

Медико-соціальні аспекти у юних первородящих жінок

А. О. Семенюк

Національний університет охорони здоров'я імені П. Л. Шупика, м. Київ

Мета дослідження: вивчити медико-соціальні аспекти у юних первородящих жінок.

Матеріали та методи. З обстежуваних нами 200 юних жінок (13–18 років) 100 перервали дану вагітність на ранніх і пізніх термінах гестації; за 100 юними жінками проведено динамічне спостереження під час вагітності та пологів з оцінюванням стану внутрішньоутробного плода і новонародженого. До контрольної групи увійшли 35 вагітних практично здорових жінок віком 20–25 років для порівняння новонароджених від юних матерів з екстрагенітальною патологією.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, лабораторні, інструментальні та статистичні методи.

Результати. Рання сексуальна активність з несформованою особовою відповідальністю у поєднанні зі статевою необізнаністю і низькою культурою контрацепції, відсутність попереднього настрою на материнство призвели більшість наших юних респонденток до вагітності, що виникла випадково й абсолютно несподівано для них, раптово, що різко змінило їх соціальний статус, життєві інтереси і перспективи. Народження дитини в цьому віці рідко буває запланованим. Так, у 66,0% випадків дитина була зачата випадково. У 34,0% дівчат вагітність була запланована. Позашлюбна вагітність, випадкова, незапланована, без попереднього настрою на материнство, що раптово зламала всі життєві плани, гостро поставила перед дівчиною-підлітком питання, пов'язані зі зміною її соціального статусу, з необхідністю швидкої соціальної адаптації, не може не бути для дівчинки-підлітка психотравмуючим чинником. Тому перший триместр вагітності, період найбільш гострого усвідомлення свого раптово виниклого нового положення, виявляється психологічно найбільш важким. Зазвичай, вагітні дівчата-підлітки спочатку були глибоко пригнічені, переживали почуття страху, оскільки чекали серйозного засудження з боку близьких, знайомих, суспільства в цілому. Непередбачена вагітність без попереднього настрою на материнство стала чинником, що сприяє формуванню емоційного стресу, викликає напруженість адаптаційних механізмів організму первородящих підлітків з настанням вагітності.

Вражаючи, що всі ці події розвивалися на очах батьків, які в 24,0% випадків або не підозрювали про те, що сталося, або не надавали своєчасної допомоги, унаслідок чого звернення за напрямом на штучне переривання вагітності в 47,3% сталося на пізніх термінах вагітності, коли аборт представляє найбільш серйозну небезпеку для здоров'я юної жінки. В результаті юна вагітна вимушена була народити небажану дитину.

Висновки. Значущими чинниками ризику цього контингенту неповнолітніх були несприятливий психологічний мікроклімат як в сім'ї, так і в школі, недостатня готовність юної матері до материнства, соціальна ізоляція підлітка, неповна сім'я, наявність шкідливих звичок у батьків і підлітка, малий відсоток звернень по медичну допомогу, наявність хронічних захворювань, низьке матеріальне благополуччя сім'ї, безконтрольність, відсутність належного статевого виховання, рання сексуальна активність, статеві перелюбства, безвідповідальне відношення до статевого життя з низькою культурою контрацепції, пізні звернення в жіночу консультацію з приводу вагітності.

Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: юні жінки, вагітність, ускладнення, медико-соціальні аспекти.

Демографічна криза, що охопила всі регіони України, характеризується різким падінням народжуваності, високою частотою абортів, погіршенням соматичного і репродуктивного здоров'я жінок фертильного віку. Серед різних причин депопуляції важливе значення має стан репродуктивного здоров'я молодих жінок, яке в сучасних умовах відрізняється низькою особливостей [1, 2].

Детермінантами репродуктивного здоров'я є репродуктивне здоров'я дітей і підлітків, безпечне статеве життя, ефективні і доступні методи регулювання народжуваності, безпечне виношування і народження здорового немовляти, профілактика і своєчасне лікування злоякісних захворювань й інших захворювань репродуктивної системи [3, 4].

Несприятлива демографічна ситуація вимушує звернути особливу увагу на проблеми підлітків, оскільки саме з ними пов'язана надія на поліпшення якості здоров'я найближчих поколінь. Проте дослідження демонструють, що соматичне і репродуктивне здоров'я у підлітків є незадовільним [5, 6].

Соматична і гінекологічна патологія впливає на перебіг гестаційного періоду, тому необхідний індивідуальний підхід у веденні вагітності і пологів у підлітків залежно від стану їхнього здоров'я [7, 8].

Щорік у світі народжують 15 млн підлітків, що становить 2,0–4,5% від загальної кількості пологів. Ювенільна вагітність є серйозною медико-соціальною проблемою як у нашій країні, так і за кордоном [9, 10].

Останніми роками проведено низку досліджень, присвячених вивченню впливу умов і способу життя на формування репродуктивної поведінки і здоров'я дівчаток – майбутніх матерів. Визначені основні соціально-гігієнічні і медико-біологічні чинники, що впливають на перебіг вагітності, пологів, стан плода і новонародженого у юних вагітних. Серйозна увага була приділена питанням організації медико-соціальної і лікувально-профілактичної допомоги дівчатам-підліткам у системі охорони материнства і дитинства [11–13].

Мета дослідження: вивчити медико-соціальні аспекти в юних первородящих жінок.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

З обстежуваних нами 200 юних жінок віком від 13 до 18 років 100 перервали дану вагітність на ранніх і пізніх термінах гестації; за 100 юними жінками проведено динамічне спостереження під час вагітності та пологів з оцінюванням стану плода і новонародженого.

До контрольної групи увійшли 35 практично здорових вагітних віком 20–25 років для порівняння новонароджених від юних матерів з екстрагенітальною патологією.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, лабораторні, інструментальні та статистичні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вивченню сексуальної і репродуктивної поведінки дівчаток-підлітків і юних матерів присвячено достатню кількість досліджень, згідно з якими сім'ї юних матерів належать до вкрай неблагополучних і включені в групу медико-соціального ризику. Проте, на нашу думку, їх не можна розглядати як абсолютну групу ризику ускладнень пологів для неповнолітньої матері (до 18 років) та її дитини. Даний контингент є найбільш перспективним у плані дітородіння, серед жінок можна виділити різні групи – як неблагополучні, так і повністю благополучні.

З проблемою прогнозу порушень репродуктивної функції тісно пов'язані проблеми відтворення населення, здоров'я сьогодення і майбутніх поколінь, інвалідизації та смертності. Поза сумнівом, пошук можливостей прогнозування таких ускладнень генеративної функції, як репродуктивні втрати (материнська і перинатальна смертність), важкі ускладнення перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду, несприятливі результати для плода не лише у вигляді дійсних репродуктивних втрат, але й у вигляді захворюваності, вкрай актуальний для сучасного світу.

Нами встановлено, що 46,0% юних матерів були віком 13–16 років, 54,0% – 17–18 років. Визнали можливим віднести до цього контингенту 18-річних дівчат, оскільки зачаття у них сталося в 17-річному віці. Великий інтерес представляє аналіз соціально-гігієнічної характеристики батьківських сімей обстежених дівчаток-підлітків, оскільки традиційно вважається, що повні сім'ї мають свідомо меншу кількість чинників ризику для життєдіяльності їх членів, ніж неповні. Поширеність сімей медико-соціальної ризику становила значущу величину 48,0%, з них неповні сім'ї становили 12% (вдова – 6,0%, розведена – 16,0%, мати-одиначка – 10,0%, багатодітна – 6,0%).

Значне число батьків дівчат мали вищу, незакінчену вищу і середню спеціальну освіту (68,0% матерів і 52,0% батьків), що свідчить про високий освітній і інтелектуальний потенціал старшого покоління.

Соціальне положення юних мам: 48,0% з робочих сімей, 28,0% – із сімей службовців, в останніх батьки були зі змішаних соціальних груп.

При проведенні аналізу матеріальної забезпеченості сімей 70,0% були віднесені до категорії середнього достатку, до бідних – 30,0%. Водночас частка, що витрачається на харчування становить: половину (66,0%); весь (20,0%); третину (в 14,0%) родинного бюджету. Харчування в сім'ї було всіляким у 40,0%, з неоліком овочів і фруктів – в 36,0% і одноманітне – у 26,0% респонденток.

Отже, унаслідок як фінансових причин, так і низької культури харчування, якісний склад їжі, що приймається дівчатами, в більшості випадків не міг задовольняти фізіологічної потреби організму, що формується. Це є чинником ризику виникнення не лише захворювань травного тракту, але і відхилень у фізичному розвитку та інших порушеннях.

Отже, соціально-економічний «портрет» сім'ї більшості сучасних дівчат-підлітків можна охарактеризувати таким чином: це малодітна, інколи неповна сім'я з переважно освіченими, але часто непрацюючими малооплачуваними батьками, що проживає в недостатньо сприятливих умовах.

При вивченні соціально-психологічного клімату в сім'ях виявлено, що між дівчатами і матерями або бабусями переважно складаються хороші стосунки (у 20,0% респонденток), задовільні (у 66,0%), у 14,0% дівчат відношення в сім'ї, особливо з матір'ю, були поганими, а причиною дискомфорту стали як міжособисті стосунки, так і різний погляд дорослих на виникаючі проблеми. Ймовірно тому юні респондентки на запитання анкети: «Чи говорили з ними про сексуальні проблеми батьки?» у 68,0% випадків давали негативну відповідь: «Ніколи не говорили».

Опит респонденток про їхні стосунки з батьком виявив погане взаєморозуміння (24,0%). Основною причиною негативного відношення дочок до батька є зловживання алкогольними напоями. Подібна статистика наочно демонструє, що незадоволене в дитинстві жадання батьківської прихильності і кохання на гетеросексуальному етапі дорослішання може сприяти ранній сексуальній ініціації, появи майже ненаситного прагнення до кохання з боку чоловіка і нерозбірливості у виборі знайомих у прагненні випробувати тепле й уважне відношення до себе.

Відзначимо, що шкідливі звички значно поширені серед батьків дівчат: куріння матері (22,0%), вживання алкоголю (16,0%), куріння і вживання алкоголю батьком – 68,0% і 40,0% відповідно, що є негативним прикладом для доньки. Тривожно, що у 50,0% сімей прийнято курити в житловому приміщенні, що піддає дітей пасивному курінню.

Під час аналізу знань батьків і ступеня участі батька у вихованні доньки було відзначено, що знання батька можуть бути розцінені достатніми в 84,0%. Він бере участь у вихованні нарівні з матір'ю (28,0%), мало бере участь (38,0%), не бере участь (20,0%).

Дослідження девіантних звичок дівчат продемонструвало, що з обстежених респонденток 74,0% виявилися знайомі з алкогольними напоями, а 54,0% вживали алкоголь від випадку до випадку. Звідси виникає питання про «ранню алкоголізацію»: 10,0% дівчат вперше спробували алкогольні напої до 12–13-річного віку; 32,0% – у 14–15 років, 36,0% – в 15–16 і 6,0% – в 17–18 років. Найменш сприятливим у плані залучення до алкоголю є віковий період 12–15 років (42,0%).

Слід зазначити, що основним мотивом вжитку спиртного дівчата називають свята і родинні торжества. Вивчення ставлення до вживання алкоголю виявило, що 28% дівчат можуть назвати його негативним, 65% – байдужим, а 7% схвалюють вживання алкогольних напоїв. Відомо, що алкоголь допомагає підліткові здолати бар'єр соромливості і провокує ранні сексуальні дебюти.

Вивчення проблеми табакокуріння дозволило визначити високу поширеність куріння серед дівчат досліджуваного віку. Так, курили 46,0%, з них регулярно – 20,0%, від випадку до випадку – 26,0% і 56,0% до куріння відносилися негативно. Пік залучення до куріння доводився на 13–15-річний віковий інтервал.

Серед опитаних дівчат 6,0% зізналися у вживанні токсичних і наркотичних речовин.

Аналіз медичної активності сімей виявив наступні проблеми. По медичну допомогу звертаються більшість дівчат при будь-якому захворюванні (72,0%), при важкій формі – 28,0%.

Екстрагенітальні захворювання зафіксовано у 70,0% обстежуваних нами дівчат-підлітків. У структурі захворювань перше місце посідають анемія (21,3%) та захворювання сечовидільної системи (14,8%). Інші захворювання зустрічалися істотно рідше – хвороби серцево-судинної системи (6,7%), захворювання травного тракту (5,7%), ендокринні та обмінні порушення (4,7%), порушення функції зору (4,0%).

Так, у підлітків 13-16 років у 2 рази частіше виявляли захворювання серцево-судинної системи (9,0% проти 4,7%) і травного тракту (7,9% проти 3,7%), у 3 рази і більше – захворювання очей, центральної нервової системи, травм і отруєнь.

Аналізуючи фактичний матеріал, необхідно мати на увазі, що наслідки раннього дітородіння для молодих жінок у багатьох випадках менш хороша, ніж при ситуації, коли вона виходить заміж по кохання, має мужа і відчуває підтримку з боку своєї сім'ї. З обстежуваних нами юних мам 58,0% перебували у шлюбі, у 24,0% був не зареєстрований шлюб і 18,0% були матерями-одиначками. Складність проблем підліткових сімей обумовлюється тим, що серед опитаних юних мам:

- 36,0% ніде не навчаються, не працювали і не мали спеціальності,
- 24,0% – працюють, але не мають повної середньої освіти, позаяк вимушені були кинути навчання через вагітність і пологи,
- 18,0% навчалися в ліцеї,
- 14,0% – у технікумі або інституті,
- 8,0% були школярками.

Найбільш багаточисельну соціально-професійну групу серед чоловіків (партнерів) на момент опитування становили робітники (44,0%). Сексуальних партнерів-військових було 4,0%, 46,0% навчаються в технікумі (училище), інституті, 6,0% опитаних ніде не працювали.

Враховуючи, що протягом останніх двох десятиліть наголошується зниження віку оформлення законних шлюбних стосунків, а також зниження коефіцієнта шлюбності і збільшення числа народжень позашлюбних дітей, нами був проведений аналіз уявлень дівчат про процес створення власної сім'ї і реалізації особистої репродуктивної функції. Так, відношення до дошлюбного статевого життя серед обстежуваних зазначило?

- позитивне відношення до створення власної сім'ї – 38,0%;
- байдуже відгукнулися – 62,0% респонденток.

Привертає увагу і безвідповідальне відношення обстежених до статевого життя. У цей період підліток ще ні фізично, ні психічно, ні соціально не підготовлений до статевого життя. У цьому і криється небезпека його раннього статевого зв'язку. Серед обстежуваних нами дівчаток-підлітків 60,0% неповнолітніх живуть статевим життям. Статеве життя в 12 років почали 4,0% дівчат, у 13 років – 8,0%, у 14 років – 28,0%, у 15 років – 32,0%, у 16 років – 14,0%, у 17 років – 10,0%, у 18 років – 2,0%.

Середній вік початку статевого життя опитаних юних мам становив $14,8 \pm 1,2$ року. У віці 12–15 років перша тимчасова близькість сталася у 38,0% дівчат переважно з примусу з боку чоловіка і в 28,0% – у стані алкогольного сп'яніння.

У групі 16–17-річних дівчат основними причинами, що спонукали на початок статевого життя, стало вживання алкоголю і випадковість (24,0%), примус з боку чоловіка, кохання (16,0%), цікавість (10,0%) й інші причини (22,0%).

Під час аналізу сексуальної поведінки підлітків встановлено, що 66,0% опитаних мали одного партнера, 20,0% – два, 14,0% не мали постійного статевого партнера (кількість статевих партнерів – від 5 до 10).

Для юних жінок наявність декількох сексуальних партнерів пов'язана з такими умовами життя в підлітковому віці, як неповна сім'я або батько, який працює повний робочий день. Це слід враховувати при створенні програм по статевому вихованню і профілактиці інфекцій, що передаються статевим шляхом.

Вивчення контрацептивної поведінки дівчат віком 13–18 років продемонструвало, що сексуально активні підлітки або взагалі не застосовують метод контрацепції

(48,0%), або використовують неефективні і малоприйнятні засоби запобігання вагітності. У структурі контрацепції переважали малоефективні методи (48,0%), а частка сучасних методів запобігання вагітності залишалася надзвичайно низькою (4,0%).

У жодної 13–18-річної респондентки невикористання контрацептивів не було обумовлене бажанням завагітніти і стати матір'ю. Як одна з найбільш характерних причин зневаги методами сучасної контрацепції неповнолітніми первородящими можна назвати недостатню інформованість про засоби і правила їх вживання. Проте недолік знань не вичерпує всієї проблеми незастосування контрацептивів підлітками. Виявилось, що у 56,0% випадків це були індивідуально-психологічні мотиви, пов'язані з формуванням у 13–18-річних респонденток відчуття сорому, провини, ніяковості через необхідність звернення до лікаря для підбору протизаплідних засобів і придбання їх в аптеці, боязкості, що про цей візит дізнаються батьки, страх через переконання щодо шкідливого впливу контрацептивів на здоров'я, незручності у вживанні протизаплідних засобів при нерегулярному статевому житті.

Основними джерелами інформації з питань сексуального життя більшість респонденток називають друзів (44,0%), статевих партнерів (36,0%), книги (20%), засоби масової інформації (22,0%), найменше (12,6%) – лікарів, батьків, педагогів.

Виявлено істотний взаємозв'язок різних форм девіантної поведінки дівчат. Так, дівчата, що не вживали алкоголь, токсичні і наркотичні речовини, що не курять і не приймали ці речовини, мають зазвичай одного статевго партнера. Серед дівчат, що вживали спиртні напої, курили, – 60,0% випробували дію наркотичних препаратів 6,0% і майже всі мали декілька статевих партнерів.

Отже, достовірно підтверджується, що рання сексуальна активність з несформованою особою відповідальністю у поєднанні зі статевою необізнаністю і низькою культурою контрацепції, а зовсім не попередній настрій на материнство, призвели до вагітності, що виникла випадково та абсолютно несподівано для юних дівчат, різко змінила їх соціальний статус, життєві інтереси і перспективи.

Народження дитини в цьому віці рідко буває запланованим. Так, у 66,0% випадків дитина була зачата випадково. У 34,0% дівчат вагітність була запланована. Вагітність, причому позашлюбна, випадкова, незапланована, без попереднього настрою на материнство, що раптово зламала всі життєві плани, гостро поставила перед дівчиною-підлітком питання, зв'язані зміною її соціального статусу, з необхідністю швидкої соціальної адаптації не може не бути для дівчинки-підлітка психотравмуючим чинником. Тому I триместр вагітності, період найбільш гострого усвідомлення свого раптово виниклого нового положення, виявляється психологічно найбільш важким.

Зазвичай вагітні дівчата-підлітки спочатку були глибоко пригнічені, переживали почуття страху, оскільки чекали серйозного засудження з боку близьких, знайомих, суспільства в цілому. Непередбачена вагітність без попереднього настрою на материнство стала чинником, сприяючим формуванню емоційного стресу, викликала напруженість адаптаційних механізмів організму первородящих підлітків з настанням вагітності. Вражає, що всі ці події розвивалися на очах батьків, які в 24,0% випадків або не підозрювали про те, що сталося, або не надавали своєчасної допомоги, унаслідок чого звернення за напрямом на штучне переривання вагітності в 47,3% відбулося на пізніх термінах вагітності, коли аборт представляє найбільш серйозну небезпеку для здоров'я юної жінки. В результаті юна вагітна вимушена була народити небажану дитину.

Вагітність у 70,0% юних жінок була першою, у 30,0% – другою. Перша вагітність закінчилася штучним абортom у 52,8% випадків, мимовільним викиднем – у 17,8%, в 11,8% – за соціальними показаннями, в 14,6% – абортom за медичними показан-

нями, кримінальним абортom – в 0,9%, передчасними пологами – в 1,6%, терміновими пологами – у 0,5% респонденток.

Причини переривання вагітності були різними. У 50,0% юних жінок вагітність була випадковою, не запланованою через зневагу або невміння користуватися контрацептивами. У 20,0% респонденток були гострі запальні захворювання, обумовлені інфекцією, що передається статевим шляхом, або інтенсивне куріння, вживання алкоголю, токсичних і наркотичних засобів. У 98 підлітків причинами стало зґвалтування, сильний етичний тиск статевого партнера або власний страх та безвідповідальний спосіб життя. Як виявилось, 3 дівчинки здійснили спробу перервати вагітність самостійно з використанням лікарських засобів під впливом подруг або статевих партнерів.

ВИСНОВКИ

Отже, значущими чинниками ризику цього контингенту неповнолітніх були несприятливий психологічний мікроклімат як в сім'ї, так і в школі, недостатня готовність юної матері до материнства, соціальна ізоляція підлітка, неповна сім'я, наявність шкідливих звичок у батьків і підлітка, низьке звернення по медичну допомогу, наявність хронічних захворювань, низьке матеріальне благополуччя сім'ї, безконтрольність, відсутність належного статевого виховання, рання сексуальна активність, статеві перелюбства, безвідповідальне відношення до статевого життя з низькою культурою контрацепції, пізні звернення в жіночу консультацію з приводу вагітності.

Отримані результати необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

Young primiparous of women has medical-and-social aspects A. O. Semenyuk

The objective: to learn medical-and-social aspects for young primiparous of women.

Materials and methods. From inspected by us 200 young women (13-18 years) 100 termination this pregnancy on the early and late terms of gestation; after 100 young women a dynamic supervision is conducted during pregnancy and births with the estimation of the state of intrauterine fetus and new-born. Control a group was made 35 pregnant practically healthy in age 20–25 years for comparison of new-born from young mothers with extragenital pathology.

To the complex of the conducted researches clinical, laboratory instrumental and statistical methods were included.

Results. Early sexual activity with the unformed personal responsibility, in combination with the sexual lack of information and low culture of contraception, and a quite not previous mood is on maternity, brought majority over of our young respondent to pregnancy which arose up by chance and absolutely unexpectedly for them, suddenly and that changed dramatically them social status, vital interests and prospects. Birth of child in this age rarely is it is planned. In 66,0% cases a child was conceived by chance. In 34,0% girls pregnancy was planned. Pregnancy, thus extramarital, casual, unplanned, without a previous mood on maternity, that suddenly broke all vital plans, sharply put before a adolescent girls questions, constrained by the change of it social status, with the necessity of rapid social adaptation it is for a adolescent girls by psychotraumatic factor. This is first trimester of pregnancy, period of greatest acute awareness of the suddenly arising up new position, appears psychologically most heavy. As a rule, pregnant adolescent girls at first were deeply low-spirited, experienced sense of fear, as expected serious condemnation on the side of loved ones, acquaintances, societies on the whole. Unplanned pregnancy without a previous mood on maternity appeared a factor, by fosters of emotional stress, and caused tension of adaptation mechanisms of organism of primiparous of adolescent with the offensive of pregnancy.

Impressive, that all these events developed on eyes parents, which in 24,0% cases or not suspected about that which happened, or not gave timely help, as a result of what an appeal after sending to the artificial breaking of pregnancy in 47,3% happened on the late terms of pregnancy, when abortion presents the most serious health hazard young woman. As a result the young pregnant is forced was to give an undesirable child.

Conclusions. The meaningful factors of risk of this contingent of minor were unfavorable psychological microclimate both in family and at school, insufficient readiness of young mother to maternity, social isolation of adolescent, incomplete family, presence of harmful habits for parents and adolescent, low appeal for medical help, presence of chronic diseases, low financial prosperity of family, unregulated, absence of the proper sexual education, early sexual activity, sexual adulteries, unprecedented commitment to sex life with the low culture of contraception, late appeal in women's consultation concerning pregnancy.

The got results must be taken into account at development of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic measures.

Keywords: *young women, pregnancy, complication, medical-and-social aspects.*

Відомості про автора

Семенюк Андрій Олександрович – Національний університет охорони здоров'я імені

П. Л. Шупика, м. Київ

ORCID: 0009-0001-0652-7562; e-mail: andrijsemenu@gmail.com

Information about the author

Semenyuk Andrey O. – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

ORCID: 0009-0001-0652-7562; e-mail: andrijsemenu@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ahamed M., 2022. Placental lead-induced oxidative stress and preterm delivery / M. Ahamed, P. K. Mehrotra, P. Kumar, M. K. Siddiqui // Environ. Toxicol. Pharmacol. :27:70-74.
2. Alfievic Z., 2021. Doppler ultrasonography in high-risk pregnancies: systematic review with meta-analysis / Z. Alfievic, J.P. Neilson // Am. J. Obstet. Gynecol.:172:1379–1387.
3. Angel J.L., 2020. Aggressive perinatal care for high-order multiple gestations: Does good perinatal outcome justify aggressive assisted reproductive techniques? / Angel J.L., Kalter C.S., Morales W.J. // Am. J. Obstet. Gynecol.:181:2:253-259.
4. Atalla R.K., 2022. Newborn acid-base status and umbilical cord morphology / R.K. Atalla, K. Abrams, S.C. Bell // Obstet. Gynecol. :92:865-898.
5. Barker D. J., 2023. The obstetric origins of health for a lifetime / D.J. Barker, K.L. Thornburg // Clin Obstet Gynecol.:56:3:511-519.
6. Bekmukhambetov Y., 2021. Metabolic and immunologic aspects of fetoplacental insufficiency / Y. Bekmukhambetov, A. Mamyrbayev, T. Dzharkenov [et al.] // Am J. Reprod Immunol.:76:4:299-306.Behrman, 2022.
7. Bogatti P., 2023. Feto-placental haemodynamics in growth retardation : A pulsed Doppler study / Bogatti P., Vaglio P.C., Rustia D. // Europ. J. Obstet. Gynecol.:31:3:213-219.
8. Butchon R., 2023. Birth rates and pregnancy complications in adolescent pregnant women giving birth in the hospitals / R. Butchon, T. Liabsuetrakul, E. McNeil, Y. Suchonwanich // J Med Assoc Thai.:97:8:41-44.
9. Buchhols E.S., 2023. Children of adolescent mothers: are theyat risk for aduse? / Buchhols E.S., Korn-Bursztyn C. // Adolescence. :2:361-382.
10. Callaway L.K., 2023. Pregnancy outcomes in women of very advanced maternal age / L.K. Callaway, K. Lust, H.D. McIntyre //Aust N Z J Obstet Gynaecol.:45:12-16.
11. Campbell S., 2023. Doppler investigation of the fetal circulation / S. Campbell, S. Vyas, K.H. Nicolaides //J. of Perinatal Med.:19:12:21-26.
12. Chan B.C., 2022. Influence of parity on the obstetric performance of mothers aged 40 years and above / B.C. Chan, T.T. Lao // Hum. Reprod.:14:833-837.
13. Chernausek S.D., 2022. Update: consequences of abnormal fetal growth / S.D. Chernausek // J. Clin Endocrinol Metab.:97:3:689-695.