восточная Азия) до 55 % (Западная Африка), что в среднем составляет 33 %. В более развитых странах к 20-летнему возрасту рожают около 10 % женщин. Так, число беременных среди несовершеннолетних в Аргентине и Бразилии составляет 16,8-17,5 %, в Шотландии — 7,0-12,5 %, в Румынии, Болгарии, России — 7,0-10,0 %, в США — 7,0-9,8 %, в Австралии, Новой Зеландии, Канаде — 4,0-6,9 %, в Японии, Германии, Франции — 4,0 %, в Нидерландах — 1,2 %. [1,6]

Рассматривая вопрос о подростковой беременности, следует разобраться в принятых возрастных классификациях. Подростковый возраст женщин, который ООН определяется как период от 10 до 18 лет, характеризуется развитием вторичных половых признаков и феминизацией фигуры, происходящих под действием гормонов яичников и надпочечников. По рекомендациям экспертов ВОЗ (1979), подростковый период следует исчислять от начала полового созревания до наступления физиологической и социальной зрелости (с 10 до 19 лет). В практическом здравоохранении подростковый период определяет возраст от 15 до 18 лет. При рассмотрении проблемы подростковой беременности и родов, возрастной интервал колеблется от 13 лет (средний возраст менархе) до 18 лет.

Обзор исследований, проведенных во многих странах мира, свидетельствует о том, что доля сексуально активных молодых людей увеличивается в течение последних трех десятилетий, а возраст начала сексуальной жизни подростков снижается, причем интенсивнее среди девушек. При этом девушки стараются иметь сексуальные отношения со старшими партнерами, которые, к сожалению, более опасны для заражения ИППП. [2] Каждая 10-я жительница России начинает сексуальную жизнь в возрасте до 14 лет, каждая пятая — к 15

и каждая третья — к 16 годам. К 18 годам жизни более 67 % юношей и девушек имеют опыт сексуальных отношений. По данным репрезентативного опроса, проведенного в РФ в конце 2001 г. [3] (RLMS), средний возраст первого сексуального контакта для поколения 41-49 летних женщин составил 20,2 лет, мужчин — 19 лет; 3140 летних — соответственно 19,3 и 18,4; 21-30 летних — 17,8 и 17,1; 14-20 летних — 16,2 и 15,6.

В связи с изменившимися понятиями о морали и нравственности, особенностью репродуктивного поведения подростков является высокая частота смены половых партнеров, причем данная тенденция наблюдается во многих странах мира, независимо от уровня экономического развития. Другой особенностью репродуктивного поведения современной молодежи является большая терпимость общества к незарегистрированным брачным отношениям. 80-88 % опрошенных молодых людей в возрасте до 20 лет не осуждают незарегистрированные браки. [7]

Согласно данным различных исследований, средства контрацепции используют только 35-72 % живущих сексуальной жизнью девушек. 40 % школьниц серьезно не думают о последствиях половой жизни, каждая третья девочка не знакома с противозачаточными средствами. Только 17 % девушек и 25 % юношей планируют свои первые половые контакты, у более молодых подростков меньше вероятность использования любого метода планирования семьи. Как правило, подростки прибегают к следующим методам и средствам контрацепции: 53,3-65,2 % из них использовали презерватив, 15,9 % — применяли постинор, 11,7-30,1 % — прибегали к прерыванию полового акта, 8,8 % — использовали спермициды, 5,2-7,8 % живущих половой жизнью девушек использовали современные методы — оральные контрацептивы. Нужно отметить, что у 19 % девушек беременность возникает в результате первого их в жизни незащищенного полового акта. [8]

### **Причины подростковой беременности**

Caldas (1993) выделяет шесть причин подростковой беременности:

1. Гипотеза о невежестве в области репродукции. Повышенная частота беременностей у подростков зачастую является результатом отсутствия знаний, касающихся процесса зачатия и контрацепции.
2. Гипотеза психологических потребностей. Причины беременностей и рождения детей у девушек-подростков коренятся в поведении, которое отражает психологическое состояние матери (например, беременность и рождение ребенка в подростковом возрасте может удовлетворять бессознательную потребность).
3. Гипотеза о получении социальных пособий. Причина беременности и родов у бедных девушек-подростков заключается в желании получать социальные пособия при рождении ребенка.
4. Гипотеза о примере родителей и отсутствии надзора. Поведение родителей и/или отсутствие надзора является причиной беременности и родов у подростков в семьях родителей-одиночек.
5. Гипотеза о социальных нормах. Причина поведения подростков в области половых отношений и выполнения родительских обязанностей непосредственно связана с сильным воздействием социальных норм, которые подростки воспринимают и согласно которым действуют.
6. Физиологическая гипотеза. Половой акт, который приводит к беременности и рождению ребенка, совершается под непосредственным влиянием гормональных изменений, происходящих в организме подростка.

### **Развитие неожиданной беременности у несовершеннолетней**

Зачатие, наступившее у юной девушки, приводит к развитию так называемой неожиданной беременности. Термин неожиданная беременность подчеркивает ее существенные особенности: незапланированность, случайность возникновения, отсутствие предварительной настроенности на материнство, внезапное изменение социального статуса, жизненных возможностей и планов. Как правило, ранняя беременность является в 50-60 % случаев незапланированной и в 30-40 % нежелательной, а потому чаще завершается искусственным прерыванием. Соотношение родов и аборт у подростков колеблется от 1:5 до 1:8. Ос-

новной мотивацией для искусственного аборта у 60,8 % юных женщин является неблагоприятное социально-экономическое состояние. [3]

За 2009 год в России произведено 1 161 690 абортов, причем 25 272 из них приходится на несовершеннолетних женщин, что составляет 2,2 %. За последние годы абсолютное число прерываний беременности у девочек до 14 лет снизилось на 29,8 % (с 966 в 2005 году до 678 в 2009), у девушек 15-17 лет — на 40,2 % (с 41 091 в 2006 году до 24 594 в 2009). Абортом заканчивается первая беременность у 95,1 % девочек в возрасте до 15 лет и 52,8 % подростков в возрасте 15-19 лет. [4]

Если учесть, что более 50 % абортов влекут за собой ранние или поздние осложнения, то имеет место реальная угроза потери здоровья будущего населения страны. [4] Бесплодие, рождение недоношенных детей, выхаживание которых обходятся государству в триста раз дороже, чем уход за доношенными детьми — это лишь небольшой перечень того вреда, который наносят аборты обществу. Ущерб составляет более 5 % от общего бюджета здравоохранения.

Способность к эффективной репродуктивной функции свидетельствует лишь о достижении биологической половой зрелости, при этом в течение некоторого времени девушки не достигают необходимой социальной, эмоциональной и психологической самостоятельности, обеспечивающей полноценное воспитание родившегося ребенка.

Беременность юной женщины вызывает тяжелые конфликты в семьях, которые зачастую оказываются ни морально, ни материально не готовыми к вынашиванию и рождению ребенка. По данным В. К. Юрьева, положительно отнеслись к рождению ребенка у их юной дочери только 60 % родителей; 15,6 % — резко негативно, а более 14 % родителей настаивали на прерывании беременности даже на более поздних сроках, когда существовала реальная опасность для здоровья и жизни их собственного ребенка. Не встретив поддержки от родителей, разорвав связь с половым партнером, осуждаемые в школе или в училище, девушки переживают тяжелый психологический кризис. [7]

Среди возрастной группы 15-19 лет самый высокий показатель внебрачной рождаемости. Он составляет — 27,1 % от всех рождений в этой возрастной

группе, превышая данный показатель в других возрастных группах: 17,6 % — в 20-24 года, 18,9 % — в 25-29 лет. Демографические исследования убедительно свидетельствуют, что наименее устойчивыми являются браки, заключенные в раннем возрасте. Одной из ведущих причин неустойчивости молодых семей является вынужденный брак, «стимулированный» добрачным зачатием. [6]

Тревожным фактом является прогрессивное увеличение количества отказных детей. В России официально насчитывается 867,8 тысяч детей, оставшихся без попечения родителей. Так, в Москве за короткий период (5-6 лет) в городских домах ребенка удельный вес социальных сирот, то есть сирот при живых родителях, в основном контингенте увеличился с 23 % до 48 % при общем снижении поступления в эти учреждения детей на 11 %.

### **Влияние беременности на молодой организм**

Разновидности влияния беременности на молодой организм могут быть, в различных сочетаниях, следующими:

а) Общие изменения организма, а также трансформация половых органов вообще характерные для беременных независимо от возраста женщины. Беременность, как известно, вторгается во все без исключения физиологические процессы. Возникающая при этом совершенная направленность нервных, общесоматических, биохимических и репродуктивных стереотипов закрепляется путем импринтинга и реализуется в последующих беременностях и в дальнейшей жизни. Если у взрослой женщины стабилизирующее влияние беременности на гомеостатические механизмы не подлежит сомнению, то у несовершеннолетней положительное воздействие констатируется реже.

б) Ускоряющий эффект в виде быстрого увеличения выраженности вторичных половых признаков у лиц, которые вступили в беременность с недостаточным половым развитием. Этот феномен зарегистрирован и в тех случаях, когда беременность была прервана в ранние сроки. Особенно наглядны и благоприятны с акушерской точки зрения изменения костного таза, который по мере прогрессирования беременности у 13-15 летних достигает размеров, характерных для



16-18 летних девушек. К моменту окончания беременности увеличиваются эластические свойства мягких тканей полового тракта, развивается связочный аппарат и возрастает гидрофильность симфиза и хрящевых зон костей таза.

в) Дестабилизирующее влияние на гомеостатические реакции проявляется, например, в разбалансировании нейроэндокринного звена регуляции (особенно у девочек, страдающих транзиторным гипоталамо-гипофизарным синдромом пубертатного периода). Этот вариант воздействия крайне неблагоприятно сказывается на контингенте юных женщин в виде декомпенсации хронических соматических заболеваний.

По данным различных авторов, экстрагенитальные заболевания выявлены у двух из трех (43,5-70,9 %) несовершеннолетних беременных, из них наиболее часто отмечены заболевания мочевыделительной системы (10,77-39,1 %), анемия (13,3-32,4 %), эндокринные и обменные нарушения (4,7-28,2 %), болезни сердечно-сосудистой системы (6,54-28,6 %). У 42,5 % юных женщин во время беременности выявляются очаги хронической инфекции, нередко в сочетании с острыми заболеваниями верхних дыхательных путей.

На эмоциональное состояние беременной и только родившей женщины большое влияние оказывает отношение к ней собственной семьи и отца ребенка. удельный вес клинической и субклинической тревоги у беременных девушек значительно выше (60 %), чем у ровесниц (35 %) и незначительно выше, чем у родивших девушек (45 %). Попытки скрыть беременность, избавиться от плода криминальным способом, отказ от постановки на учет в женскую консультацию, суицидальные попытки, отказ от продолжения учебы могут быть обусловлены клиникой аффективных расстройств. Эта категория пациентов нуждается в специализированном психологическом и психотерапевтическом сопровождении весь период беременности.

### **Возрастные особенности, влияющие на течение беременности и родов**

Некоторые возрастные особенности организма девушки-подростка накладывают отпечаток на течение беременности и родового акта:

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 констатируется сужение таза).
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 для матери и для плода при акушерских осложнениях.
5. Низкий уровень секреции эстрогенов и прогестерона в период, предшествующий беременности (возрастная особенность гормонального профиля), предопределяет формирование плацентарной недостаточности а, следовательно, гипотрофии и гипоксии плода.

До сих пор не выработано единого мнения в вопросе о степени благоприятности течения беременности и частоте осложнений, возникающих у несовершеннолетних беременных. Так, S. Ziadeh (2001) отмечает лучшие акушерские и перинатальные исходы беременности у юных матерей по сравнению с таковыми у родильниц старшего возраста. По его наблюдениям, анемия и гестозы одинаково часто встречаются как у первородящих подростков, так и первородящих женщин в возрасте 20-29 лет. В то время как патологическая прибавка массы тела за время беременности, гестационный диабет, а также низкая масса тела новорожденных у женщин моложе 18 лет, по его данным, встречаются реже. Ряд исследователей, основываясь на собственных клинических наблюдениях, не обнаруживают у несовершеннолетних увеличения числа акушерских осложнений по сравнению с женщинами зрелого возраста. Другие авторы находят различия в акушерских осложнениях только у несовершеннолетних моложе 15 лет по сравнению с беременными других возрастных групп. [5]

Наряду с наличием данных об отсутствии каких-либо особенностей в течение подростковой беременности при условии тщательного ведения, большинство исследователей традиционно указывают на более высокий риск возникновения акушерских осложнений у юных женщин. По данным как зарубежных, так и отечественных авторов, акушерские осложнения у юных женщин достигают 30-90 %. С наибольшей частотой встречаются: преэклампсия (4,6-67 %), фетоплацентарная недостаточность (19-79,25 %), инфекции во время беременности (27,69 %), угроза прерывания (16,1-56,7 %), анемия (15,5-71,8 %), гестационный пиелонефрит (16,4-18,1 %), токсикоз (4,9-69,1 %). [4]

Средняя продолжительность беременности несколько меньшая (37,5 % + 0,9 недели), чем у взрослых женщин; в то же время преждевременные роды встречаются не чаще обычного по данным одних авторов, другие же исследователи отмечают повышенный процент преждевременных родов. Ведущие факторы преждевременных родов — незрелость нейроэндокринной системы женского организма, проявляющаяся в сниженной продукции гормонов (ХГ, эстрогенов, пролактина), незавершенном формировании нервно-рецепторного аппарата матки, гипоксемии и другие. [4]

Несмотря на то, что средняя продолжительность родов не выходит за нормальные пределы (13,0 + 6,0 час), велика доля рожениц с аномалиями родовой деятельности: быстрые роды констатированы в 3 раза чаще, а затяжные в 1,5 раза чаще, чем у старших женщин. Частота осложненных родов у юных рожениц составляет от 14,2 до 81,3 %. К наиболее частым осложнениям относятся: аномалии родовой деятельности (6,537,2 %), несвоевременное излитие околоплодных вод (14,7-45,3 %), кровотечения в родах и раннем послеродовом периоде (4-25,5 %), травматизм мягких родовых путей (75,3 %), оперативные вмешательства (2,1-17 %), гнойно-инфекционные послеродовые заболевания (20,0-71,7 %). [4] При первой беременности у подростков чаще, чем у взрослых родильниц, возникает риск проведения кесарева сечения. Частота кесарева сечения в юном возрасте, по данным различных авторов, колеблется от 2,2 до 55,7%.

Материнская и перинатальная смертность, по данным ВОЗ, заметно выше у несовершеннолетних, чем у женщин старше 18 лет (в 5 раз выше, чем среди женщин остальных возрастов). По данным Минздрава России, в структуре материнской смертности около 10 % смертных случаев приходится на женщин моложе 20 лет.

### **Развитие и заболеваемость детей несовершеннолетних женщин**

Риск развития перинатальных осложнений при родах в возрасте от 13 до 15 лет (по сравнению с родами в возрасте от 20 до 24 лет) возрастает в 4 раза, а в возрасте 16-17 лет — в 2 раза. Некоторые авторы отмечают, что дети, рожденные женщинами моложе 18 лет, чаще умирают в возрасте от 1 мес. до 1 года. Ранняя неонатальная смерть в группе новорожденных от юных матерей вдвое выше, чем детей от матерей в возрасте 25-29 лет. А. Cowden и Е. Funkhouser (2001) считают, что, исключив подростковую беременность, можно было бы уменьшить на 4-8 % младенческую смертность. [4]

Беременность в подростковом возрасте увеличивает риск мертворождений, недоношенности, низкой массы тела при рождении. Частота рождения маловесных детей составляет 11,9 %, у взрослых женщин — 1 %, а число крупных детей в два раза меньше, чем у взрослых женщин. Зарубежные авторы даже считают допустимым не ограничивать несовершеннолетним прибавку массы тела при беременности, не связанную с задержкой жидкости, чтобы достигнуть удовлетворительной массы тела их детей при рождении. Внутриутробная гипоксия и асфиксия новорожденного составляют соответственно 16-18 % и 11,824 %. У детей чаще встречаются внутричерепные кровоизлияния, пневмонии, гнойно-септические осложнения, анемия.

Недоношенные новорожденные несовершеннолетних матерей 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 психомотор-

ных навыков, задержка физического и психического развития и нарушения в поведении, выравнивание физического развития наблюдается к концу третьего года жизни. Количество детей-олигофренов у несовершеннолетних матерей, почти в 5 раз больше, чем в популяции. [3]

Частота аномалий развития детей у юных матерей выше, чем у взрослых женщин, причем преобладает патология опорно-двигательного аппарата. Показатель общей заболеваемости детей первого года жизни, родившихся у матерей в возрасте до 18 лет, значительно выше, чем у детей взрослых матерей 20-25 лет. Удельный вес детей, не болеющих на первом году жизни, составляет 9-18%.

Таким образом, на развитие и заболеваемость детей несовершеннолетних женщин 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. [1,3,4]

## Заключение

В результате проведенной работы обнаружено, что репродуктивное поведение современных подростков характеризуется снижением возраста сексуального дебюта ( $12,3 \pm 0,8$  лет), ослаблением брачно-семейных отношений, низкой сексуальной культурой. Наступившая беременность является нежелательной в 10,2% случаев и прерывается абортom. 84,0% беременных подростков принимают решение о сохранении беременности и рождении ребенка. Юный возраст беременных достоверно чаще увеличивает риск осложненного течения последующей гестации и ее тяжести. Факторами его являются: нежелательность настоящей беременности, поздняя явка в женскую консультацию, редкое посещение врача во время антенатального наблюдения. Беременность у подростков характеризуется достоверным увеличением осложнений беременности.

Состояние новорожденного зависит от возрастной зрелости юного организма девочки-подростка. Так, новорожденные юных матерей достоверно чаще ( $p < 0,001$ ) рождаются с признаками морфо-функциональной незрелости (20%), в 3 раза чаще - в состоянии асфиксии (45%). Часто (6,4%) эти дети переводятся на второй этап выхаживания.

Для прогноза осложнений и выбора рациональной тактики ведения беременности и родов у несовершеннолетних целесообразно руководствоваться возрастным критерием, предпочтительно по трем периодам (14-15, 16-17 и 18-19 лет), оценкой физического состояния здоровья юной женщины и ее социально-психологического статуса. Подростки, решившие сохранить беременность, должны быть выделены в группу высокого риска преждевременных родов, преэклампсии, развития фетоплацентарной недостаточности и рождению маловесных детей, а их дети - в группу высокого риска по развитию неонатальной и младенческой заболеваемости.

## Список литературы

1. Ерофеева Л. В. Поведение риска у подростков. Роль сексуального образования // Репродуктивное здоровье детей и подростков. — 2009. — № 5 — С. 68-77
2. Коротаева Ж.Е., Кирьянова Л.В. Тревожно-депрессивные расстройства у девушек-подростков в период беременности и после родов / Коротаева Ж.Е., Кирьянова Л.В. // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. — 2016. — №62. — С. 100-105
3. Красникова М.Б., Юлдашев В.Л., Трубина Т.Б. Особенности течения беременности, родов, послеродового периода и состояние новорожденных у девочек-подростков / Красникова М.Б., Юлдашев В.Л., Трубина Т.Б. // Медицинский вестник Башкортостана. — 2011. — №3. — С. 15-19
4. Михайлин Е.С. Роды у подростков — всегда ли патология? / Михайлин Е.С. // Здоровье семьи — 21 век. — 2014. — №4. — С. 119-133
5. Михайлин Е.С., Иванова Л. А., Савицкий А. Г. Сравнительная характеристика течения беременности и родов у подростков и женщин среднего репродуктивного возраста / Михайлин Е.С., Иванова Л. А., Савицкий А. Г. // Журнал акушерства и детских болезней. — 2014. — №4. — С. 47-53
6. Молодежь В России 2010: Статистический Сборник / Юнисеф, Росстат. — М., 2010. — С.166
7. Петрова Я.А. Беременность и роды у девочек-подростков — оптимизация акушерской тактики / Петрова Я.А. // Российский медико-биологический вестник им. Академика И.П. Павлова. — 2012. — №2. — С. 190-195
8. Шамина И.В., Фрикель Е.А., Чуловский Ю.И., Тирская Ю.И., Барбанчик И.А., Дудкова Г.В., Швец Е.И., Макковеева Е.С., Островская О.В. Особенности течения беременности, родов и перинатальных исходов у девочек-подростков / Шамина И.В., Фрикель Е.А., Чуловский Ю.И., Тирская Ю.И., Барбанчик И.А., Дудкова Г.В., Швец Е.И., Макковеева Е.С., Островская О.В. // Сборник трудов конференции «Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и неонатологии». — 2014. — С. 5-9

## Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная программой производственной практики «Производственная клиническая практика модуль Акушерство (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа)» обучающегося 4 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия

I группы

Постниковой Екатерины Андреевны

---

на тему:

**«Особенности течения беременности и родов у подростков:  
медицинские и социально-психологические аспекты»**

Научно-исследовательская работа выполнена в соответствии с требованиями написания НИР при прохождении производственной клинической практики по акушерству. Данное исследование имеет четкую структуру и состоит из введения, основной части, заключения, списка литературы.

Работа написана грамотным научным языком. Тема является актуальной в современном акушерстве. Четко сформулирована цель, поставлены конкретные задачи. Введение достаточно содержательное и емкое. В результате четкого изложения цели работы в основной части научно-исследовательской работы присутствует логичность, четкость, последовательность. Наличие ссылок показывает детальную работу с научной литературой.

Список литературы включает разнообразные источники оформленные в соответствии с требованиями.

В целом работа заслуживает отличной оценки.

**Оценка 91 балл (отлично)**

РЕЦЕНЗЕНТ:  (Федоренко С.В.)