Российский вестник акушера-гинеколога
2021, Т. 21, №5, с. 84-89
https://doi.org/10.17116/rosakush20212105184

Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist
2021, vol. 21, №5, pp. 84-89
https://doi.org/10.17116/rosakush20212105184

Беременность и роды у юных женщин: факторы риска и особенности течения

© О.Э. ЖОЛОНДЗИОВСКАЯ, Н.В. ПУТИЛОВА, Р.Т. ШАКИРОВ, С.В. КИНЖАЛОВА

ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт материнства и младенчества» Минздрава России, Екатеринбург, Россия

Цель исследования. Анализ социального статуса, соматического и репродуктивного здоровья, особенностей течения беременности и родов у юных женщин.
Материал и методы. Проведены анализ данных анамнеза, течения беременности, родов, оценка перинатальных исходов у 110 юных пациенток, у 80 из которых имелось осложненное течение беременности и родов, у 30 беременность и роды протекали физиологически.
Результаты. Анализ клинико-социальных факторов риска, состояния соматического здоровья несовершеннолетних беременных показал, что раннему наступлению беременности способствуют неблагоприятные социальные условия жизни. Беременность и роды в подростковом возрасте сопряжены с большим количеством осложнений, обусловливающих неблагоприятные перинатальные исходы.
Заключение. Подростковая беременность остается одной из важных проблем современного акушерства и требует создания образовательных программ по половому воспитанию. Для уточнения и детализации причин осложненного течения беременности и родов среди женщин юного возраста требуются дальнейшие исследования.

Ключевые слова: *юные беременные, факторы риска, осложнения беременности, осложнения родов.*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:
Жолондзиовская О.Э. — https://orcid.org/0000-0003-4095-4434
Путилова Н.В. — https://orcid.org/0000-0001-5607-5093
Шакиров Р.Т. — https://orcid.org/0000-0002-1641-588X
Кинжалова С.В. — https://orcid.org/0000-0003-2576-6742
Автор, ответственный за переписку: Жолондзиовская О.Э. — e-mail: gaeva.oks93@mail.ru

КАК ЦИТИРОВАТЬ:
Жолондзиовская О.Э., Путилова Н.В., Шакиров Р.Т., Кинжалова С.В. Беременность и роды у юных женщин: факторы риска и особенности течения. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2021;21(5):84–89. https://doi.org/10.17116/rosakush20212105184

Pregnancy and childbirth in young women: risk factors and course features

© O.E. ZHOLONDZIOVSKAYA, N.V. PUTILOVA, R.T. SHAKIROV, S.V. KINZHALOVA

Ural Research Institute of Maternity and Infancy, Yekaterinburg, Russia

Objective. Analysis of social status, somatic and reproductive health, pregnancy and childbirth in young women.
Material and methods. Anamnesis, pregnancy and childbirth data were analyzed, perinatal outcomes were assessed in 110 young patients, where 80 ones had a complicated pregnancy and childbirth, and 30 ones had physiological pregnancy and childbirth.
Results. The analysis of clinical and social risk factors, the state of somatic health of pregnant women showed the early pregnancy is facilitated by unfavorable social life conditions. Pregnancy and adolescent childbirth are associated with a large number of complications that lead to the poor perinatal outcomes.
Conclusion. Teenage pregnancy remains one of the important problems of modern obstetrics and requires the educational sex programs. Further research is required to clarify and detail the causes of the complicated pregnancy and childbirth among young women.

Keywords: *young pregnant women, risk factors, complications of pregnancy, complications of childbirth.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:
Zholondziovskaya O.E. — https://orcid.org/0000-0003-4095-4434
Putilova N.V. — https://orcid.org/0000-0001-5607-5093
Shakirov R.T. — https://orcid.org/0000-0002-1641-588X
Kinzhalova S.V. — https://orcid.org/0000-0003-2576-6742
Corresponding author: Zholondziovskaya O.E. — e-mail: lara_ego@mail.ru

TO CITE THIS ARTICLE:
Zholondziovskaya OE, Putilova NV, Shakirov RT, Kinzhalova SV. Pregnancy and childbirth in young women: risk factors and course features. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist = Rossiiskii vestnik akushera-ginekologa*. 2021;21(5):84–89. (In Russ.).
https://doi.org/10.17116/rosakush20212105184

Введение

Подростки занимают значительную долю в структуре населения, и именно они будут определять интеллектуальный, культурный, производственный и репродуктивный потенциал страны на ближайшие десятилетия [1].

Около 16 млн девочек-подростков в возрасте 15—19 лет и 2 млн подростков в возрасте младше 15 лет ежегодно рожают в мире [2].

Уровень популяционного здоровья подростков в значительной степени влияет на развитие общества и состояние его здоровья в целом. По данным, полученным в Научном центре здоровья детей Российской академии медицинских наук, не более 3—10% детей считаются здоровыми. Отмечается преимущественный рост распространенности хронической патологии, частота которой за последние 10 лет увеличилась на 22% [3].

Ранняя беременность, как правило, возникает у девушек-подростков из неблагоприятных социально-экономических групп населения, имеющих многочисленные факторы риска высокой заболеваемости и поздно и неохотно обращающихся за медицинской помощью [4, 5].

Многие семейные факторы, такие как взросление в семье с одним родителем или в большой семье, низкое родительское образование, семьи с одним родителем (разведенные или разлученные), подростковая беременность матери и сестер, связаны с беременностью у юных женщин [6].

К социальным факторам, обусловливающим повышенный риск заражения инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), относятся отсутствие родительского надзора и низкий уровень доверительности отношений несовершеннолетних с родителями. Образ жизни и такие социально-демографические факторы, как курение и употребление алкоголя, раннее начало половой жизни способствуют менее благоприятным исходам родов у подростков, в том числе низкой массе детей при рождении и младенческой смертности. Девушки, которые становятся матерями в раннем возрасте и имеют низкий уровень образования, подвержены высокому риску наступления повторной беременности с короткими интергенетическими интервалами. Уровень образования у несовершеннолетних в значительной степени коррелирует с репродуктивным поведением и уровнем информированности о своем здоровье [7, 8].

Раннее начало сексуальных отношений в сочетании с низким уровнем знаний в этой области, плохой осведомленностью о средствах и методах контрацепции и недостаточным их применением приводит к росту числа беременностей у подростков и, как следствие, к увеличению числа абортов, неблагоприятных исходов родов и ухудшению репродуктивного здоровья подростков [9—11].

Половое воспитание, информированность, доступность контрацепции, получение образования и профессиональной подготовки являются ключевыми факторами профилактики беременности среди подростков. Огромную роль в успешности профилактических программ играют родители подростка, школа, врачи, социальные и государственные учреждения [12, 13].

Несовершеннолетний возраст представляет собой важнейший этап становления репродуктивной и нейроэндокринной систем, что обусловливает высокую частоту развития осложнений и неблагоприятных исходов беременности у юных женщин [14, 15].

В литературе нет единого мнения по вопросу о том, насколько благоприятно протекают беременность, роды и послеродовой период у несовершеннолетних. Большинство исследователей указывают на то, что у несовершеннолетних гораздо чаще встречаются такие осложнения беременности, как угроза прерывания, преэклампсия, анемия, хроническая плацентарная недостаточность, а в родах — несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, гипоксия плода и асфиксия новорожденного, гипотонические кровотечения [16—19].

Анализ факторов риска, состояния соматического здоровья, репродуктивного потенциала подростков позволяет акушерско-гинекологической и педиатрической службам прогнозировать демографическую ситуацию, состояние здоровья будущих беременных, рожениц, родильниц и рожденных детей.

Все перечисленное стало основанием для проведения собственного исследования данной проблемы на базе Уральского научно-исследовательского института охраны материнства и младенчества.

Цель исследования — анализ социального статуса, соматического и репродуктивного здоровья, особенностей течения беременности и родов у юных женщин.

Материал и методы

Проведен анализ данных анамнеза, течения беременности, родов, и перинатальных исходов у 110 юных женщин.

В ходе исследования все пациентки были разделены на две группы: основную и контрольную. Основную группу составили 80 пациенток, имеющих осложненное течение беременности и родов, и их новорожденные. Контрольную группу составили 30 пациенток с физиологически протекающей беременностью, родами и их новорожденные.

Первичный анализ с расчетом средних значений, стандартных отклонений, стандартных ошибок для количественных переменных и частотного распределения для бинарных данных был выполнен с использованием программы Microsoft Office, Excel 2016.

Сравнение непрерывных количественных данных проведено с использованием *t*-критерия Стьюдента. Для сравнения бинарных данных применялся точный критерий Фишера (F-критерий). Последний рассчитывался в прикладной программе MedCalc 15.8. Нулевая гипотеза отклонялась при $p<0,05$.

Результаты

Средний возраст пациенток обеих групп был сопоставим и составил 16,4±0,1 года в основной группе и 16,2±0,2 года в контрольной группе **(табл. 1)**.

При оценке ростовесовых показателей пациенток обследованных групп достоверных различий также не выявлено: средний рост у беременных основной группы составил 161,6±0,6 см и в контрольной — 161,5±1,3 см ($p>0,05$); масса тела — 68,5±1,0 кг в основной группе и 66,2±1,9 кг — в контрольной группе ($p>0,05$).

Все юные женщины родились доношенными, однако срок родоразрешения в основной группе был достоверно меньше, чем в контрольной, и составил 38,5±0,2 и 39,2 нед соответственно ($p<0,05$). Масса тела пациентки на момент рождения в основной группе также была достоверно ниже, чем в контрольной — 3130,9±50,2 г против 3405,3±68,0 г соответственно ($p<0,05$), что было обусловлено наличием хронической плацентарной недостаточности у матери с формированием синдрома задержки роста плода.

***Таблица 1*. Общая характеристика пациенток обследованных групп**

***Table 1.* General characteristics of patients in the examined groups**

Данные анамнеза	Основная группа, *n*=80	Контрольная группа, *n*=30
Средний возраст, годы	16,4±0,1	16,2±0,2
Рост, см	161,6±0,6	161,5±1,3
Масса тела, кг	68,5±1,0	66,2±1,9
Масса тела при рождении, г	3130,9±50,2*	3405,3±68,0*
Срок беременности при рождении пациентки, нед	38,5±0,2*	39,2±0,2*

Примечание. * — различия статистически значимы, $p<0,05$.

***Таблица 2*. Социальный статус пациенток обследованных групп**

***Table 2.* Social status of patients in the examined groups**

Показатель	Основная группа, *n*=80		Контрольная группа, *n*=30	
	%	абс.	%	абс.
Семья полная	65	52	83,3	25
Семья неполная	35	28	16,7	5
Возраст начала половой жизни, годы	15,1±0,1		15,3±0,2	
В зарегистрированном браке	40	32	36,7	11
Одинокие	60	48	63,3	19
Вредные привычки	42,5	34	20	6

***Таблица 3*. Соматический анамнез пациенток**

***Table 3.* Somatic history of patients**

Показатель	Основная группа (*n*=80)		Контрольная группа (*n*=30)	
	%	абс.	%	абс.
Заболевания ЛОР-органов	15	12	10	3
Заболевания ЖКТ	27,5	22	13,3	4
Заболевания МВС	43,8	35	33,3	10
Заболевания ССС	6,3	5	—	—
Эндокринные заболевания	2,5	2	—	—
Анемия I степени	58,8	47	—	—
Анемия II степени	10	8	—	—
Анемия III степени	1,3	1	—	—

При сравнении социального статуса установлено, что у пациенток основной группы наблюдалась тенденция к более частому воспитанию в неполной семье (35%) по сравнению с пациентками контрольной группы (16,7%; $p>0,05$) **(табл. 2)**.

Возраст начала половой жизни в основной группе составил 15,1±0,1 года против 15,3±0,2 года контрольной группы ($p>0,05$).

Число пациенток, находившихся в зарегистрированном браке, достигало 40% (*n*=32) в основной группе и 36,7% (*n*=11) в контрольной группе ($p>0,05$). Одинокими или находившимися в гражданском браке были 60% (*n*=48) женщин основной группы и 63,3% (*n*=19) контрольной. Вредные привычки, в частности курение, имели 42,5% (*n*=34) пациенток основной группы и 20% (*n*=6) контрольной ($p>0,05$).

При оценке соматического анамнеза обращала на себя внимание тенденция к увеличению числа хронических экстрагенитальных заболеваний у пациенток основной группы **(табл. 3)**.

Так, заболевания ЛОР-органов отмечали у 15% (*n*=12) женщин основной группы против 10% (*n*=3) контрольной; заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) — у 27,5% (*n*=22) женщин основной группы против 13,3% (*n*=4) в контрольной; заболевания мочевыделительной системы (МВС) — 43,8% (*n*=35) в основной группе против 33,3% (*n*=10) в контрольной. Частота выявления анемии I степени составила 58,8% (*n*=47), заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС) — 6,3% (*n*=5), эндокринных заболеваний — 2,5% (*n*=2) среди беременных основной группы при полном их отсутствии в контрольной группе.

При анализе акушерско-гинекологического анамнеза обследованных пациенток выявлено, что возраст менархе в основной и контрольной группах статистически значимо не различался и составил 12,6±0,1 и 12,7±0,2 года соответственно ($p>0,05$) **(табл. 4)**.

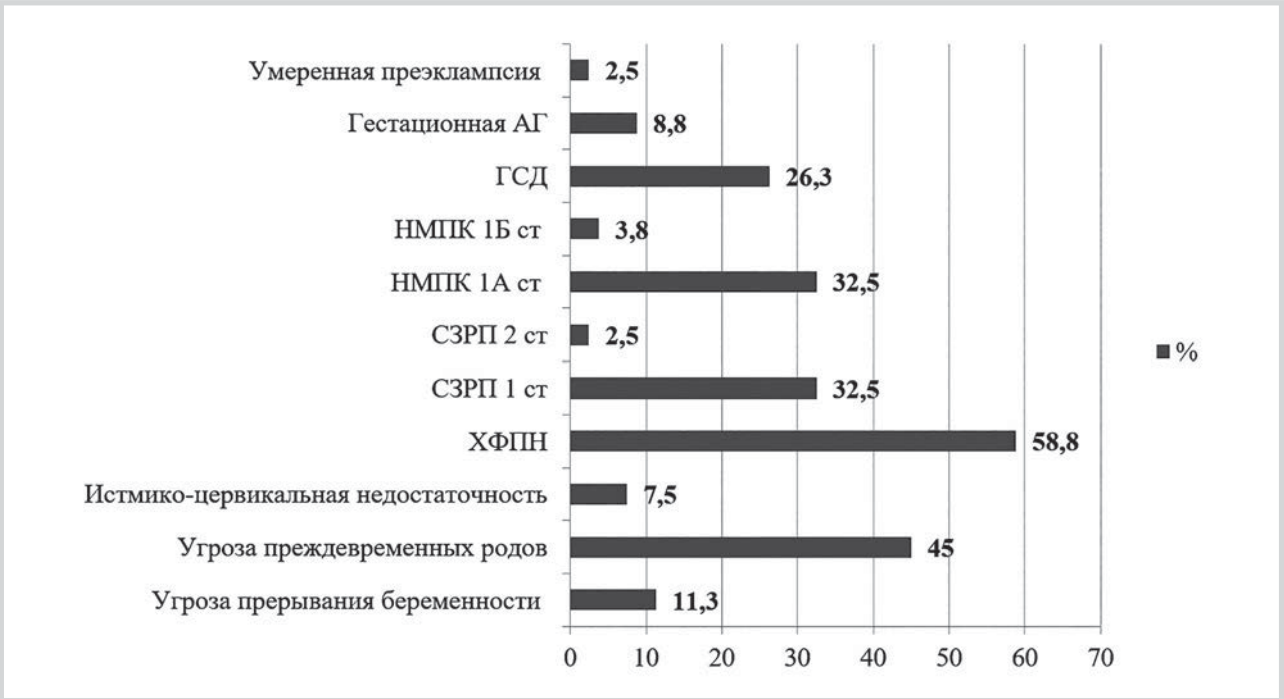
Нарушения менструального цикла у пациенток основной группы встречались в 18,8% (*n*=15) наблюдений против 6,7% (*n*=2) в контрольной. ИППП встречались только у пациенток основной группы в 11,3% (*n*=9) случаев. Повторная беременность у женщин основной группы встречалась в 6,3% (*n*=5) наблюдений против 3,3% (*n*=1) в контрольной.

В основной группе 98,7% (*n*=79) пациенток были первородящими, 1,3% (*n*=1) повторнородящими, в 1,3% (*n*=1) случаев беременность прерывалась медикаментозно, в 5% (*n*=4) самопроизвольно в I триместре. В контрольной группе все пациентки были первородящими, у 3,3% (*n*=1) женщин в анамнезе имелось медикаментозное прерывание беременности.

При оценке течения беременности у пациенток основной группы были выявлены следующие осложнения: угроза пре-

Таблица 4. **Акушерско-гинекологический анамнез пациенток обследованных групп**
Table 4. **Obstetric and gynecological history of patients in the examined groups**

Показатель	Основная группа (*n*=80)	Контрольная группа (*n*=30)
Возраст менархе, годы	12,6±0,1	12,7±0,2
Нарушения менструального цикла, %	18,8	6,7
Повторнобеременные, %	6,3	3,3
Первородящие, %	98,7	100
Повторнородящие, %	1,3	—
Медицинский аборт в анамнезе, %	1,3	3,3
Самопроизвольный аборт в анамнезе, %	5,0	—



Осложнения беременности у пациенток основной группы.
Complications of pregnancy in patients of the main group.

ждевременных родов — в 45% (*n*=36), хроническая фетоплацентарная недостаточность — в 58,8% (*n*=47), гестационный сахарный диабет (ГСД) — в 26,3% (*n*=21). Кроме того, среди осложнений беременности у пациенток основной группы встречались угроза прерывания беременности в I триместре — 11,3% (*n*=9), истмико-цервикальная недостаточность — 7,5% (*n*=6), гестационная артериальная гипертензия (АГ) — 8,8% (*n*=7), умеренная преэклампсия — 2,5% (*n*=2) **(см. рисунок)**.

Плацентарная недостаточность с исходом в синдром задержки роста плода I и II степени встречалась в 35% (*n*=28) случаев, с нарушением маточно-плацентарного кровотока — в 36,3% (*n*=29). В контрольной группе осложненного течения беременности не зафиксировано.

Срочными родами завершилась беременность у 97,5% (*n*=78) пациенток основной группы и 100% (*n*=30) пациенток контрольной группы. Родоразрешение в сроке преждевременных родов произошло в 2,5% (*n*=2) наблюдений у пациенток основной группы **(табл. 5)**.

Анализ способов родоразрешения показал, что через естественные родовые пути в основной группе были родоразрешены 76,3% (*n*=61) пациенток против 100% (*n*=30) пациенток контрольной группы. Родоразрешение кесаревым сечением встречалось только у пациенток основной группы и составило 23,7% (*n*=19), среди них 8,7% (*n*=7) — в плановом порядке, 15% (*n*=12) — в экстренном. Показаниями к плановому абдоминальному родоразрешению послужили неправильное членорасположение плода — 1,3% (*n*=1), синдром задержки роста плода I и II степени — 6,3% (*n*=5), умеренная преэклампсия — 1,3% (*n*=1). Экстренное родоразрешение абдоминальным способом проводилось только в родах, и показаниями были острая гипоксия плода — 12,5% (*n*=10), слабость родовой деятельности — 7,5% (*n*=6), клинически узкий таз — 1,3% (*n*=1), хориоамнионит — 2,5% (*n*=2).

У пациенток основной группы в 57,5% (*n*=46) наблюдений продолжительность родов была физиологической, в 12,5% (*n*=10) случаев роды были быстрыми, в 5% (*n*=4) — стремительными, в 1,3% (*n*=1) — затяжными. У пациенток контрольной группы в 100% наблюдений продолжительность родов была физиологической.

При оценке перинатальных исходов выявлено, что масса новорожденных в основной группе была достоверно меньше и составила 3163,9±51,6 г против 3353,2±56,6 г в контрольной группе ($p<0,05$) **(табл. 6)**.

***Таблица 5*. Характеристика сроков и способов родоразрешения в обследуемых группах**
***Table 5.* Characteristics of delivery timing and its methods in the examined groups**

Показатель	Основная группа (*n*=80)		Контрольная группа (*n*=30)	
	%	абс.	%	абс.
Срочные роды	97,5	78	100	30
Преждевременные роды	2,5	2	—	—
Роды через естественные родовые пути	76,3	61	100	30
Кесарево сечение:	23,7	19	—	—
плановое	8,7	7	—	—
экстренное	15	12	—	—
Физиологическая продолжительность родов:	57,5	46	100	30
быстрые	12,5	10	—	—
стремительные	5,0	4	—	—
затяжные	1,3	1	—	—

***Таблица 6*. Перинатальные исходы у пациенток обследуемых групп**
***Table 6.* Perinatal outcomes in patients of examined groups**

Показатель	Основная группа (*n*=80)	Контрольная группа (*n*=30)
Масса новорожденного, г	3163,9±51,6*	3353,2±56,6
Длина новорожденного, см	50,5±0,3*	51,5±0,3

Примечание. * — различия статистически значимы, $p<0,05$.

***Таблица 7*. Оценка состояния новорожденных при рождении на 1-й и 5-й минутах по шкале Апгар в обследуемых группах**
***Table 7.* Assessment of newborns at the 1st and 5th minutes after delivery according to Apgar scale in the examined groups**

Показатель	Основная группа (*n*=80)		Контрольная группа (*n*=30)	
	%	абс.	%	абс.
Удовлетворительное состояние (8—10 баллов по шкале Апгар)	62,5	50	86,6	26
Умеренная гипоксия (7—8 баллов по шкале Апгар)	25	20	6,7	2
Асфиксия средней степени тяжести (5—6 баллов по шкале Апгар)	10	8	6,7	2
Тяжелая асфиксия (3—4 балла по шкале Апгар)	2,5	2	—	—
Необходимость реабилитации	17,5	14	3,3	1

Длина новорожденных в основной группе была также достоверно меньше, чем в контрольной группе, и составила 50,5±0,3 и 51,5±0,3 см соответственно ($p<0,05$).

Меньшие средние масса и длина тела новорожденных были связаны с тем, что у 35% новорожденных пациенток основной группы был установлен диагноз внутриутробной задержки роста плода.

При обследовании новорожденных на момент рождения по шкале Апгар были получены следующие результаты **(табл. 7)**.

Удовлетворительное состояние новорожденных отмечено в 62,5% (*n*=50) наблюдений в основной группе против 86,6% (*n*=26) в контрольной, умеренная гипоксия — в 25% (*n*=20) случаев в основной группе против 6,7% (*n*=2) в контрольной, асфиксия средней степени тяжести — в 10% (*n*=8) наблюдений в основной группе против 6,7% (*n*=2) в контрольной. Тяжелая асфиксия у новорожденных наблюдалась только в основной группе и составила 2,5% (*n*=2).

В дальнейшей реабилитации нуждались 17,5% (*n*=14) новорожденных основной группы против 3,3% (*n*=1) новорожденных контрольной группы.

Заключение

Детерминантами подростковой беременности являются раннее начало половой жизни, низкий уровень образования, взросление в неполных семьях, наличие вредных привычек.

Беременность в период становления репродуктивной функции матери часто осложняется патологией фетоплацентарного комплекса, что приводит к высокому удельному весу абдоминального родоразрешения и формированию гипоксически-ишемических повреждений ЦНС новорожденных.

Большое значение в профилактике ранних беременностей имеет организация образовательных программ по вопросам полового воспитания с привлечением родителей, психологов и врачей.

Установлена тенденция к учащению осложнений течения беременности и родов у юных женщин, страдающих экстрагенитальными заболеваниями, однако для уточнения и детализации причин осложненного течения беременности и родов у этих женщин требуются дальнейшие исследования.

Участие авторов:

Концепция и дизайн исследования — О.Э. Жолондзиовская, Н.В. Путилова, Р.Т. Шакиров, С.В. Кинжалова

Сбор и обработка материала — О.Э. Жолондзиовская, Н.В. Путилова, Р.Т. Шакиров, С.В. Кинжалова

Статистическая обработка — О.Э. Жолондзиовская

Написание текста — О.Э. Жолондзиовская

Редактирование — Н.В. Путилова

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Participation of authors:

Concept and design of the study — O.E. Zholondziovskaya, N.V. Putilova, R.T. Shakirov, S.V. Kinzhalova

Data collection and processing — O.E. Zholondziovskaya, N.V. Putilova, R.T. Shakirov, S.V. Kinzhalova

Statistical processing of the data — O.E. Zholondziovskaya

Text writing — O.E. Zholondziovskaya

Editing — N.V. Putilova

Authors declare lack of the conflicts of interests.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Ларюшева Т.М., Баранов А.Н., Лебедева Т.Б. Эпидемиология беременности у подростков. *Экология человека*. 2014;4:26-34.
Laryusheva TM, Baranov AN, Lebedeva TB. Epidemiology of pregnancy in adolescents. *Ekologiya cheloveka*. 2014;4:26-34. (In Russ.).
2. Ayele BG, Gebregzabher TG, Hailu TT, Assefa BA. Determinants of teen-age pregnancy in Degua Tembien district, Tigray, Northern Ethiopia: A community-based case-control study. *PLOS One* 2018;13:1-15. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200898
3. Geda YF. Determinants of teen-age pregnancy in Ethiopia: A Case-control study. *Curr Med Issues*. 2019;17:4:112-117. https://doi.org/10.4103/cmi.cmi_12_19
4. Михайлин Е.С. Структура соматической патологии у беременных девушек-подростков, решивших сохранить ребенка. *Успехи современного естествознания*. 2015;4:46-50.
Mikhailin ES. The structure of somatic pathology in pregnant teenage girls who decided to save the child. *Uspekhi sovremennogo estestvoznaniya*. 2015;4:46-50. (In Russ.).
5. Михайлин Е.С., Иванова Л.А. Особенности течения беременности и родов у подростков в зависимости от возраста. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2015;15:2:68-74.
Mikhailin ES, Ivanova LA. Specific features of teenage pregnancy and delivery in relation to age. *Rossiiskii vestnik akushera-ginekologa*. 2015;15:2:68-74. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/rosakush201515268-74
6. Moisan C, Baril C, Muckle G, Belanger RE. Teen pregnancy in inuit communities — Gaps still needed to be filled. *Int J Circumpolar Health*. 2016;75:31790. https://doi.org/10.3402/ijch.v75.31790
7. Ипполитова М.Ф., Михайлин Е.С., Иванова Л.А. Медико-социальная помощь несовершеннолетним при беременности, родах и в послеродовом периоде. *Педиатр*. 2018;9:5:75-93.
Ippolitova MF, Mikhaylin ES, Ivanova LA. Medical and social assistance to minors during pregnancy, childbirth and the postpartum period. *Pediatr*. 2018;9:5:75-93. (In Russ.).
8. Marvin-Dowle K, Kilner K, Burley VJ, Soltani H. Impact of adolescent age on maternal and neonatal outcomes in the born in Bradford cohort. *BMJ Open*. 2018;8:e016258. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016258
9. Полтава Н.В. Репродуктивные установки и репродуктивное здоровье девочек-подростков Кыргызской Республики. *Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова*. 2015;1:142-148.
Poltava NV. Reproductive attitudes and reproductive health of adolescent girls in the Kyrgyz Republic. *Rossiiskii mediko-biologicheskii vestnik im. akad. I.P. Pavlova*. 2015;1:142-148. (In Russ.).
10. Михайлин Е.С., Деменцов И.Б. Психологические аспекты подростковой беременности. *Фундаментальные исследования*. 2015;1-1:199-203.
Mikhailin ES, Dementsov IB. Psychological aspects of teenage pregnancy. *Fundamentalnye issledovaniya*. 2015;1-1:199-203. (In Russ.).
11. Alexander SC, Fortenberry JD, Pollak KI. Sexuality talk during adolescent health maintenance visits. *JAMA Pediatr*. 2014;168:2:163-169.
12. Chandra-Mouli V, Camacho AV, Michaud PA. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. *J Adolesc Health*. 2013;52:5:517-522.
13. Flink-Bochacki R, Meyn LA, Chena BA, Achillesa SL, Chang JC, Borrero S. Examining intendedness among pregnancies ending in spontaneous abortion. *Elsevier*. 2017:96:2:111-117.
14. Лорей А.А., Миров И.М., Девятова И.Н. Особенности течения беременности и родов у юных женщин. *Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова*. 2016;24:4:88-95.
Lorei AA, Mirov IM, Devyatova IN. Features of the course of pregnancy and childbirth in young women. *Rossiiskii mediko-biologicheskii vestnik im. akad. I.P. Pavlova*. 2016;24:4:88-95. (In Russ.). https://doi.org/10.23888/PAVLOVJ2016488-95
15. Баринов С.В., Шамина И.В., Тирская Ю.И., Ралко В.В., Дудкова Г.В., Фрикель Е.А. Течение беременности и исходы родов в возрастном аспекте. *Фундаментальная и клиническая медицина*. 2016;1:2:18-24.
Barinov SV, Shamina IV, Tirskaya YuI, Ralko VV, Dudkova GV, Frikel' EA. The course of pregnancy and childbirth outcomes in the age aspect. *Fundamental'naya i klinicheskaya meditsina*. 2016;1:2:18-24. (In Russ.).
16. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG*. 2014;121:40-48.
17. Ларюшева Т.М., Истомина Н.Г., Баранов А.Н. Сравнительная характеристика клинических показателей течения беременности и родов у женщин подросткового и оптимального биологического возраста. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2016;65:1:34-42.
Laryusheva TM, Istomina NG, Baranov AN. Comparative characteristics of clinical indicators of pregnancy and childbirth in women of adolescence and optimal biological age. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznei*. 2016;65:1:34-42. (In Russ.). https://doi.org/10.17816/JOWD65134-42
18. Васильева Л.Н., Кузьмич Н.В., Колыско Д.В. Характеристика беременности и ее исходов у юных первородящих. *Молодой ученый*. 2017;178:44:45-48.
Vasil'eva LN, Kuz'mich NV, Kolysko DV. Characteristics of pregnancy and its outcome in young primiparas. *Molodoi uchenyi*. 2017;178:44:45-48. (In Russ.).
19. Renner RM, de Guzman A, Brahmi D. Abortion care for adolescent and young women. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014;126:1:1-7. https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.07.034

Поступила 12.02.2021
Received 12.02.2021
Принята к печати 21.05.2021
Accepted 21.05.2021