

Министерство образования и науки Краснодарского края  
государственное бюджетное образовательное учреждение  
профессионального образования Краснодарского края  
«Вознесенский техникум пищевых производств»

## ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА

# «Исследование влияния ранних родов на здоровье матери и ребёнка»

*Автор: Костина Анастасия Геннадьевна, студентка 31ПГ группы*

**Руководитель: Казарьян Зоя Михайловна,  
преподаватель техникума**

сг. Вознесенская

2014 г.



<p>Рассмотрена на заседании цикловой комиссии ОПД и ПМ механического цикла          Протокол № _____ от          «__» _____ 2014 г.          председатель: _____ З.М. Казарьян</p>	<p>Согласовано с председателем НСО          Манько Г.Н.</p>
<p>Автор: _____ А.Г. Костина</p>	<p>Руководитель: _____ З.М. Казарьян,          Преподаватель, куратор группы</p>
<p>Рецензент: _____ Т.Н. Краснодымская,          Зам. директора по ВР</p>	

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение

1. Теоретическая часть

1.1 Ранняя беременность и роды в подростковом возрасте

1.2 Статистика абортов

1.3 Дневник неродившегося ребенка

1.4 Двойное счастье семьи.

2. Исследования влияния ранних родов на здоровье матери и ребенка и результаты исследования

Заключение

Список используемых источников

## ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время в России, да и во всем мире, молодёжь взрослеет быстро. Одним из показателей взросления является физическое развитие, в том числе и половое. В средствах массовой информации часто видим, что девочки 12-16 лет становятся матерями, в некоторых случаях и отцы будущих детей такого же возраста. В большинстве случаев отделам опеки и попечительства приходится снижать брачный возраст и регистрировать ранние браки. К сожалению, иногда приходится открывать уголовные дела.

Исследовательская работа раскрывает проблему ранних браков в Вознесенском техникуме молочной промышленности.

Цель работы: исследовать влияние ранних родов на здоровье матери и ребенка.

Субъект исследования – беременность и роды.

Объект исследования – ранние роды.

При выполнении исследовательской работы были поставлены задачи:

1. Литературный обзор
2. Проведение исследования влияния ранних родов на здоровье матери и ребенка
3. Обработка результатов исследования

# 1 ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ



## 1.1 Ранняя беременность и роды в подростковом возрасте.

*Общие сведения.* Во врачебной практике бывают эпизоды, когда в акушерской помощи нуждаются юные беременные (первородящая называется юной, если роды у нее произошли до 18-летнего возраста). Беременность у нее протекает, несомненно, в необычных условиях, связанных с незрелостью адаптационных механизмов. Большая нагрузка на незрелый, неокрепший организм, обусловленная беременностью, представляет собой серьезное испытание.

Беременность у девочек моложе 8 лет становится возможной в случае ускоренного полового созревания. В возрасте от 9 до 16 лет беременность может наступить даже в тех случаях, когда динамика полового созревания не опережает норму.



Обзор, охватывающий 310 наблюдений преждевременного и раннего полового созревания, включает 70 девочек, у которых беременность наступила в возрасте до 14 лет, причем 18 девочкам было от 5 до 10 лет.

Среди отечественных исследователей, изучавших течение и исход беременности и родов у юных первородящих, следует назвать В. И. Давыдова (1964), С. А. Кудряева (1971), А. С. Егорова, М. Л. Лапченко (1980), которые в сумме описали 668 беременностей у девушек моложе 18 лет. Беременность в юном возрасте, как правило, является нежеланной. Это подтверждается признаниями несовершеннолетних рожениц и их указаниями на попытки криминального вмешательства. Впрочем, резко негативное отношение к будущему ребенку встречается крайне редко (в 1,7%).

*Классификация беременности.* Различают беременность, возникшую до периода полового созревания (виолентная овуляция происходит задолго до пубертатного периода) и беременность у уже вступившей в пубертатный период. В этих двух группах особенности течения беременности и родов и, естественно, тактика их ведения существенно отличаются. В частности, при беременности и родах в период полового созревания отмечается меньше осложнений, чем в более младшем возрасте.

Кроме того, подлежат разграничению случаи беременности, возникшей у девочек без признаков преждевременного полового созревания (с одной стороны) и у тех, у которых они имеются (с другой). При преждевременном половом созревании беременность чаще возникает при истинном его варианте, чем при патологическом (на почве опухоли и т. п.).

*Частота.* Сравнение данных различных авторов представляется затруднительным, так

как сказываются различия в подходе к учету юных беременных. Так, Н. Воусе, А. Venoit сообщают о том, что в Нью-Йорке в 1976 г. родили или сделали аборт 70 126 женщин в возрасте 19 лет и моложе. По данным других авторов, на 15 557 родов количество несовершеннолетних рожениц составило 0,64%. В этих же возрастных границах R. Kinch с соавт. указывает на высокий удельный вес (10,6%) несовершеннолетних беременных по отношению ко всем больным Торонтской детской больницы.

По материалам клиники ЛПМИ, количество беременных в возрасте от 8 до 17 лет включительно выражается в последние годы стабильной цифрой, которая составляет 1,3-1,6 % по отношению ко всем первородящим женщинам (для сравнения: первородящих в возрасте старше 35 лет -1,0-1,2 %). Всего через эту клинику в 1974-1979 гг. прошло 174 юных беременных, что составляет 0,6 % по отношению ко всем беременным женщинам, поступившим в этот период. Влияние беременности на организм девочки. Нет сомнения в том, что беременность, если она наступила в юном возрасте, ускоряет процессы соматического и полового созревания. Секреция эстрогенов и прогестерона не уступает таковой у взрослых беременных женщин.

Особенно наглядны изменения костного таза, который за время беременности у 13-15-летних может достичь размеров, характерных для 16-18 лет. Впрочем, наружная конъюгата увеличивается медленнее остальных наружных размеров. Из юных первородящих у 10,7 % роды протекают при наличии анатомически суженного таза; в то же время в большей степени, чем у взрослых женщин, выражены гидрофильность и эластичность связочного аппарата, симфиза и хрящевых зон. Все это обеспечивает некоторую податливость костного кольца.

Приходится наблюдать, как у девочки без выраженных вторичных половых признаков до беременности они появляются даже в том случае, если беременность была прервана в ранние сроки.

Что касается психических реакций юных беременных, то они, по нашим наблюдениям, соответствуют возрасту, но не опережают его. Психопатии и психозы наблюдаются редко, большей частью при изнасиловании (реактивный психоз). Ряд характерологических черт, выявляемых в этой группе, объясняется недостатками воспитания. Так, R. Kinch и др., опросив 79 несовершеннолетних беременных, констатировали преобладание у них независимого характера, склонности к экспериментированию, непрактичности, скудости эмоционального мира, невоспитанности. Американские авторы подчеркивают принадлежность 50 % из них к так называемому низшему классу, а другой половины - к «среднему» классу. Многие факты и результаты наших наблюдений говорят о том, что девочки, преждевременно начавшие половую жизнь, за небольшим исключением (при изнасиловании), выросли в неблагополучных семьях с деформированными взаимоотношениями их членов, а также в семьях с одним родителем или в условиях педагогической запущенности - попустительства, бесконтрольности или, наоборот,

мелочной опеки.

Подозрение на олигофрению, которое довольно часто возникает у акушера-гинеколога, при специальном обследовании у психиатров почти никогда не подтверждается. Особенности течения беременности в юношеском возрасте. Беременность протекает, как правило, благоприятно. Продолжительность ее -  $38 \pm 0,9$  недель, т. е. чуть меньше, чем у взрослых женщин. Недонашивание составляет 3 %. Перенашивания почти не наблюдается. Многоплодная беременность у юных встречается реже (1:100), чем в более старших возрастных группах.

Ранний токсикоз диагностирован нами в единичных случаях, что совпадает с наблюдениями S. Poliakoff (1959). Вместе с тем, по данным других авторов, частота колеблется от 2,78 % и даже до 33 %.

Осложнение беременности наблюдается, по нашим данным, в 0,5 %, что в 20 раз реже обычного. В литературе встречаются совершенно иные цифры частоты позднего токсикоза: 46-65,29 %.

Согласно мнению цитированных авторов, беременность в юном возрасте осложняется вообще в 40-70 %. Это значительно отличается от наших данных (не более 5%), а также от мнения W. Stockel, M. Шаша и Л. Ковача (1967). Столь существенное отличие в характере течения беременности, несомненно, объясняется разной тактикой ведения, в частности принятым в клинике ЛПМИ регулярным врачебным наблюдением на протяжении всей беременности и тщательно соблюдаемой профилактической госпитализацией.

*Диагностика ранней беременности.* Диагностика беременности в юном возрасте основывается на выявлении тех же предполагаемых, вероятных и несомненных признаков, что и у взрослых женщин, однако диагноз устанавливается нередко с запозданием, т. е. с появлением именно достоверных признаков.

Основным препятствием для правильной и своевременной диагностики предстает сама юная беременная, которая в силу ряда обстоятельств либо не подозревает о беременности, либо скрывает появление сомнительных (субъективных) признаков беременности. Иногда впервые узнает о беременности человек, которому девочка особенно доверяет: школьная учительница, пионервожатая и т. д.

Нередко первым диагноз беременности ставит участковый педиатр при осмотре и пальпации живота.

Диагностические ошибки при установлении беременности в юном возрасте - явление достаточно распространенное. Еще на этапе ознакомления с анамнезом к врачебной ошибке приводят уверения сопровождающих девочку родственников о том, что «беременность здесь невозможна».

Целость девственной плевы или отсутствие ее целостности не имеют решающей диагностической ценности. Характерно, что отмечаются недостаточное размягчение матки,



некоторое отставание ее величины от сроков задержки месячных и умеренная выраженность группы вероятных признаков, основанных на констатации размягчения перешейка.

Помимо общепринятых клинических методов диагностики, не следует забывать о существовании таких дополнительных методов, как определение плацентарного лактогена, хорионического гонадотропина, обзорная рентгенография живота, ультразвуковая диагностика, фоно- и электрокардиография плода.

В процессе дифференциальной диагностики возникает необходимость отличить беременность от следующих заболеваний: аномалий развития матки, опущения почки, опухоли малого таза или брюшной полости, ожирения (нередко сопровождаемое), первичной внематочной беременности (чаще в правой маточной трубе).

*Ведение беременности.* Сам факт установления диагноза беременности налагает на врача дополнительную ответственность за судьбу юной матери и ее ребенка. Прежде всего, приходится решать вопрос о возможности доносить беременность и родить с минимальным ущербом для здоровья. Решение должно быть строго индивидуальным. Определяющими являются возраст девочки и срок беременности. Стереотипные решения, направленные, скажем, на безусловное прерывание беременности, могут причинить вред, так как бывают ситуации, особенно во втором триместре, при которых риск, связанный с прерыванием, превышает ущерб здоровью от нагрузки, обусловленной вынашиванием плода и родами.

У здоровых девушек 15-17-летнего возраста в первом триместре предпочтительно положительное решение вопроса об оставлении беременности, потому что беременность и роды проходят, как правило, благополучно. В то же время опасность осложнений, связанных с искусственным абортом в юном возрасте, больше, чем у взрослых женщин. При наличии тяжелых заболеваний или возникновении осложнений, угрожающих здоровью, предпринимается прерывание беременности по соответствующим показаниям. В этот же срок (до 12 недель) может быть произведен искусственный инструментальный аборт по желанию самой беременной и с согласия родителей или опекунов.

В возрастной группе 14 лет и младше тактика несколько иная. В ранние сроки беременности (до 12 недель) этот вопрос чаще всего решается в пользу искусственного прерывания беременности. Производство аборта в этом возрасте хотя и представляет несомненные технические трудности, но вместе с тем освобождает от решения серьезных проблем в последующем (донашивание, роды, лактация), которые также таят в себе немалую опасность. R. Kinch и др. подсчитали, что у указанного контингента беременных в 80 % производится искусственный аборт. В более поздние сроки, во втором триместре беременности, прерывание ее показано (независимо от возраста) лишь в тех редких случаях, когда имеется и подтверждается соответствующими специалистами угроза для здоровья или жизни беременной. Абсолютными показаниями к искусственному прерыванию беременности должны быть названы:

- 1) острые и хронические инфекционные заболевания с тяжелым течением и склонностью к генерализации;
- 2) ряд онкологических заболеваний, включая предраковые и потенциально бластомогенные очаги;
- 3) ухудшение в течение неврологических и психических заболеваний;
- 4) появление признаков функциональной недостаточности печени, почек;
- 5) «злокачественная» гипертензия любой этиологии;
- 6) легочная или сердечная декомпенсация; аневризмы;
- 7) большие коллагенозы; болезни крови;
- 8) тяжелые эндокринопатии, в частности случаи патологического преждевременного полового созревания; остеопатия;
- 9) ряд наследственных заболеваний; прогрессирующая отслойка сетчатки, миопия высокой степени и т. п.;
- 10) акушерские осложнения (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты; кровотечение в связи с предлежанием плаценты).

Во всех остальных случаях следует предпочесть донашивание беременности и спонтанное родоразрешение, так как риск для здоровья юной беременной от искусственного прерывания беременности в середине срока крайне велик. Чаще всего избирается малое кесарево сечение, реже - внутриаамниальное введение гипертонического раствора натрия хлорида (после обязательной предшествующей подготовки гормональными препаратами, спазмолитическими средствами и т. п.). Экстраамниальное введение растворов с целью прерывания беременности для этого контингента беременных абсолютно неприемлемо. Медикаментозный поздний искусственный выкидыш стал практиковаться после появления в клинической практике такого средства, как простагландины. Впрочем, и здесь трудно избежать осложнений, в частности развития тромбгеморрагического синдрома.

Если же вопрос о досрочном оперативном прерывании беременности возникает в третьем триместре, то он решается отрицательно: предпочтение должно быть отдано спонтанным родам. Исключение составляют ситуации, когда возникают жизненные показания для прерывания беременности. Естественно, что при появлении необходимости в досрочном родоразрешении проводят родовозбуждение, предварительно завершив более или менее длительную подготовку эстрогенами, спазмолитическими препаратами, витаминами, фосфобионом (АТФ), лидазой, препаратами, содержащими калий.

Любой вариант досрочного прерывания беременности осуществляется не ранее принятого *ex consilio* решения и после соответствующего оформления документов. Считаем справедливым положение, сформулированное еще в 30-х годах текущего столетия: несовершеннолетний возраст сам по себе показанием к прерыванию беременности не является.

Если школьница будет донашивать беременность, то посещение школы нежелательно по этическим и педагогическим соображениям. Кроме того, учебная нагрузка неблагоприятно отражается на становлении гестационной доминанты и может явиться этиологическим моментом в развитии позднего токсикоза беременных. Нельзя забывать и о том, что необходимость в частой госпитализации также не благоприятствует продолжению учебы.

Девочка встает на учет в женской консультации и периодически (не менее 3 раз в течение беременности) поступает в родовое отделение, где проводится углубленное наблюдение за состоянием ее здоровья и развитием внутриутробного плода. По мере надобности проводятся профилактические или лечебные меры; в частности, ликвидируются очаги латентной инфекции и санируется влагалище. Особое внимание в стационаре уделяется физио-психо-профилактической подготовке к родам, поскольку в женской консультации это осуществить трудно. Учитывая, что в юном возрасте роды наступают на 1-2 недели раньше, чем у взрослых женщин, последнее помещение в стационар должно производиться не позже срока 36-37 недель беременности. За это время проводится очередное обследование, осуществляется подготовка к родам и составляется план их ведения.

*Течение родов.* Течение и исходы родов существенно зависят от принадлежности девочки к определенной возрастной группе. Если в 14 лет и младше процент тяжелых осложнений велик (15), то в группе 15-17 лет процент осложнений резко снижается (1-2). У рожениц в возрасте младше 14 лет можно очертить следующую структуру основных осложнений в родах:

- а) клиническое несоответствие между головкой плода и тазом матери,
- б) слабость родовой деятельности,
- в) травмы родовых путей,
- г) гипотоническое кровотечение (перечислены в порядке убывания).

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

- а) быстрые роды,
- б) первичная слабость родовой деятельности,
- в) разрывы шейки матки и промежности,
- г) гипотоническое кровотечение.

Таким образом, большая часть осложнений обязана своим генезом нарушению сократительной способности матки, обусловленной как незрелостью регулирующих звеньев, так и неполноценностью исполнительных тканей (миометрия).

Если несвоевременное отхождение околоплодных вод (61%) и роды при наличии заднего вида затылочного предлежания (4 %) встречаются несколько чаще, чем у взрослых, то тазовое предлежание, неправильное положение плода и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты отмечаются реже. Средняя продолжительность родов – приблизительно 13 ч. Быстрые роды констатированы в 3 раза чаще, чем обычно.

Внутриутробная гипоксия плода зарегистрирована в 18%, асфиксия новорожденного - в 24%. Состояние плода и новорожденного непосредственно связано с перечисленными осложнениями, в частности с недонашиванием. Перинатальная смертность равна 2,9% (по данным S. Poliakoff - 5,9 %, S.

Специалисты указывают на исключительную редкость аномалий внутриутробного развития, которые встречаются в 3-5 раз реже у детей, рожденных юными беременными, по сравнению с родившимися у взрослых матерей. По нашим данным, из 175 детей только один родился с грубыми нарушениями развития, обусловленными криминальными попытками 15-летней девочки избавиться от беременности.

Средняя масса детей составила  $3298 \pm 73,0$  г, что несколько меньше нормы:  $3399 \pm 11,8 - 3558 \pm 12,1$  г. Крупные дети родились у 3 % матерей (у взрослых - в 7 %).

Любопытно, что у 78 % юных беременных рождаются мальчики, тогда как типичное соотношение полов новорожденных в популяции 55:45 (в пользу мальчиков). Эту же особенность (60,96 % мальчиков) выявил также и A. Singhal.

Средняя кровопотеря в родах у юных рожениц составила  $187 \pm 52,0$  мл, что не превышает физиологическую границу. Гипотония послеродовой матки отмечена в 2 %.

В послеродовом периоде инфекционных и тромбоэмболических осложнений не наблюдалось.

*Ведение родов.* Родоразрешение юных беременных следует проводить в высококвалифицированных учреждениях, желательно в тех, где имеются специалисты с соответствующим опытом и круглосуточная анестезиологическая и педиатрическая службы. От врача и акушерки требуется особый подход к юной роженице, продиктованный необходимостью считаться с необычностью положения, эмоциональной лабильностью, низким порогом болевой чувствительности и постоянной угрозой осложнений для матери и плода. В первый период родов параллельно тщательному контролю за динамикой структурных изменений шейки матки (предпочтительны наружные приемы, например способ Роговина) необходимо назначать средства, действующие спазмолитически (но-шпа, ганглерон, виадрил), уменьшающие тем самым болевые ощущения.

Применение анестезии зиждется на достаточном выборе средств (закись азота, фторотан, трилен, электроанальгезия, перидуральная анестезия). Широкое использование обезболивающих средств не оправдано в тех случаях, когда велика возможность возникновения клинического несоответствия между головкой плода и тазом матери. Из этих же соображений противопоказано назначение сильных стимулирующих матку средств.

Ввиду высокой частоты внутриутробной гипоксии плода желательно избегать излишней фармакологической нагрузки, в частности омнопона, промедола, хинина, пипольфена, барбитуратов, аминазина. Периодически следует проводить профилактику гипоксии плода. В

этом отношении можно рекомендовать проведение с середины первого периода родов абдоминальной декомпрессии, которая дает и обезболивающий, и антигипоксический эффекты. Оперативные вмешательства среди юных рожениц предпринимаются не чаще, чем обычно в клинической практике: перинеотомия - в 12%, акушерские щипцы - в 1%, кесарево сечение - в 0,5%. Вакуумэкстракция плода вообще не применяется. Те авторы, которые указывают на высокую заболеваемость юных беременных поздним токсикозом, естественно, приводят высокий процент оперативного родоразрешения (17-22 %).

У беременных в возрасте до 14 лет (особенно моложе 12) приходится чаще, чем в более старшем возрасте, склоняться к родоразрешению путем кесарева сечения в плановом порядке на сроке 39-40 недель. Определяющими обстоятельствами становятся размеры таза, характер предлежания, предполагаемая масса плода и состояние здоровья девочки. За 1-3 ч до производства кесарева сечения вскрывается плодный пузырь. Этим достигается постепенность опорожнения матки и, следовательно, профилактика гипотонического кровотечения и лохиометры. Если у врача есть надежда на спонтанное завершение родов, то вначале он ведет роды консервативно; в дальнейшем появление осложнений заставляет приступить к оперативному родоразрешению. При современной анестезии кесарево сечение представляет для беременной младше 14 лет не больший риск, чем, например, родоразрешение *per vias naturales* или плодоразрушающая операция. К тому же во время чревосечения удается произвести ревизию органов малого таза, в частности оценить состояние яичников.

Перевод в послеродовое отделение после спонтанных родов и осмотра мягких родовых путей производится, как правило, не через 2-4 ч, а через 10-12 ч из-за опасения не заметить начало гипотонического кровотечения.

В послеродовом периоде вопрос о кормлении грудью решается по-разному, в зависимости от планов опекунов, усыновителей ребенка. По отношению к родильницам младше 14 лет и более старшим, отказывающимся от детей, применяются меры, прекращающие лактацию: синэстрол, ограничение питья, камфора, солевое слабительное, препараты спорыньи, тугое бинтование молочных желез.

В последующем посещение девочкой того же коллектива учащихся, очевидно, нельзя считать оправданным с педагогической точки зрения.

Таким образом, беременность предъявляет дополнительные требования ко всем органам и системам юной беременной, которые в силу возрастных особенностей находятся в состоянии функционального напряжения. Наш опыт убеждает в том, что тщательное наблюдение за такими беременными в условиях женской консультации и особенно стационара, своевременная и целенаправленная коррекция замеченных отклонений, а также бережное ведение родов закономерно обеспечивают снижение числа осложнений.

## 1.2 Официальная статистика абортов

По оценке министерства здравоохранения и социального развития РФ, в России ежегодно делается 1,6 - 1,7 миллионов абортов.

Россия на первом месте в мире по числу абортов: здесь даже по официальной статистике абортом заканчиваются 57% всех беременностей.

Каждый пятый аборт делается подростками до 18 лет.

От 10 до 15 % абортов дают различные осложнения, 7-8 % женщин после них становятся бесплодными. Каждый год армия тех, кто не может иметь детей, пополняется на 200-250 тысяч. В нашей стране около 15% пар, состоящих в браке, не способны зачать ребенка. По данным Всемирной организации здравоохранения, 15% - это предел, после которого бесплодие становится социальной проблемой. По данным Научного центра



акушерства и гинекологии РАМН, бесплодны 6-7 млн. российских женщин и 3-4 млн. мужчин.

Аборты - бич современной России, оптимальное средство самоуничтожения народа, целенаправленно навязанное нам «демократическим» Западом, который не жалеет средств и времени в открытой информационной войне. К сожалению, современная медицина и образование нацелены на поддержание детоубийства в России

Как известно, часть депутатов Госдумы во главе с председателем комитета по вопросам семьи, женщин и детей, членом справедливой России Еленой Мизулиной внесли на рассмотрение проект поправок в Уголовный и Административный кодексы, по которым максимальное наказание за незаконное проведение абортов составит пять лет лишения свободы, а максимальный штраф - до 1 млн. рублей.

Предлагаемый законопроект выводит производство абортов из перечня услуг, оплачиваемых из Фонда обязательного медицинского страхования, то есть из области бесплатной медицины, запрещает производство абортов без согласия мужа или родителей несовершеннолетней, за исключением случаев беременности в результате изнасилования и медицинских показаний к прерыванию беременности. Также проект обязывает врачей давать женщине, обратившейся к ним с просьбой о прерывании беременности, неделю на раздумье. Женщина обязана пройти консультацию психологов и узнать, какую опасность таят аборты.

Казалось бы, все лежит на поверхности, люди должны быть двумя руками «за». Но у нас сразу начинают говорить о тяжелой экономической ситуации, в которую нас загнали реформаторы, о свободе выбора и прочей чепухе, несовместимой с правом семьи быть в первую

очередь семьею, а не сожителями, мечтающими о карьере, которой дети якобы только мешают. У нас модно слушать знахарей и поборников свободных отношений, но только не зов материнского сердца. Те, кто рожают, не без труда, но детей своих выращивают, а те, кто идут на аборт, лишают себя самой искренней и неподдельной радости - быть родителями.

Задача государства - сделать так, чтобы у женщин не было необходимости избавляться от ребенка по социальным причинам. Есть положительные сдвиги. За рождение второго ребенка выплачивают деньги, в Краснодаре появились бэби-боксы. Но надо двигаться дальше. Государство должно на уровне ЗСК принять законы, поддерживающие молодых матерей. На подготовку к Олимпиаде потрачен 1 триллион рублей. Представьте сколько социальных программ можно было внедрить на эту сумму, сколько жизней спасти.

### **1.3 Дневник нерожденного ребенка**

*5 октября*

Сегодня началась моя жизнь, хотя мои родители об этом пока не знают. Я девочка, у меня будут светлые волосы и голубые глаза. Все уже определено, даже то, что я буду любить цветы.

*19 октября*

Некоторые считают, что я еще не человек. Но я настоящий человек, так же, как маленькая крошка хлеба все же настоящий хлеб. Моя мама есть, и я тоже есть.

*23 октября*

Я уже умею открывать рот. Подумать только, через год я научусь смеяться, а потом и говорить. Я знаю, что моим первым словом будет «мама».

*25 октября*

Сегодня начало биться мое сердце.

*2 ноября*

Я каждый день понемножку расту. Мои руки и ноги начинают принимать форму.

*12 ноября*

У меня формируются пальчики - смешно, какие они маленькие. Я смогу гладить ими мамины волосы.

*20 ноября*

Только сегодня доктор сказал моей маме, что я живу здесь, под ее сердцем. Как она, наверное, счастлива!



23 ноября

Мои папа и мама, должно быть, думают, как меня назвать.

10 декабря

У меня растут волосы, они гладкие, светлые и блестящие.

13 декабря

Я уже немного вижу. Когда мама принесет меня в мир, он будет полон солнечного света и цветов.

24 декабря

Интересно, слышит ли мама тихий стук моего сердца? Оно бьется так ровно. У тебя будет здоровая маленькая дочка, мама!

28 декабря

Сегодня моя мама меня убила.

«Дневник нерожденного ребенка», написанный неизвестным автором, членом международной общественной организации «Право на жизнь», возможно, покажется сентиментальным, но он физиологически точен: жизнь человека начинается с зачатия, а в 12 недель - возрасте «стандартного аборта» - ребенок способен совершать различные движения: поворачивает голову, подгибает ноги, сжимает кулачок, морщит брови, зевает, находит рот и сосет пальчик, ощущает эмоциональное состояние матери и реагирует на него. Длина маленького человека около 9 см.

#### 1.4 Двойное счастье семьи

Шестилетние сестрички Ирочка и Катюша из Таганрогского детского дома нашли новых маму и папу на Кубани

Наши земляки из с. Глафировка Каналош Валентина Павловна и Каналош Владимир



Николаевич в августе взяли в свою семью шестилетних двойняшек-сироток. Валентина Павловна - предприниматель, фермер, глава КФК по разведению овец романовской породы, в этом году поступила на юридический факультет в Ростовский юридический институт.

Владимир Николаевич занимается ремонтом, строительством, отделкой квартир. Семья среднего достатка, но очень любящая детей. Вырастили сына Владимира, достойного парня. Володя заканчивает в Краснодаре факультет мировая экономика в



Российском государственном торгово-экономическом университете.

Это равнодушные к проблемам и нуждам односельчан люди, активные жители села.

Перед тем как забрать девочек домой, приезжали к ним в гости на выходные. Рассказывали малышам о том, какая комната уже приготовлена для них, какие игрушки привёз сын Владимир для будущих сестричек. И, конечно, очень волновались, переживали о том, что чиновники тянут с документами. Но только девочки оказались дома - все обиды ушли, только восторг и счастье быть вместе.

Валентина рассказала о том, как они приняли это непростое решение - взять в семью детей. Ведь им не нужны были дети для самоутверждения, для того, чтобы семья была «как все». Просто всегда любили детей, а в их уютном доме всегда звучал детский смех.

О важном событии в своей семье с удовольствием рассказали сами Валентина и Владимир:

- Ирочку и Катюшу мы нашли через федеральную базу данных. В Министерстве образования Ростовской области дали адрес Таганрогского Детского дома, выдали направление на посещение детей, показали девочек, а после знакомства мы сразу написали заявление о согласии. Кто заинтересован взять в семью детей, те ищут сами, - уверен Владимир. Не надо ничего ждать!

Около полутора месяцев оформляли необходимые документы для перевода девочек из Ростовской области в Краснодарский край. Параллельно собирали другие необходимые бумаги.

- Первый раз «мамой» и «папой» девочки назвали нас еще в детском доме, - с улыбкой вспоминает Валентина.- А чтобы другие малыши к нам не приближались, не отходили ни на минутку, до того боялись, что вновь останутся одни. Грустно было от того, что не можешь подарить новую жизнь в семье, обогреть всех этих малышей, которые с печалью и надеждой в глазах смотрят на каждого нового взрослого, пришедшего в детский дом. Мы нашли свою частичку счастья. Теперь в доме вновь звучит детский смех, вновь предстоят приятные хлопоты подготовки к школе, первый звонок и еще многое-многое другое. А всем, кто размышляет над тем, чтобы взять в семью ребенка, хочется посоветовать хорошенько взвесить все «за» и «против» и не упускать шанс сделать счастливым хотя бы одного малыша.

**2. ИССЛЕДОВАНИЯ ВЛИЯНИЯ  
РАННИХ РОДОВ НА ЗДОРОВЬЕ  
МАТЕРИ И РЕБЕНКА И  
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**



## 2.1 Установление возраста рожениц.

Исследование начиналось с анализа и выявления числа родивших в группах техникума за последние 4 учебных года: 2009/2010 учебный год

2010/2011 учебный год

2011/2012 учебный год

2012/2013 учебный год

### 41 ТХ

I курс	II курс	III курс	IV курс
-	1. Кузьминова С. 2. Беланова З. 3. Ененко М. 4. Червоненко К.	1. Иванова А.	1. Аршилович А. 2. Ефимова А. 3. Шумакова А.

### 41 ТМ

I курс	II курс	III курс	IV курс
-	-	1. Нестерцова Л.	1. Крылова Н.

### 31 ТХ

I курс	II курс	III курс	IV курс
1. Гоголина А. 2. Батракова Л.	1. Мекулова А. 2. Лавренко Т.	1. Тунникова Г.	-

### 31 ТМ

I курс	II курс	III курс
1. Елесева Н.	1. Долгова Ю.	

### 21 ТХС

I курс	II курс
	1. Пыхтина К. 2. Карачевская О. 3. Бриллиантова Л. 4. Ковалева В. 5. Иванова К. 6. Захарова М. 7. Гребенюк Н. 8. Кравцова О.

### 21 ТХ

I курс	II курс
1. Мироненко Д.	

21 Т

І курс	ІІ курс
-	1. Чеботарёва Т.

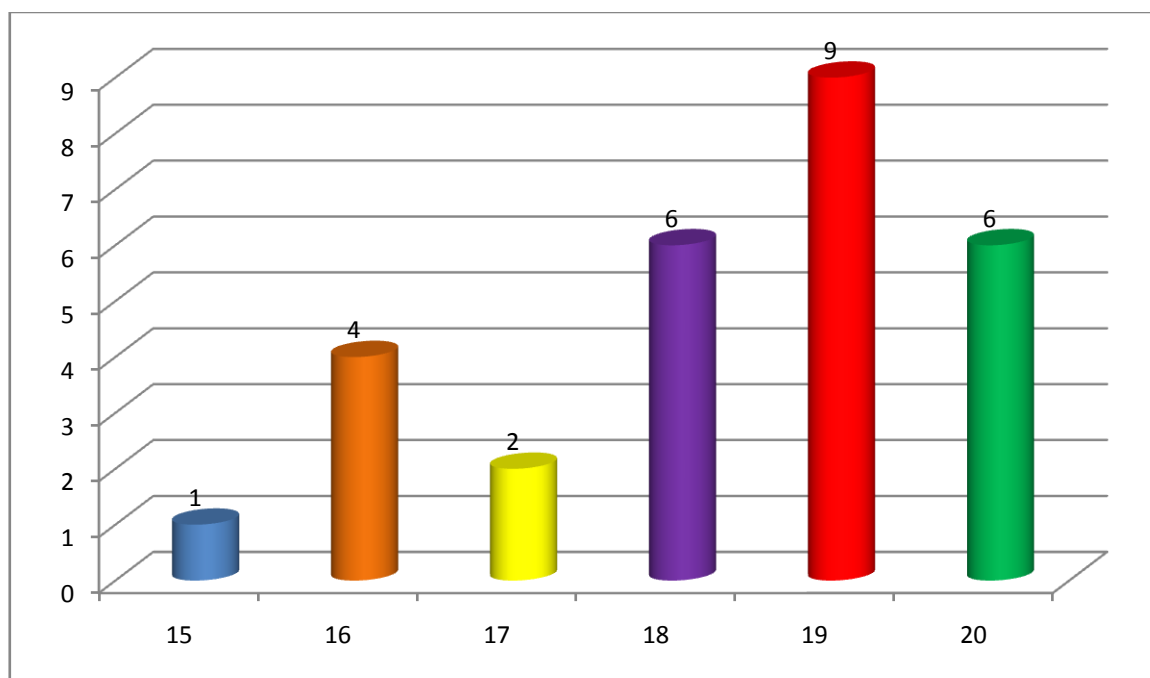
11 ТХ

І курс
1. Лысякова М.

Затем сгруппировали всех родивших в техникуме по возрасту, в котором произошли роды:

Возраст, лет	Количество	Фамилия, имя
15 лет	1	Лысякова М.
16 лет	4	Кузьминова Е., Мироненко Д., Драп В., Пыхтина К.
17 лет	2	Мекулова А., Чеботарева Т.
18 лет	6	Гоголина А. Тунникова Г, Бриллиантова Л., Иванова Т., Кравцова О., Крылова Н.
19 лет	9	Иванова А., Червоненко К., Батракова Л, Лавренко Т., Елесева Н., Долгова Ю., Беланова З, Карачевская О., Нестерцова Л.
20 лет	6	Ененко М., Аршилович А., Ефимова А., Шумакова А., Гребенюк Н., Захарова М.
ВСЕГО	28	

График зависимости числа родивших от возраста



Из графика видно, что наивысшая рождаемость приходится на 18-20 лет.

## 2.2 Анализ заболеваемости детей.

С целью проведения анализа заболеваемости детей пришлось обратиться к педиатру, т. е. детскому врачу, где наблюдаются эти дети.

Ф.И.О. мамы	Возраст мамы при родах	Возраст ребенка	Количество заболеваний детей			
			2009	2010	2011	2012
1. Лысякова М.	15	2 мес.				*****
2. Кузьмина С.	16	3 года		**	**	***
3. Мироненко Д.	16	3 мес.				**
4. Пыхтина К.	16	4 года	**	*	*	*
5. Драп В.	16	2 года		*	*	
6. Мекулова А.	17	2,5 года		***	**	*
7. Чеботарева Т.	17	3 мес.				***
8. Гоголина А.	18	3 года		***	**	*
9. Тунникова Г.	18	1 мес.				*
10. Бриллиантова Л.	18	1,5 года			***	**
11. Иванова К.	18	2,2 года		*	***	**
12. Кравцова О.	18	2 года				
13. Крылова Л.	18	2 мес.				**
14. Иванова А.	19	7 мес.				
15. Червоненко К.	19	2,5 года		**	**	*
16. Батракова Л.	19	3 года		**	**	*
17. Лавренко Т.	19	3 года		**	**	*
18. Елсеева Н.	19	2,3 года		*	**	**
19. Долгова Ю.	19	1,4 года			*	*
20. Беланова З.	19	2 года			*	*
21. Карачевская О.	19	3 мес.				*
22. Нестерцова Л.	19	9 мес.			*	*

23. Ененко М.	20	2 года		*	**	
24. Аршилович А.	20	7 мес.				**
25. Ефимова А.	20	9 мес.			**	*
26. Шумакова А.	20	4 мес.				*
27. Гребенюк О.	20	1,5 года			**	
28. Захарова М.	20	5 мес.				*

Из таблицы видно, что чем младше мама, тем чаще болеет ребенок.

Определим среднее число заболеваний детей в зависимости от возраста мамы:

$$\text{ЧЗ} = \frac{\text{ОЧЗД}}{\text{КД}}$$

где ЧЗ – среднее число заболеваний

ОЧЗД – общее число заболеваний детей

КД – количество детей

$$\text{ЧЗ}_{15} = \frac{5}{1} = 5$$

$$\text{ЧЗ}_{16} = \frac{16}{4} = 4$$

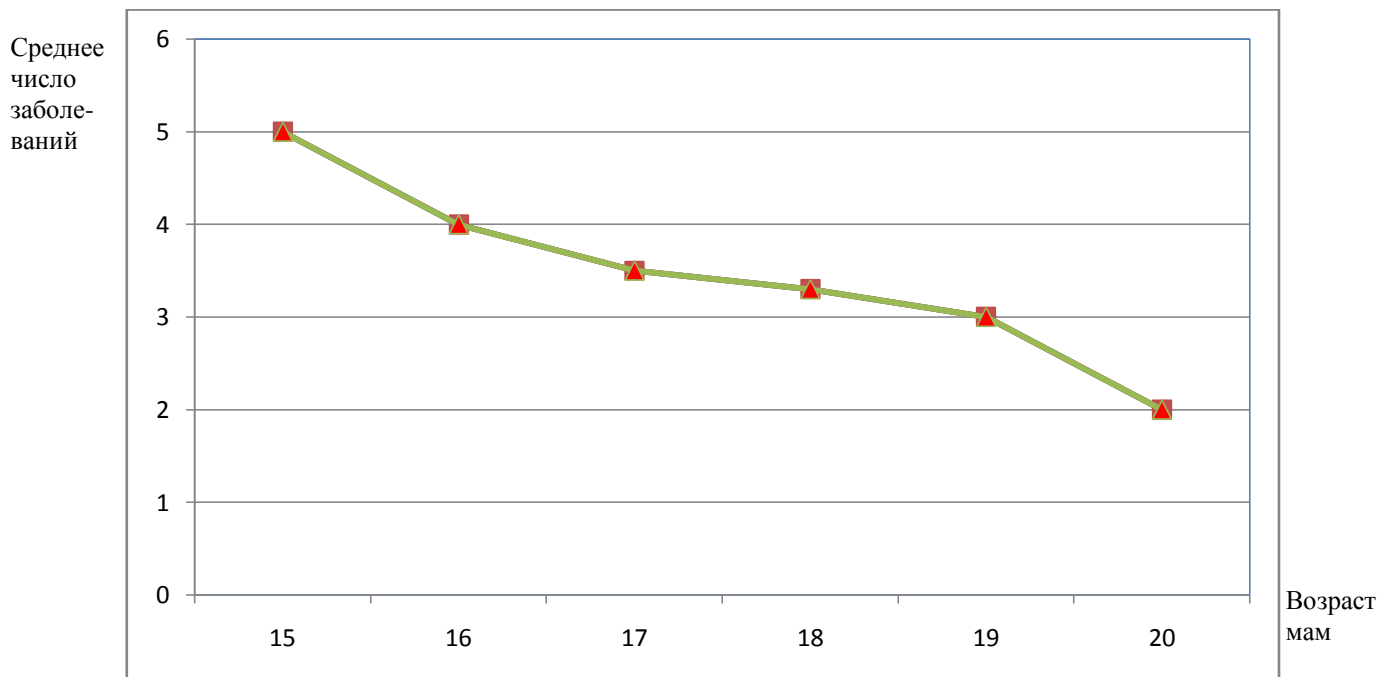
$$\text{ЧЗ}_{17} = \frac{7}{2} = 3,5$$

$$\text{ЧЗ}_{18} = \frac{20}{6} = 3,3$$

$$\text{ЧЗ}_{19} = \frac{27}{9} = 3$$

$$\text{ЧЗ}_{20} = \frac{12}{6} = 2$$

График зависимости заболеваний детей от возраста мамы



### 2.3 Анализ заболеваемости мам.

С целью анализа заболеваемости мам были взяты данные из картотеки акушерки ст. Вознесенской и медицинской сестры техникума Ивахиной Татьяны Петровны.

Ф.И.О. мамы	Возраст мамы при родах	Возраст мамы в настоящее время	Количество заболеваний детей			
			2009	2010	2011	2012
1. Лысякова М.	15	16				***
2. Кузьминова С.	16	19		*	**	
3. Мироненко Д.	16	17				*
4. Пыхтина К.	16	20	*	*	*	
5. Драп В.	16	18			**	*
6. Мекулова А.	17	19		*	*	*
7. Чеботарева Т.	17	18				*
8. Гоголина А.	18	21		*	*	
9. Тунникова Г.	18	18				
10. Бриллиантова Л.	18	20			*	*
11. Иванова К.	18	20		*	*	
12. Кравцова О.	18	20			*	*
13. Крылова Л.	18	19				*
14. Иванова А.	19	20				*
15. Червоненко К.	19	22		*		
16. *Б*атракова Л.	19	22		*		
17. Лавренко Т.	19	22		*	*	
18. Елесева Н.	19	21		*		*
19. Долгова Ю.	19	21			*	
20. Беланова З.	19	21				*
21. Карачевская О.	19	20				*
22. Нестерцова Л.	19	21				*
23. Ененко М.	20	22			*	
24. Аршилович А.	20	21				*
25. Ефимова А.	20	21				*
26. Шумакова А.	20	21				*
27. Гребенюк О.	20	22			*	
28. Захарова М.	20	21				*

Определим среднее число заболеваний мам в зависимости от их возраста:

$$ЧЗ = \frac{ОЧЗД}{КД}$$

где ЧЗ – среднее число заболеваний

ОЧЗД – общее число заболеваний

КД – количество мам

$$ЧЗ_{15} = \frac{3}{1} = 3$$

$$ЧЗ_{16} = \frac{10}{4} = 2,5$$

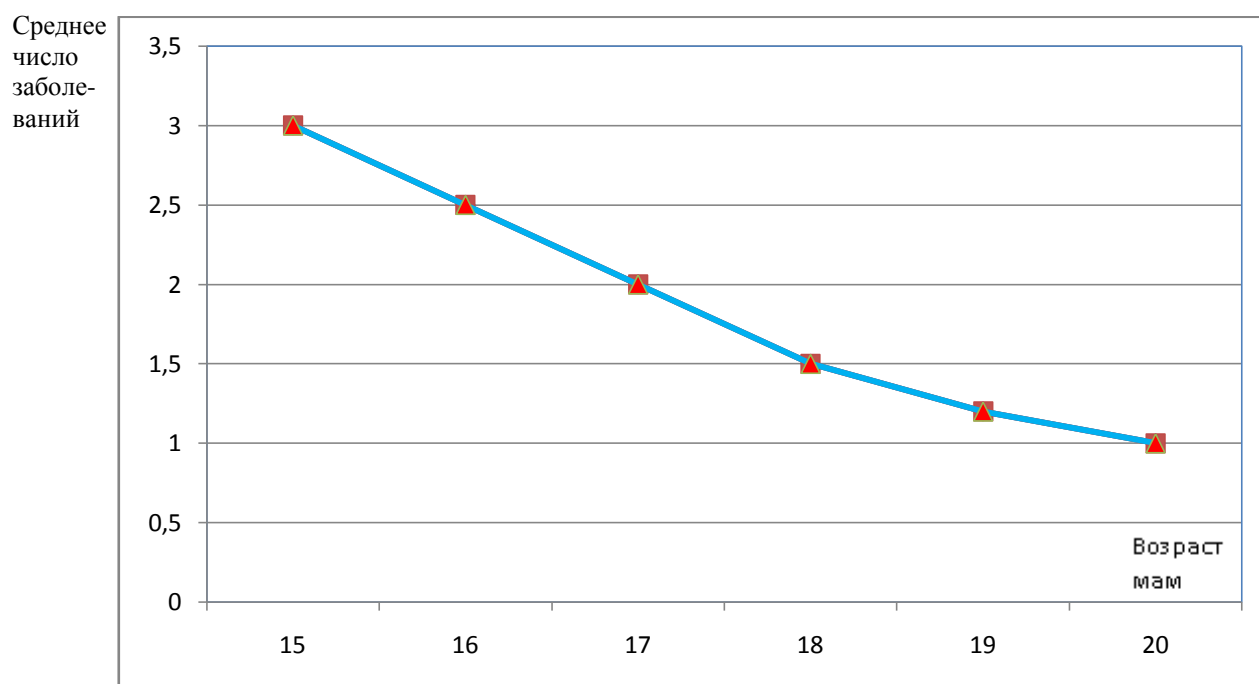
$$ЧЗ_{17} = \frac{4}{2} = 2$$

$$ЧЗ_{18} = \frac{9}{6} = 1,5$$

$$ЧЗ_{19} = \frac{11}{9} = 1,2$$

$$ЧЗ_{20} = \frac{6}{6} = 1$$

График зависимости заболеваний мам в зависимости от их возраста





## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В наше время все актуальнее становится тема ранней беременности. Во время беременности у женщины в организме происходит большое количество изменений, которые создают условия для развития плода, а также подготавливают организм к родам и грудному вскармливанию малыша.

Во время ранней беременности возникает очень много проблем: повышается вероятность раннего токсикоза беременности, маленький вес новорожденного, возможно также снижение его физического и психического уровня развития.

К сожалению, чаще всего ранняя беременность заканчивается абортами. Статистика показывает, что на 100 беременностей у девочек в подростковом возрасте приходится 70 абортов, 15 родов и 15 выкидышей. Очень часто аборты происходят на 22-27 неделях беременности, что крайне негативно влияет на здоровье девочки, ведь аборты разрешены на сроке до 12 недель. Аборты могут привести к бесплодию, особенно на таких поздних сроках беременности в таком раннем возрасте. За такую ошибку придется расплачиваться и жалеть об этом всю жизнь.

Если девочка все-таки решила рожать, необходимо учитывать, что ранняя беременность часто заканчивается смертью новорожденного, приводит к осложнениям, болезням организма матери и ребенка. Чем раньше забеременела девочка, тем более тяжелых последствий для ее организма следует ожидать.

Также существует большой риск недоношенности плода, развивается плацентарная недостаточность, ранний токсикоз и анемия. Особенно часто при ранних родах наблюдается риск смертности матери.

Между матерью и плодом возникает некая борьба за использование кальция в организме, ведь не только малышу нужен этот микроэлемент для полноценного развития, но и матери тоже. Повышается ломкость костей у подростка, а плод страдает от недостатка всех необходимых ему элементов для развития, что пагубно влияет на его психическое и физическое развитие в будущем.

У подростков высокий уровень риска рождения ребенка с аномалиями, болезнью Дауна, олигофренией, ДЦП и другими болезнями.

В нашем техникуме проводится множество мероприятий, посвященных предупреждению ранней беременности, например, открытые лекции, беседы с девочками, приход в учебные заведения врачей- педиатра и гинеколога.

## **РЕЦЕНЗИЯ**

на исследовательскую работу «Ранние роды»,  
студентки 31 Т ГБОУ КК ПО ВТПП Костиной Анастасии

Исследовательская работа раскрывает проблему ранних браков в стране, в т.ч. и в Вознесенском техникуме пищевых производств.

Работа выстроена методически правильно, с элементами исследовательской работы: имеется содержание, аннотация, методический материал в виде обзора литературы, анализ числа заболеваемости детей от возраста ребёнка.

Следует отметить грамотный анализ и подбор примеров по данной тематике.

Работа заслуживает внимания, может быть использована для проведения профилактических внеклассных мероприятий, рекомендуется для использования в работе со студентами Вознесенского техникума пищевых производств.

Заместитель директора  
по воспитательной работе

Краснодымская Т.Н.

## ОТЗЫВ РУКОВОДИТЕЛЯ

Костина Анастасия Геннадьевна является студентом Вознесенского техникума пищевых производств, третьего курса, специальности 260201 Технология молока и молочных продуктов.

Анастасия является активным членом научного студенческого общества. Учится на «отлично», имеет разносторонние творческие интересы. В планах дальнейшее обучение в ВУЗе.

Предпосылкой возникновения послужила озабоченность студентки проблемами ранних браков и здоровья молодых матерей.

К работе приступили в начале учебного года. Изучили теоретические проблемы, освещенные в средствах массовой информации, провели опрос в группах, беседы с медсестрой техникума, акушеркой станицы Вознесенской. Обработали полученные данные и проанализировали результаты. Работа выполнена студенткой самостоятельно.

Руководитель

З.М. Казарьян