DOI 10.31718/2077–1096.21.3.117

УДК: 618.2/4-053.67

Школьник О.С., Єфіменко О.К., Маланчук О.М., Меленчук Л.М., Шаргородська Є.Б.**ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ І РОДІВ У ЖІНОК ЮНАЦЬКОГО ВІКУ**

ДУ «Інститут спадкової патології НАМН України», м. Львів, Україна

Мета роботи. Оцінити ризик несприятливих наслідків підліткової вагітності для матері та плода у жінок з Львівської області. **Матеріал і методи.** Ретроспективним методом вивчали ускладнення перебігу вагітності та родів у жінок юнацького віку у Львівській обласній клінічній лікарні. **Результати й обговорення.** Проаналізовано 134 випадки юнацьких пологів з 2013 по 2017 роки. Аналіз даних про перебіг вагітності у жінок юнацького віку показав, що достовірна більшість з них мали ускладнений перебіг вагітності, найчастіше відмічалась загроза передчасних пологів. Значна частина жінок - 78(58,2%) достовірно частіше потребувала застосування медикаментозної терапії під час вагітності. Оцінка стану новонароджених дітей показала, що у 1/4 (24,6%) частини юних жінок народились недоношені діти, а майже 1/3 дітей від юних матерів мали ускладнений ранній неонатальний період - 51(38,0%). В спектрі ускладнень основним діагнозом була «недоношеність» - у 33(24,6) дітей від юних матерів. Патологічний перебіг раннього неонатального періоду у 51(38,0%) дітей основної групи потребував переводу в інші відділення для подальшого лікування. Всього 82(61,2%) дітей з цієї групи були виписані додому. В той час, як всі 100(100,0%) дітей контрольної групи були виписані додому. **Висновки.** В результаті проведеної роботи встановлено, що чинниками ризику виникнення перинатальної патології у жінок юнацького віку імовірно були ускладнений перебіг вагітності, найчастіше – загроза переривання вагітності (17,9%), передчасні роди (24,6%), відповідно народження недоношених дітей з порушеним станом при народженні, які потребували лікування в інших медичних закладах - 51(38,0%). Вагітні жінки юнацького віку складають групу ризику щодо акушерських та перинатальних ускладнень.

Ключові слова: вагітність, роди, юнацька вагітність

Робота виконана в рамках НДР відділення пренатальної діагностики та перинатології ДУ «Інститут спадкової патології НАМН України» «Аналіз репродуктивного потенціалу населення Львівської області з урахуванням генетичного тестування поліморфізмів генів фолатного обміну для прогнозування перинатальної патології у жінок групи високого ризику», № державної реєстрації 0119U002287

Вступ

В Україні останнім часом загальна чисельність населення зменшується, так само скорочується і кількість молоді. Приміром, за період з 2000 року по 2014 рік чисельність молоді скоротилась на 1,5 млн осіб. Спостерігається зменшення кількості осіб юнацького віку (15-17 років), які складають репродуктивний потенціал нашої країни. Саме ці юнаки і дівчата в найближчий час будуть визначати приріст населення [1, 2].

Ранньою або підлітковою вагітністю прийнято вважати стан вагітності в дівчат-підлітків віком 13–17 років. За даними ВООЗ, у світі на сьогодні проживає близько 13 млн людей, народжених жінками, які не досягли 18-річного віку [3]. Близько 90 % випадків підліткової вагітності виявляють в країнах, що розвиваються [4, 5]. На сьогодні понад 50 % підлітків розпочинають статеве життя у віці 14–16 років. Майже 85 % вагітностей у дівчат до 18 років є незапланованими. За світовою статистикою, 70 % підліткових вагітностей завершуються абортami, 15 % – самовільними викиднями і тільки 15 % – пологами [6, 7, 8]. Дані літератури свідчать про те, що вагітність та пологи у юних мам мають ускладнений перебіг у 70–75 % випадків [9, 10, 11].

В Україні ранньою або підлітковою вагітністю прийнято вважати стан вагітності в дівчат-підлітків віком 13–17 років. Проблеми підліткової вагітності є надзвичайно актуальними в

Україні. Адже за десять років майже 100 тис. дівчат віком 16–17 років стали матерями. В 2016 році 118 дівчат до 14 років стали матерями, ще 5700 народили у віці від 15 до 17 років [12].

Коефіцієнт народжуваності у жінок віком 15–19 років в Україні у 2014 р. становив 26,8 ‰, та вдвічі перевищував відповідний показник у Польщі, у 2,6 рази був більшим, ніж у Франції, майже у 3,7 рази – ніж у Фінляндії, у 5,3 рази – ніж у Швеції 133, але ще більшою різниця виявилась у порівнянні з Данією та Нідерландами (у 7,3 рази), де спостерігається один з найнижчих у світі коефіцієнт народжуваності жінок молодше 20 років – 3,7 ‰ [13].

За рік в Україні офіційно фіксують в середньому 80 випадків переривання вагітності у дівчат віком до 14 років та майже 3000 – у 15–17-річних [1]. Крім того, лише 40 % матерів, яким ще немає 18 років, закінчують середню школу, а близько 80 % хлопців не одружуються з юними матерями своїх дітей [12]. Кризові явища в сучасному українському суспільстві призвели до деформації соціальних і моральних цінностей, що зумовило посилення цілої низки негативних явищ, серед яких: знецінення інституту сім'ї, втрата престижу сімейного способу життя; поширення консенсуальних шлюбів; збільшення осіб шлюбного віку, які не укладають шлюб; відсутність потреби молодих сімей мати в шлюбі дітей; збільшення кількості розлучень, внаслідок чого зростає кількість неповних сімей і дітей, які виховуються одним із батьків, чисе-

льність позашлюбних дітей, масове поширення соціального сирітства [13]. Використання безлічі позасімейних джерел інформації прискорює звільнення молоді від духовного авторитету сім'ї, що базувався і переважно залежав від інформації, яка передавалася сім'єю кожному наступному поколінню [14]. У формуванні ціннісного ставлення до створення сім'ї важливим є саме ранній юнацький вік, коли відбувається інтенсивний розвиток самосвідомості особистості та формування системи оцінювальних суджень, переконань та ідеалів; окреслюються життєві плани та перспективи [13].

Відомо, що психоемоційний стан юних вагітних, який формується у процесі пубертатного періоду і є дуже вразливим у дівчини юнацького віку при адаптації центральної нервової системи юної матері до вагітності.

Також доведено, що період статевого дозрівання, фізичної та психологічної зрілості завершується досягненням соціальної зрілості [14]. Усі ці чинники мають велике значення для перебігу вагітності та родів у неповнолітніх і є значним фактором, який сприяє підвищенню акушерських та перинатальних ускладнень [14, 15, 16]. Таким чином, вивчення особливостей перебігу вагітності у юних жінок для розробки ефективних заходів щодо збереження їх репродуктивного потенціалу є досить актуальним.

За останнє десятиліття збільшилася кількість країн, які проводять цілеспрямовану політику або реалізують певні програми щодо вирішення проблем підліткової народжуваності. Все це дає підстави розглядати і ставитись до цього питання як не лише до соціальної та психологічної проблеми, а й серйозної акушерської, яка потребує подальшого вивчення та розробки заходів щодо її попередження [15, 16].

Мета роботи

Оцінити ризик несприятливих наслідків підліткової вагітності для матері та плода у жінок з Львівської області.

Матеріали і методи дослідження

Ретроспективним методом вивчали ускладнення перебігу вагітності та родів у жінок юнацького віку у Львівській обласній клінічній лікарні (ЛОКЛ). Нами було проведено аналіз первинної облікової медичної документації відділення патології вагітності та відділення екстрагенітальної патології ЛОКЛ. З журналів запису пологів у стаціонарі було вибрано усі випадки пологів у жінок юнацького віку (13-17 років), які народжували в період з 2014 по 2017 роки. Вивчали перебіг юнацької вагітності та пологів у жінок юнацького віку. Статистичну обробку результатів досліджень проводили за допомогою комп'ютерних програм "Statistica 6.0" та Excel 5.0". Відмінності вважали вірогідними при визначенні статистичної значущості $P < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

Для аналізу архівної документації з журналів пологів було вибрано всі випадки пологів у жінок юнацького віку, які народжували в ЛОКЛ у період з 2013 по 2017 роки. Критерієм відбору був діагноз "Юна вагітна", таких жінок було 134, вони склали основну групу. Для розгляду відповідності між критеріями у визначенні даних для основної дослідницької групи «випадок-контроль» було сформовано групу з 100 здорових вагітних жінок.

Аналіз даних про перебіг вагітності у жінок юнацького віку показав, що достовірна більшість з них мали ускладнений перебіг: 93(69,4%) проти 48(48,0%) в контрольній групі ($p < 0,05$). Хоча достовірність серед спектру ускладнень вагітності була встановлена лише в показнику "ранній гестоз" ($p < 0,05$). У юних вагітних найчастіше відмічались загроза передчасних пологів - 24(17,9%), анемія вагітних - 21(15,7), ранній гестоз - 15(11,2%). В той же час в контрольній групі жінок частіше зустрічались анемія вагітних - 9(9,0%), загроза передчасних пологів - 9(9,0) та поєднані ускладнення - 9(9,0%) (табл.1).

Вивчення соматичного анамнезу показало, що у жінок з підлітковою вагітністю значно рідше він був ускладнений – у 13(9,7%) жінок з основної групи, а в контрольній групі таких жінок було 54(54,0%) ($p < 0,05$, табл.1), що можна пояснити юним віком жінок основної групи. В спектрі соматичної патології було 3 (2,2%) випадки дифузного зобу, по 2 (1,5%) випадки епілепсії, цукрового діабету, хронічного пієлонефриту та по одному (0,75%) – мітральна недостатність, бронхіальна астма, хронічний гастрит, хронічний холецистит.

Встановлено також, що жінки юнацького віку достовірно частіше потребували застосування медикаментозної терапії під час вагітності - 78(58,2%) жінок основної групи проти 21(21,0%) пацієнток контрольної групи ($p < 0,05$).

Вищеописані відмінності істотно вплинули і на частоту основних ускладнень в пологах. Вивчення показників завершення вагітності показало, що у 101(75,4%) жінок основної групи роди були терміновими, а у 33(24,6%) випадках – передчасними ($p < 0,05$, табл. 2). В той час як у 98(98,0%) жінок контрольної групи відбулись роди термінові, і лише у 2(2,0%) – передчасні.

Не встановлено достовірно різниці у показниках родів фізіологічних та шляхом кесарського розтину у двох групах спостережень: в основній групі через природні родові шляхи роди були у 120(89,6%) жінок, а оперативним шляхом – у 14(10,4%) пацієнток, проти 86(86,0%) та 14(14,0%) в контрольній групі ($p > 0,05$, табл.2).

Таблиця 1
Перебіг вагітності у жінок юнацького віку

Показники	Основна група 134 (п/%)	Контрольна група 100 (п/%)	Статистичні показники
Неускладнений перебіг вагітності	41(30,6)	52(52,0)	$\chi^2=10,954$; $p<0,001$ $p<0,05$
Ускладнений перебіг вагітності	93(69,4)	48(48,0)	$\chi^2=10,954$; $p<0,001$ $p<0,05$
Ранній гестоз	15(11,2)	3(3,0)	$\chi^2=5,415$; $p=0,020$ $p<0,05$
Загроза передчасних пологів	24(17,9)	9(9,0)	$\chi^2=3,753$; $p=0,053$ $p>0,05$
Анемія вагітних	21(15,7)	12(12,0)	$\chi^2=0,637$; $p=0,425$ $p>0,05$
Прееклампсія	9(6,7)	7(7,0)	$\chi^2=0,007$; $p=0,933$ $p>0,05$
Респіраторна вірусна інфекція	11(8,2)	5(5,0)	$\chi^2=0,926$; $p=0,336$ $p>0,05$
Загострення соматичної патології	5(3,7)	3(3,0)	$\chi^2=0,093$; $p=0,761$ $p>0,05$
Поєднані ускладнення	8(6,0)	9(9,0)	$\chi^2=0,780$; $p=0,378$ $p>0,05$
Прийом медикаментів під час вагітності	78(58,2)	21(21,0)	$\chi^2=32,482$; $p<0,001$ $p<0,05$
Не вживала медикаменти під час вагітності	56(41,8)	79(79,0)	$\chi^2=32,482$; $p<0,001$ $p<0,05$
Ускладнений соматичний анамнез	13(9,7)	54(54,0)	$\chi^2=54,993$; $p<0,001$ $p<0,05$
Неускладнений соматичний анамнез	121(90,3)	46(46,0)	$\chi^2=54,993$; $p<0,001$ $p<0,05$
Всього	134(100,0)	100(100,0)	

Аналіз даних про стан новонароджених дітей показав, що за терміном гестації та станом при народженні у дітей від жінок юнацького віку, показники відрізняються від аналогічних показників у новонароджених дітей з контрольної групи жінок.

За результатами аналізів показників оцінки

стану новонароджених дітей, 101(75,4%) жінок основної групи мали доношених дітей, а 33(24,6%) – недоношених новонароджених. Ці показники в контрольній групі суттєво відрізнялись і складали відповідно 98(98,0%) і 2(2,0%) ($p<0,05$, табл. 2).

Таблиця 2
Характеристика родів та стан новонароджених дітей у жінок юнацького віку

Показники	Основна група 134 (п/%)	Контрольна група 100 (п/%)	Статистичні показники
Роди термінові	101(75,4)	98(98,0)	$\chi^2=23,049$; $p<0,001$ $p<0,05$
Роди передчасні	33(24,6)	2(2,0)	$\chi^2=23,049$; $p<0,001$ $p<0,05$
Роди фізіологічні	120(89,6)	86(86,0)	$\chi^2=0,686$; $p=0,408$ $p>0,05$
Роди шляхом кесарського розтину	14(10,4)	14(14,0)	$\chi^2=0,686$; $p=0,408$ $p>0,05$
Доношені діти	101(75,4)	98(98,0)	$\chi^2=23,049$; $p<0,001$ $p<0,05$
Недоношені діти	33(24,6)	2(2,0)	$\chi^2=23,049$; $p<0,001$ $p<0,05$
Задовільний стан	82(61,2)	96(96,0)	$\chi^2=38,108$; $p<0,001$ $p<0,05$
Дистрес плода	11(8,2)	4(4,0)	$\chi^2=1,691$; $p=0,194$ $p>0,05$
ВВР плода	7(5,2)	-	$\chi^2=5,385$; $p=0,021$ $p<0,05$
Недоношеність	33(24,6)	2(2,0)	$\chi^2=23,049$; $p<0,001$ $p<0,05$
Мертвонароджена дитина	1(0,8)	-	$\chi^2=0,749$; $p=0,387$ $p>0,05$
Перевід дитини в іншу установу	51(38,0)	-	$\chi^2=48,667$; $p<0,001$ $p<0,05$
Виписка дитини додому	82(61,2)	100(100,0)	$\chi^2=49,893$; $p<0,001$ $p<0,05$

Задовільний стан при народженні мали лише 82(61,2%) дітей основної групи та майже всі діти - 96(96,0%) контрольної групи ($p<0,05$). В спектрі ускладнень раннього неонатального періоду у дітей основної групи найчастіше відмічалась недоношеність - 33(24,6%). У 7(5,2%) дітей від матерів юнацького віку діагностовано вроджені вади розвитку (ВВР): по одному випадку синдром Денді-Уокера, ВВР серцево-судинної системи, ВВР сечовидільної системи, розщелина губи, асцит, ВВР центральної нервової системи, множинні ВВР ($p<0,05$).

Патологічний перебіг раннього неонатального періоду у 51(38,0%) дітей основної групи потребував переведення в інші відділення для подальшого лікування. Всього 82(61,2%) дітей з

цієї групи були виписані додому. В той час, як всі 100(100,0%) дітей контрольної групи були виписані додому ($p<0,05$, табл. 2).

В результаті проведеної роботи встановлено, що чинниками виникнення перинатальної патології у жінок юнацького віку імовірно були ускладнений перебіг вагітності, найчастіше – загроза переривання вагітності, передчасні роди (24,6%), відповідно народження недоношених дітей з порушеним станом при народженні, які потребували лікування в інших медичних закладах - 51(38,0%).

На даний час в світі та в Україні накопичено значну кількість робіт, присвячених вивченню перебігів вагітності у жінок юнацького віку (табл. 3).

Таблиця 3

Мета-аналіз даних про вивчення вагітності у жінок юнацького віку

Предмет	Країна	Автор
Профілактика акушерських і перинатальних ускладнень	Україна	І.О. Тучкіна, 2010; Фартушок Т. В., 2014; Аксьонова С.Ю., 2016; Наконечна М. В., 2019 [6, 14, 15, 18]
	Португалія	Borovac-Pinheiro A., 2019 [19]
	Велика Британія	Hadley A., 2016; Lavin C., 2012, [20, 21]
	США	Yang Z., 2010; Kearney MS, 2012 [22, 23]
	Росія	Островская Е.А., 2014[11]
Соціально-психологічні проблеми підліткової вагітності	Україна	Назаренко Л.Г., 2013 [16] Андриєць О. А., 2016[3]
	США	Hendrick CE, 2020, Shreffler KM, 2021[24, 25]
	Росія	Астахов В. М., 2016[17]
	Уганда	Amongin D., 2020 [5]
Вивчення перебігу вагітності та родів	Україна	Наші дані; Веропотвелян П.Н., 2015 [12]
	Латинська Америка	Chiarotti S, 2018 [8]
	Бразилія	Leftwich HK, 2016; Faisal-Cury A, 2017[9, 10]
	США	McCracken KA, 2014; Wilkie GL, 2016[26, 27]
	Таїланд	Thanawut La-Orpipa, 2019[28]
	Росія	Быстрицкая Т. С., 2015.[29]
	Португалія	Galvão RBF, 2015[30]
	Японія	Suzuki S., 2019 [31]
	Філіппіни	Joemer C., 2019 [4]

У контексті розробки ефективної демографічної політики особливо цінними є дослідження наслідків материнства у жінок юнацького віку. Дослідники різних країн світу єдині в думці, що юнацька вагітність складає важливу медичну та соціальну проблему, тому, перш за все, необхідно з'ясувати фактори ризику формування перинатальної патології. Актуальність даної проблеми сприяла розробці первинної профілактики перинатальної патології у юних жінок, адже проблема полягає не тільки в її ранній діагностиці та своєчасній корекції, а і у виявленні тих причин, внаслідок котрих вона виникає [18, 19, 20].

Висновки

В результаті проведеної роботи встановлено, що чинниками виникнення перинатальної патології у жінок юнацького віку імовірно були ускладнений перебіг вагітності, найчастіше – загроза переривання вагітності, передчасні роди (24,6%), відповідно народження недоношених дітей з порушеним станом при народженні, які потребували лікування в інших медичних

закладах - 51(38,0%). Вагітні жінки юнацького віку складають групу ризику щодо акушерських та перинатальних ускладнень.

Перспективи подальших досліджень

Серед різноманіття подібних досліджень актуальними залишаються вивчення чинників ризику перинатальних ускладнень, їх прогнозу та профілактики у жінок юнацького віку. Це дозволить сформувати базу даних для своєчасного виявлення жінок групи ризику в регіоні. У перспективі подальших досліджень планується вивчити стан здоров'я новонароджених дітей від цих матерів. Отримані дані будуть сприяти вдосконаленню системи прекоцепційної профілактики, і ранньої діагностики перинатальної патології серед вагітних жінок групи високого ризику, а саме, при юнацькій вагітності.

Література

1. Tatchuk TF, Kosej NV, Regeda SI, et al. Hiperprolaktynemiia v henezi stresovoho bezpliddia. Mozhlyvosti fitoterapii [Hyperprolactinemia in the genesis of stress-induced infertility. Possibilities of herbal medicine]. Zdorov'e zhenshchiny. 2017;3: 28-36. (Ukrainian).

2. Petelytskyi OO, Tsysar YuV. Patofiziologichni aspekty rozvytku pubertatnykh matkovykh krovotekh u divchat iz suputnoiui patolohiieiu [Pathophysiological aspects of the development of pubertal uterine bleeding in girls with concomitant pathology]. Medychnyi forum. 2019;18(18):30-2. (Ukrainian).
3. Andriets OA, Rynzhuk LV, Bodnariuk OL. Pidlitkova vahitnist: aktualna problema sohodennia.[Adolescent pregnancy: an urgent problem today]. Akusherstvo. Hinekologhiia. Henetyka 2016; 2 (4): 77–80. (Ukrainian).
4. Joemer C, Maravilla, Kim S, Betts, Rosa Alati. Increased risk of maternal complications from repeat pregnancy among adolescent women. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2019; 145(1):154-61.
5. Amongin D, Kågesten A, Tunçalp Ö, et al. Later life outcomes of women by adolescent birth history: analysis of the 2016 Uganda Demographic and Health Survey. BMJ Open, 2021.10.1136/bmjopen-2020-041545, 11, 2, (e041545).
6. Nakonechna MV, Petrenko NV. Pidlitkova vahitnist – neznannia chy nedbalist? [Teenage pregnancy - ignorance or negligence?]. Medsestrynstvo. 2019; 2: 59-61. (Ukrainian).
7. Dianne SE, Marianne EF. Adolescent pregnancy. Pediatr. Clin. N. Am. 2017; 50: 781–800.
8. Chiarotti S, Madres N. Embarazo y Maternidad Infantil Forzada en América Latina y el Caribe [Internet]. Buenos Aires: CLADEM; 2016 Available from: <http://clademargentina.com.ar/wp-content/uploads/2017/03/>.
9. Leftwich HK, Alves MVO. Adolescent Pregnancy. Pediatr Clin North Am 2017;64(02):381-388.
10. Faisal-Cury A, Tabb KM, Niciunovas G, et al. Lower education among low-income Brazilian adolescent females is associated with planned pregnancies. Int J Womens Health. 2017;9:43-48.
11. Ostrovskaya E.A. Mediko-social'nyj prognoz posledstvij beremennosti i materinstva v podrostkovom vozraste.[Medical and social forecast of the consequences of pregnancy and motherhood in adolescence]. Reprodukivnoe zdorov'e detej i podrostkov. 2014; 4: 56–59. (Russian).
12. Veropotvelian PN. Reprodukivnoe zdorov'e zhenshchiny – odna iz vazhnejshih problem gosudarstva. [Reproductive health of women is one of the most important problems of the state]. Medicinskie aspekty zdorov'ya zhenshchiny. 2017;3:34-46. (Ukrainian).
13. Hruzieva TS. Innovatsiyni kharakter ta stratehichni ta praktichniy potentsial novoi Yevropeiskoi polityky okhorony zdorovia 2020 [Innovative nature and strategic and practical potential of the new European Health Policy 2020]. Visnyk problem biolohii i medytyny. 2014;3,1(110):25-33. (Ukrainian).
14. Aksonova Slu. Pidlitkove materynstvo: demohrafichnyi aspekt problemy. [Adolescent motherhood: the demographic aspect of the problem]. Instytut demohrafii ta sotsialnykh doslidzhen imeni MV. Ptukhy NAN Ukrainy. Kyiv, 2016. 184p. (Ukrainian).
15. Tuchkina IO. Profilaktyka akusherskykh ta perynatalnykh uskladnen u yunyk vahitnykh z ekstrahenitalnoiui patolohiieiu. [Prevention of obstetric and perinatal complications in young pregnant women with extragenital pathology]. Liky Ukrainy. 2010; 10(1): 87-89. (Ukrainian).
16. Nazarenko LH. Rol stanu psykhoemotsiinoi sfery vahitnoi zhinky pry normalnomu i uskladnenomu hestatsiinomu protsesi. [The role of the state of the psycho-emotional sphere of a pregnant woman in normal and complicated gestational process]. Zhinochyi likar. 2013; 2:43-48. (Ukrainian).
17. Astahov VM, Bacyleva OV. YUvenil'naya beremennost' kak psihosotsial'naya problema. [Juvenile pregnancy as a psychosocial problem]. Akusherstvo. Ginekologiya. Genetika. 2016; 2(4): 81–85. (Russian).
18. Fartushok TV. Stan problemy pidlitkovoii vahitnosti v umovakh sohodennia u Lvovi ta Lvivskii oblasti.[The state of the problem of teenage pregnancy in today's conditions in Lviv and Lviv region] Aktualni pytannia pediatrii, akusherstva ta hinekologhi. 2014;1:112-114. (Ukrainian).
19. Borovac-Pinheiro A, Ramos EA, Surita FS. Empowering Adolescent Mothers in the Choice of Contraceptive Methods at the Postpartum Period: Avoiding a Subsequent Pregnancy. Rev Bras Ginecol Obstet 2019; 41(10): 607-612.
20. Hadley A, Ingham R, Chandra-Mouli V. Implementing the United Kingdom's ten-year teenage pregnancy strategy for England (1999-2010): How was this done and what did it achieve? Reprod Health. 2016; 13(1):139.
21. Lavin C, Cox JE. Teen pregnancy prevention: current perspectives. Curr Opin Pediatr. 2012;24(4):462-9.
22. Yang Z, Gaydos LM. Reasons for and challenges of recent increases in teen birth rates: a study of family planning service policies and demographic changes at the state level. J Adolesc Health. 2010; 46(6):517-24.
23. Kearney MS, Levine PB. Why is the teen birth rate in the United States so high and why does it matter? J Econ Perspect. 2012; 26(2):141-66.
24. Hendrick CE, Cone JN, Cirullo J, Maslowsky J. Determinants of Long-acting Reversible Contraception (LARC) Initial and Continued Use among Adolescents in the United States. Adolesc Res Rev. 2020; 5(3): 243-279.
25. Shreffler KM, Tiemeyer S, Cox RB Jr. Trauma exposure and adolescent attitudes toward having a baby: An exploratory survey. Contracept X. 2021; 3: 100058. Published online 2021; Ja 29.
26. McCracken KA, Loveless M. Teen pregnancy: an update. Curr Opin Obstet Gynecol. 2014 Oct;26(5):355-9.
27. Wilkie GL, Leung K, Kumaraswami T, Barlow E, Moore Simas TA. Effects of obstetric complications on adolescent postpartum contraception and rapid repeat pregnancy. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2016; 29(06): 612-616.
28. Thanawut La-Orpipat, Chitkasaem Suwanrath. Pregnancy outcomes of adolescent primigravida and risk of pregnancy-induced hypertension: a hospital-based study in Southern Thailand. Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2019; 39(7):934-940.
29. Bystrickaya TS. Beremennost' i ginekologicheskoe zdorov'e u podrostkov. [Pregnancy and gynecological health in adolescents]. M: Feniks, 2015: 256. (Russian).
30. Galvão RBF, Figueira CO, Borovac-Pinheiro A, Paulino DSM, Faria-Schützer DB, Surita FG. Hazards of repeat pregnancy during adolescence: a case-control study. Rev Bras Ginecol Obstet 2018;40(08):437-443.
31. Suzuki S. Clinical significance of pregnancy in adolescence in Japan. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. 2019; 32 (11):1864-1868.

Реферат

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

Школьник А.С., Ефименко О.К., Маланчук А.Н., Меленчук Л.М., Шаргородская Е.Б.

Ключевые слова: беременность, роды, юношеская беременность

Цель работы. Оценить риск неблагоприятных последствий подростковой беременности для матери и плода у женщин из Львовской области. Материал и методы. Ретроспективным методом изучали осложнения течения беременности и родов у женщин юношеского возраста в областной клинической больнице г. Львова. Результаты и обсуждение. Проанализированы 134 случая юношеских родов с 2013 по 2017 годы. Анализ данных о течении беременности у женщин юношеского возраста показал, что достоверное большинство из них имели осложненное течение беременности, чаще отмечалась угроза преждевременных родов. Значительная часть юных женщин - 78(58,2%) достоверно чаще требовала применения медикаментозной терапии во время беременности. Оценка состояния новорожденных детей показала, что у ¼ части (24,6%) юных женщин родились недоношенные дети, а почти 1/3 детей от юных матерей имели осложненный ранний неонатальный период - 51 (38,0%). В спектре осложнений основным диагнозом была «недоношенность» - у 33 (24,6%) детей от юных матерей. Патологическое течение раннего неонатального периода у 51 (38,0%) детей основной группы требовало перевода в другие отделения для дальнейшего лечения. Всего 82 (61,2%) детей из этой группы были выписаны домой. В то время, как все 100 (100,0%) детей контрольной группы были выписаны домой. Выводы. В результате проведенной работы установлено, что факторами риска возникновения перинатальной патологии у женщин юношеского возраста вероятно были осложненное течение беремен-

ности, чаще всего - угроза прерывания беременности (17,9%), преждевременные роды (24,6%), соответственно рождения недоношенных детей с нарушенным состоянием при рождении, которые нуждались в лечении в других медицинских учреждениях - 51 (38,0%). Беременные женщины юношеского возраста составляют группу риска акушерских и перинатальных осложнений.

Summary

FEATURES OF PREGNANCY AND DELIVERY IN ADOLESCENT WOMEN

Shkolnyk O.S., Yefimenko O.K., Malanchuk O.M., Melenchuk L.M., Sharhorodska Ye.B.

Key words: pregnancy, childbirth, adolescent pregnancy

Aim: to assess the risk of adverse consequences of adolescent pregnancy for mother and foetus in women from Lviv region. **Material and methods.** Complications of pregnancy and childbirth in adolescent women were studied retrospectively at the Lviv Regional Clinical Hospital. **Results and discussion.** 134 cases of adolescent childbirths for 2013 to 2017 were analyzed. The analysis of data on the course of pregnancy in adolescent women showed that the vast majority of them had complicated pregnancy and were at risk of preterm childbirth. A significant proportion of young women, 78 (58.2%), significantly more often required the therapy during pregnancy. Assessment of the health status of newborns showed that $\frac{1}{4}$ (24.6%) of young women gave birth to premature babies, and almost 1/3 of children, 51 (38.0%), from young mothers had a complicated early neonatal period. Within the spectrum of complications, the commonest diagnosis was "prematurity" in 33 (24.6%) children from young mothers. The pathological course of the early neonatal period in 51 (38.0%) children of the main group required transfer to other departments for further treatment. 82 (61.2%) children from this group were discharged home, while in the control group all 100 (100.0%) children were discharged from maternity home. **Conclusions.** The study has demonstrated that the risk factors for perinatal pathology in newborns from adolescent women included probably complicated pregnancy, risk of spontaneous abortion (17.9%), preterm birth (24.6%), and the childbirth of premature infants with impaired condition at birth, who needed treatment in other medical institutions (38.0%). Adolescent pregnant women are at risk for obstetric and perinatal complications.