

ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ЮНИХ ВАГІТНИХ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ ТА ПІСЛЯ НЬОГО

*Методичні вказівки
для здобувачів вищої освіти
IV–VI курсів навчання, лікарів-інтернів
та слухачів курсів тематичних удосконалень*

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

**ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ЮНИХ ВАГІТНИХ
В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ ТА ПІСЛЯ НЬОГО**

***Методичні вказівки
для здобувачів вищої освіти
IV–VI курсів навчання, лікарів-інтернів
та слухачів курсів тематичних удосконалень***

Затверджено
Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 4 від 20.04.2023.

**Харків
ХНМУ
2023**

Особливості ведення юних вагітних в умовах воєнного стану та після нього : метод. вказ. для здобувачів вищої освіти IV–VI курсів навчання, лікарів-інтернів та слухачів курсів тематичних удосконалень / упоряд. Л.А. Вигівська та ін. Харків : ХНМУ, 2023. 12 с.

Упорядники Л.А. Вигівська
 І.А. Гузь
 І.М. Меренкова
 Є.В. Благовещенський
 І.А. Качайло
 А.А. Новікова

Підліткова вагітність – це серйозна соціальна та економічна проблема більшості країн світу, зокрема в період воєнних дій.

Стан здоров'я і розвиток сучасного суспільства безпосередньо залежить від рівня здоров'я підлітків у популяції, адже вони становлять значну частину в структурі населення. Підлітки мають великий вплив на здоров'я нації в цілому, формують її культурний, інтелектуальний, виробничий і репродуктивний потенціал. Випадки вагітності у юних дівчат все частіше трапляються в країнах Європи. Внесок 15–19-річних у коефіцієнт народжуваності становить 8,5–10 %. Однак проведений аналіз літературних даних за останні 10–15 років свідчить про те, що серед дівчат 15–18 років спостерігається тенденція до зниження випадків вагітності. Водночас реєструється підвищення рівня загальної захворюваності серед підлітків віком 15–17 років на 45–50 %, зокрема захворювань сечостатевої системи – на 78–80 %, що в майбутньому може позначитися на репродуктивній функції. За період з 2010 по 2020 роки кількість запальних захворювань жіночих статевих органів серед дівчат 15–17 років збільшилася на 8 %, а порушень менструальної функції в осіб 10–17 років – на 20 %. У підлітків, які живуть статевим життям, частота гінекологічної патології у 2–3 рази вища, ніж у їхніх однолітків, які ще не мали статевих зв'язків. За повідомленням Міжнародної федерації планування сім'ї, щороку у світі народжують понад 15 млн дівчат-підлітків, що становить 2–4,5 від загальної кількості пологів, ще 5 млн вирішують перервати небажану вагітність. У країнах з відносно низьким рівнем доходу частка юних вагітних віком 15–19 років становить 76 %, тобто 13 млн щорічно. Частка тих, хто народжує у віці до 20 років, коливається від 8 % у країнах Східної Азії до 55 % у країнах Західної Африки, що в середньому становить 33 %. У країнах з більш високим рівнем доходу громадян до 20-річного віку народжують близько 10 % жінок. Так, в Аргентині та Бразилії кількість вагітних серед неповнолітніх становить 16,8–17,5 %, у Шотландії – 7,0–12,5 %, у Румунії та Болгарії – 7,0–10,0 %, у США – 7,0–9,8 %, в Австралії, Новій Зеландії, Канаді – 4,0–6,9 %, у Японії, Німеччині, Франції – 4,0 %, у Нідерландах – 1,2 %.

Ювенільна вагітність – украй неблагополучне явище. Юним вагітним потрібні виплати від держави на медичну допомогу, матеріальну та соціальну підтримку. В умовах воєнного часу не завжди ці виплати можуть бути адекватними і повною мірою задовольняти потреби неповнолітніх майбутніх матерів. Як правило, такі молоді вагітні здебільшого не мають змоги продовжити навчання та трудову діяльність. Тому збиток від раннього материнства для держави дуже значний. Наприклад, у США з державного бюджету витрачається до 20 млн доларів на рік на медичні та соціальні послуги юним матерям та їхнім новонародженим.

У ракурсі проблеми підліткової вагітності необхідно враховувати прийнятні вікові класифікації. ООН визначає вік від 10 до 18 років як підлітковий для жінок. Цей період характеризується розвитком вторинних статевих ознак і фемінізацією фігури, що відбувається під дією гормонів

яєчників і надниркових залоз. З огляду на рекомендації експертів ВООЗ (1979), підлітковий період визначається від початку статевого дозрівання до настання фізіологічної та соціальної зрілості, тобто з 10 до 19 років. У практичній охороні здоров'я цей період визначається віком 15–18 років. З погляду проблеми підліткової вагітності та пологів, віковий інтервал становить від 13 (середній вік настання менархе) до 18 років.

Огляд досліджень низки зарубіжних авторів, які проводилися в багатьох країнах світу, свідчить про те, що за останні 30 років значно зросла кількість сексуально активних молодих людей, а вік початку сексуального життя підлітків з кожним роком знижується, причому інтенсивніше саме серед жіночого населення. При цьому дівчата намагаються мати сексуальні стосунки зі старшими партнерами, вважаючи їх більш досвідченими, проте в плані зараження ПІСШ це більш небезпечно. Кожен десятий підліток починає статеве життя у віці до 14 років, кожен п'ятий – до 15 і кожен третій – до 16 років. До 18-річного віку 67 % молодих людей вже мають достатній сексуальний досвід. На сучасному етапі значно змінилися поняття про мораль і моральність. Найчастіше репродуктивна поведінка підлітків характеризується високою частотою зміни статевих партнерів, і ця тенденція спостерігається в багатьох країнах світу, незалежно від рівня економічного розвитку. Водночас особливістю репродуктивної поведінки сучасної молоді є зростаюча кількість незареєстрованих шлюбів і позитивне ставлення суспільства до цього. Опитування молодих людей віком до 20 років показало, що 80–88 % з них не засуджують цивільні шлюби. Крім того, тільки 35–72 % дівчат, які живуть сексуальним життям, використовують різні методи контрацепції, 40 % школярів взагалі не замислюються над тим, до чого може призвести статеве життя, кожна третя дівчинка не знає, що таке протизаплідні засоби. Лише 17 % дівчат і 25 % юнаків серйозно ставляться до питань сім'ї та планують свої перші статеві контакти. І чим молодший вік підлітків, тим менша ймовірність використання будь-якого методу контрацепції. Найчастіше підлітки вдаються до ненадійних методів контрацепції: 53,3–65,2 % з них використовували презерватив, 15,9 % – методи екстреної контрацепції, 11,7–30,1 % – переривання статевого акту, 8,8 % – сперміциди. І лише 5,2–7,8 % підлітків, які живуть статевим життям, застосовували такий сучасний і надійний метод, як оральні контрацептиви. На жаль, у 19 % дівчат вагітність виникає після першого в житті незахищеного статевого акту.

Caldas (1993) виділяє шість причин підліткової вагітності.

1. Гіпотеза про невігластво в галузі репродукції. Відсутність знань про процеси зачаття і контрацепції призводить до підвищення частоти вагітностей серед підлітків.

2. Гіпотеза психологічних потреб. Причини вагітностей і народження дітей у дівчат-підлітків закладаються в основі поведінки, яка відображає психологічний стан матері (наприклад, вагітність і народження дитини в підлітковому віці може вгамовувати несвідому потребу).

3. Гіпотеза про отримання соціальних допомог. Причиною вагітності та пологів у дівчат-підлітків з низьким соціальним рівнем є бажання отримати соціальну допомогу при народженні дитини.

4. Гіпотеза про приклад батьків і відсутність нагляду. Поведінка батьків та/або відсутність потрібного нагляду часто стають причиною вагітності та пологів у підлітків у сім'ях батьків-одиноків.

5. Гіпотеза про соціальні норми. Причина поведінки підлітків у царині статевих стосунків і виконання батьківських обов'язків безпосередньо пов'язана із сильним впливом соціальних норм, які підлітки розуміють і згідно з якими діють.

6. Фізіологічна гіпотеза. Статевий акт, який призводить до вагітності та народження дитини, відбувається під безпосереднім впливом гормональних перебудов у молодому організмі, який росте.

Зачаття, що настало в юної дівчини, призводить до розвитку несподіваної вагітності. Термін «несподівана вагітність» підкреслює її основні характеристики: незапланованість, випадковість виникнення, відсутність ранньої налаштованості на материнство, раптова зміна соціального статусу, життєвих можливостей і планів. Зазвичай рання вагітність у 50–60 % випадків є незапланованою і в 30–40 % – небажаною, а тому частіше завершується штучним перериванням. Співвідношення кількості пологів й абортів у підлітків коливається від 1:5 до 1:8. Як правило, у 60,8 % юних жінок має місце поганий соціально-економічний стан.Abortом закінчується перша вагітність у 95,1 % дівчат-підлітків віком до 15 років і у 52,8 % дівчат віком 15–19 років. Відомо, що понад 50 % абортів спричиняють ранні або пізні ускладнення, що є реальною загрозою втрати здоров'я майбутнього населення країни. Шкода, якої завдають аборти сучасному суспільству, – це безпліддя, зниження репродуктивного потенціалу, розвиток захворювань ЖСО, народження недоношених дітей, на виходжування яких держава витрачає в сотні разів більше коштів, ніж на догляд за доношеними. Ці витрати становлять понад 5 % від загального бюджету охорони здоров'я. Здатність до ефективної репродуктивної функції досягається разом з біологічною статевою зрілістю. Однак навіть досягнення необхідної соціальної, емоційної та психологічної самостійності не завжди повною мірою забезпечує повноцінне виховання народженої дитини. Вагітність юної жінки стає причиною серйозних розбіжностей у сім'ях, які зазвичай ані морально, ані матеріально не готові до виношування й народження дитини. Так, позитивно поставилися до народження дитини в їхньої юної доньки тільки 60 % батьків, тоді як 15,6 % – край негативно, а понад 14 % батьків наполягали на перериванні вагітності навіть на пізніх строках, усвідомлюючи наявну небезпеку для здоров'я і життя їхньої власної дитини. Не знайшовши в батьків підтримки, втративши статевого партнера, відчувши осуд у навчальному закладі, дівчата-підлітки переживають серйозну психологічну кризу. Найвищий показник народжуваності поза шлюбом зафіксовано у віці 15–19 років – це 27,1 %

від усіх народжень у цій віковій групі, що перевищує відповідний показник в інших вікових групах: 17,6 % – у 20–24 роки, 18,9 % – у 25–29 років. Проведені демографічні дослідження свідчать про те, що найменш стійкими є шлюби, укладені в ранньому віці. Однією з основних причин є примусове укладання шлюбу через дошлюбне зачаття. І дуже тривожним фактом є те, що з року в рік зростає кількість дітей, від яких відмовилися батьки.

Вагітність часто призводить до зміни емоційного зв'язку з партнером, який є батьком дитини, що здебільшого означає кінець цього взаємозв'язку. Коли партнер дізнається про вагітність, він зазвичай лякається відповідальності за дитину, бо батьківство часто не входить у короткострокові плани підлітка. Емоційний стан юної вагітної посилюється хронічним стресом, наявним під час воєнних дій. Постійний страх за своє життя та життя близьких призводить до емоційної лабільності, неадекватної реакції на зовнішні фактори впливу.

Різноманітні дослідження показують, що чоловіки в половині випадків реагують негативно або заперечують своє батьківство, через що діти зростають без економічної підтримки батька. Матері-підлітки великою мірою страждають через хронічну неповну зайнятість і недостатній дохід. У них та їхніх дітей вища ймовірність залежності від системи громадської допомоги та піклування, ніж у 20–30-річних жінок.

Різновиди впливу вагітності на молодий організм можуть бути, в різних поєднаннях, такими.

1. Загальні зміни організму, а також трансформація статевих органів узагалі характерні для вагітних незалежно від віку жінки. Вагітність, як відомо, впливає на всі без винятку фізіологічні процеси. Досконала спрямованість нервових, загальносоматичних, біохімічних і репродуктивних стереотипів, яка виникає при цьому, закріплюється шляхом імпринтингу та реалізується в наступних вагітностях і в подальшому житті. Якщо в дорослої жінки не підлягає сумніву стабілізуючий вплив вагітності на гомеостатичні механізми, то в неповнолітньої позитивний вплив констатується рідше.

2. Прискорювальний ефект у вигляді швидкого збільшення виразності вторинних статевих ознак в осіб, які вступили у вагітність з недостатнім статевим розвитком. Цей феномен реєструється і тоді, коли вагітність було перервано в ранні терміни. Особливо наочними та сприятливими з акушерської точки зору є зміни кісткового таза, який у міру прогресування вагітності в 13–15-річних досягає розмірів, характерних для 16–18-річних дівчат. До моменту закінчення вагітності збільшуються еластичні властивості м'яких тканин статевого тракту, розвивається зв'язковий апарат, зростає гідрофільність симфізу і хрящових зон кісток таза.

3. Дестабілізуючий вплив на гомеостатичні реакції проявляється, наприклад, у розбалансуванні нейроендокринної ланки регуляції (особливо у тих дівчат, які страждають на транзиторийний гіпоталамо-гіпофізарний синдром пубертатного періоду). Цей варіант впливу вкрай несприятливо

позначається на контингенті юних жінок у вигляді декомпенсації хронічних соматичних захворювань. За даними різних авторів, екстрагенітальні захворювання виявлено у двох із трьох (43,5–70,9 %) неповнолітніх вагітних, з них найпоширенішими є захворювання сечовидільної системи (10,77–39,1 %), анемія (13,3–32,4 %), ендокринні й обмінні порушення (4,7–28,2 %), хвороби серцево-судинної системи (6,54–28,6 %). У 42,5 % юних жінок під час вагітності виявляють вогнища хронічної інфекції, нерідко в поєднанні з гострими захворюваннями верхніх дихальних шляхів.

Деякі вікові особливості організму дівчини-підлітка накладають відбиток на перебіг вагітності та родового акту. До них належить наступне.

1. Незрілість нервових процесів супроводжується незадовільним формуванням гестаційної домінанти, що загрожує невиношуванням і відхиленнями в розвитку плода, а надалі – недостатністю пологової домінанти, яка проявляється аномаліями пологової діяльності.

2. Розміри кісткового таза не завжди встигають досягти остаточних величин (у 10–15 % дівчат констатується звуження таза).

3. Диференціювання матки (як міометрія, так і нервового апарату) здебільшого незавершене. Частими є гіпоплазія матки і статевий інфантилізм, що зумовлює надмірну крововтрату.

4. Гомеостатичні реакції відрізняються в цьому віці нестійкістю й напруженістю, що погіршує прогноз для матері та плода в разі акушерських ускладнень.

5. Низький рівень секреції естрогенів і прогестерону в період, що передувє вагітності (вікова особливість гормонального профілю), зумовлює формування плацентарної дисфункції, а відтак – гіпотрофії та гіпоксії плода.

Досі не вироблено єдиної думки в питанні про ступінь сприяливості перебігу вагітності та частоту ускладнень, що виникають у неповнолітніх вагітних. Так, S. Ziadeh (2001) відзначає кращі акушерські та перинатальні наслідки вагітності в юних матерів порівняно з такими в породіль старшого віку. За його спостереженнями, анемія і гестози однаково часто трапляються як у дівчат-підлітків, так і у жінок дітородного віку (20–29 років), які народжують вперше. Разом із цим, за його даними, патологічне збільшення маси тіла за час вагітності, гестаційний діабет, а також низька маса тіла новонароджених у жінок віком до 18 років, є більш рідкісними. Низка дослідників, спираючись на власні клінічні спостереження, не підтверджує збільшення кількості акушерських ускладнень у неповнолітніх порівняно з жінками зрілого віку. Інші автори знаходять відмінності в акушерських ускладненнях тільки в неповнолітніх віком до 15 років проти вагітних інших вікових груп. Водночас з відсутністю будь-яких особливостей у перебігу підліткової вагітності за умови ретельного ведення більшість дослідників традиційно наголошує на вищому ризику виникнення акушерських ускладнень у юних жінок. За даними зарубіжних авторів, акушерські ускладнення у юних жінок сягають 30–90 %. Найпоширенішими є гестоз

(4,6–67 %), фетоплацентарна дисфункція (19–79,25 %), інфекції під час вагітності (27,69 %), загроза переривання (16,1–56,7 %), анемія (15,5–71,8 %), гестаційний пієлонефрит (16,4–18,1 %), токсикоз (4,9–69,1 %). Середня тривалість вагітності дещо менша (37,5 % + 0,9 тижня), ніж у дорослих жінок. Водночас передчасні пологи трапляються не частіше, ніж зазвичай, за даними одних авторів, інші ж дослідники відзначають підвищений відсоток передчасних пологів. Провідні чинники передчасних пологів – незрілість нейроендокринної системи жіночого організму, що виявляється в зниженому продукуванні гормонів (прогестерону, естрогенів, пролактину), незавершеному формуванні нервово-рецепторного апарату матки, гіпоксемії та ін.

Висновки

Для запобігання стійкій тенденції до збільшення числа юних вагітних необхідні ефективні заходи соціального характеру, для розроблення яких слід вивчити соціальний статус, репродуктивну поведінку та здоров'я підлітків. Вагітність у юних жінок перебігає з великою кількістю ускладнень порівняно з жінками дітородного віку, і становить великий ризик для юної породіллі, внутрішньоутробного плода і новонародженого. Ці факти вимагають розроблення сучасних технологій оцінювання, прогнозування та коригування акушерських і перинатальних ускладнень.

Настанню вагітності в неповнолітніх сприяє комплекс медико-соціальних чинників: відсутність постійного місця роботи або навчання, виховання в неповних сім'ях, паління, нехтування засобами контрацепції та проміскуїтет. У неповнолітніх вагітних частіше трапляються анемія вагітних, дисбіоз піхви, вагініти, окремі ускладнення вагітності та пологів: загрозований аборт, передчасні пологи, прееклампсія, хронічна плацентарна дисфункція, гіпотрофія новонародженого, передчасне та раннє вилиття навколоплідних вод, швидкі й стрімкі пологи, гіпоксія плода та асфіксія новонародженого. Гістологічна будова плаценти неповнолітніх характеризується гіпертрофією, відставанням від терміну гестації. На підставі результатів дослідження розроблено основні принципи й систему медико-соціальної допомоги неповнолітнім вагітним в умовах воєнних дій у країні, що дало змогу поліпшити якість медичної допомоги, медичні та соціальні наслідки вагітності в неповнолітніх.

Неповнолітні вагітні та породіллі не дуже часто зустрічаються в практиці акушерів-гінекологів жіночих консультацій і пологових будинків, у зв'язку з чим практичні рекомендації становлять певний інтерес.

1. У жіночих консультаціях і пологових будинках слід використовувати раціональну тактику ведення вагітності та пологів з урахуванням вікових та індивідуальних особливостей, проводити диспансеризацію неповнолітніх вагітних.

2. Ведення сучасних неповнолітніх вагітних необхідно починати зі впровадження роботи жіночих консультацій з органами соцзахисту, опіки

та піклування для виявлення й можливого коригування негативних медико-соціальних чинників в оточенні неповнолітньої.

3. Ефективним способом формування домінанти вагітності та пологів є спільне ведення неповнолітньої вагітної акушером-гінекологом і психологом. Консультації психолога рекомендується проводити під час взяття вагітної на облік, у II триместрі та перед пологами. Рекомендовано також організувати теоретичний курс лекцій з підготовки до пологів, поведінки під час пологів і догляду за новонародженим та практичних занять з лікувальної фізкультури з 20-го тижня вагітності.

4. При веденні вагітності в неповнолітніх у комплексі заходів показано профілактичне призначення пероральних препаратів заліза за наявності феритину у венозній крові менше, ніж 35 нг/мл, та нормальних показників еритроцитів, гемоглобіну і гематокриту.

5. З метою раннього виявлення хронічної плацентарної дисфункції до алгоритму обстеження неповнолітніх вагітних слід включати ультразвукове та доплерометричне дослідження на 28-му тижні вагітності.

6. За наявності в неповнолітніх дисбіозу піхви перед пологами з метою уникнення материнського травматизму та гнійно-септичних ускладнень у пологах і післяпологовому періоді рекомендується нормалізувати біоценоз піхви шляхом застосування пробіотичних препаратів, що містять лактобацили.

7. Для підвищення ефективності та привабливості грудного вигодовування, а також для профілактики гнійно-септичних ускладнень неповнолітнім вагітним/породіллям доцільно відвідувати заняття з консультантом з лактації до і після пологів.

8. Для зміцнення психоемоційних зв'язків між неповнолітньою матір'ю та новонародженим важливо використовувати сучасні перинатальні технології, а також інформувати пацієнтку про важливість їх застосування: викладання дитини після пологів на живіт/груди матері, прикладання до грудей у пологовій залі/операційній, спільне перебування матері та дитини в післяпологовій палаті, ексклюзивне грудне вигодовування.

9. Для профілактики внутрішньолікарняних інфекцій рекомендується рання (на 3-ю добу післяпологового періоду) виписка неповнолітніх.

10. З метою поліпшення соціальних результатів вагітності в неповнолітньому віці (більш рання постановка на облік у жіночу консультацію; збільшення кількості пацієнок, задоволених медичним наглядом під час вагітності та пологів; відсутність відмов від новонароджених у пологовому будинку) ведення неповнолітніх вагітних у воєнний час рекомендовано здійснювати в умовах спеціалізованого акушерського стаціонару.

Ключовою особливістю неповнолітніх у воєнний час та після нього є швидка, часом абсолютно несподівана декомпенсація всіх патологічних станів, коли захворювання або ускладнення вагітності з проклінічного або легкого ступеня тяжкості миттєво переходить у тяжку, загрозливу для життя патологію; вагітність й особливо пологи в них перебігають за принципом

«усе або нічого», декомпенсація настає раптово, коли сили організму виснажені, і, відповідно, лікувальні заходи дуже часто виявляються не-ефективними. Перинатальні центри з ведення вагітності та пологів у неповнолітніх у воєнний час мають працювати за розробленим алгоритмом ведення вагітності, пологів і післяпологового періоду в неповнолітніх. Такий підхід сприяє поліпшенню якості обстеження вагітних підлітків, а також зниженню частоти й тяжкості ускладнень вагітності, пологів і післяпологового періоду в цієї складної категорії пацієнтів.

Література

1. Ogunwale O.I., Rangiah S. Profile and obstetric outcome of teenage pregnancies compared with pregnant adults at a district hospital in KwaZulu-Natal. *S Afr Fam Pract* (2004). 2021. 63(1). 5290. doi: 10.4102/safp.v63i1.5290.
2. Predictors of underage pregnancy among women aged 15–19 in highly prevalent regions of Ethiopia: a multilevel analysis based on EDHS, 2016 / D.A. Bitew et al. *Sci Rep*. 2023. № 13(1). 857. doi: 10.1038/s41598-023-27805-y.
3. Assessment of Risk Factors and Obstetric Outcome of Adolescent Pregnancies Through a Prospective Observational Analysis. *Cureus / A. Anupma et al.* 2022. 14(10):e30775. doi: 10.7759/cureus.30775.
4. Korenčan S., Pinter B., Grebenc M., Verdenik I. The Outcomes of Pregnancy and Childbirth in Adolescents in Slovenia. *Zdr Varst.* 2017. 56(4). P. 268–275. doi: 10.1515/sjph-2017-0036.
5. Hospital-Based Study of Maternal, Perinatal and Neonatal Outcomes in Adolescent Pregnancy Compared to Adult Women Pregnancy / M. Rexhepi et al. *Open Access Maced J Med Sci.* 2019. Mar 14. № 7(5). P. 760–766. doi: 10.3889/oamjms.2019.210
6. Uzunov A.V., Secara D.C., Mehedințu C., Cîrstoiu M.M. Preeclampsia and neonatal outcomes in adolescent and adult patients. *J Med Life.* Dec 2022. № 15(12). P. 1488–1492. doi: 10.25122/jml-2022-0264.
7. Maternal and Neonatal Outcomes of Adolescent Pregnancy: A Narrative Review. *Cureus / M.V. Maheshwari et al.* 2022. Jun 14.14(6):e25921. doi: 10.7759/cureus.25921.
8. Global trends in incidence and death of neonatal disorders and its specific causes in 204 countries/territories during 1990–2019. *BMC Public Health / Z. Ou et al.* 2022 Feb 19. № 22(1). P. 360. doi: 10.1186/s12889-022-12765-1.
9. Kadhim Jasim S., Al-Momen H., Abdul Razzak Obaid A. Differences in perinatal outcomes in teenage mothers with their first and third pregnancies and predictors of adverse neonatal events: A cross-sectional study. *Int J Reprod Biomed.* 2021. Dec 13. № 19(11). P. 1005–1014. doi: 10.18502/ijrm.v19i11.9916.
10. Marvin-Dowle K., Soltani H. A comparison of neonatal outcomes between adolescent and adult mothers in developed countries: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X.* 2020 Feb 3;6:100109. doi: 10.1016/j.eurox.2020.100109.

11. Protracted armed conflict and maternal health: a scoping review of literature and a retrospective analysis of primary data from northwest Syria / S. Basha et al. *BMJ Glob Health*. 2022. Aug;7(8):e008001.

12. Characteristics and adverse outcomes of Chinese adolescent pregnancies between 2012 and 2019 / Y. Xie et al. *Sci Rep*. 2021. Jun 15;11(1):12508. doi: 10.1038/s41598-021-92037-x.

13. Neal S., Stone N., Ingham R. The impact of armed conflict on adolescent transitions: a systematic review of quantitative research on age of sexual debut, first marriage and first birth in young women under the age of 20 years. *BMC Public Health*. 2016. Mar 4;16:225. doi: 10.1186/s12889-016-2868-5.

14. BRANCH Consortium Steering Committee. The effects of armed conflict on the health of women and children / E. Bendavid et al. *Lancet*. 2021 Feb 6. 397(10273). P. 522–532. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00131-8.

15. Serum Concentration of Leptin in Pregnant Adolescents Correlated with Gestational Weight Gain, Postpartum Weight Retention and Newborn Weight/Length / R. Sámano et al. *Nutrients*. 2017. Sep 27. № 9(10). P. 1067. doi: 10.3390/nu9101067.

16. Аксьонова С.Ю. Підліткове материнство: демографічний аспект проблеми. Київ : ін-т демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України. 2016. 184 с.

17. Romanenko I.Y. Перебіг вагітності, пологів та перинатальні наслідки розродження жінок із загрозою переривання вагітності та статусом внутрішньо переміщених осіб, які проживають у луганській області. *Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології*. 2020. № 2. С. 63–69. <https://doi.org/10.11603/24116-4944.2019.2.10926>

Навчальне видання

**ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ЮНИХ ВАГІТНИХ
В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ ТА ПІСЛЯ НЬОГО**

***Методичні вказівки
для здобувачів вищої освіти
IV–VI курсів навчання, лікарів-інтернів
та слухачів курсів тематичних удосконалень***

Упорядники Вигівська Людмила Анатоліївна
 Гузь Ірина Анатоліївна
 Меренкова Ірина Миколаївна
 Благовещенський Євген В'ячеславович
 Качайло Ірина Анатоліївна
 Новікова Анастасія Артемівна

Відповідальний за випуск Л.А. Вигівська



Редактор Є.В. Рубцова
Комп'ютерна верстка О.Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 0,8. Зам. № 23-34283

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com**

Свідोцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.