

ПІДЛІТКОВА ВАГІТНІСТЬ В УМОВАХ ВІЙНИ: СУЧАСНІ ВИКЛИКИ ТА МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНІ ПІДХОДИ ДО ВЕДЕННЯ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2026.83.6-11>



С.Р. ГАЛИЧ

д. мед. н., професорка, завідувачка кафедри акушерства, гінекології та педіатрії Міжнародного університету, м. Одеса
ORCID: 0000-0003-1298-4556

Контакти:

Галич Світлана Родіонівна
Україна, 65009, м. Одеса,
Фонтанська дорога, 33
Email: Svetgal55555@ukr.net
Тел.: +380674843149

ВСТУП

Вагітність у підлітковому віці (до 19 років за класифікацією ВООЗ) традиційно розглядається як складна медико-соціальна проблема, що має суттєві наслідки для здоров'я матері, дитини та суспільства загалом [1–4]. За даними ВООЗ, у світі щорічно відбувається приблизно 12 мільйонів пологів у дівчат-підлітків віком 15–19 років, що підкреслює глобальний масштаб проблеми [1, 3].

Упродовж останніх десятиліть у багатьох країнах світу фіксується тенденція до зниження частоти підліткових вагітностей, що пов'язано з покращенням доступу до освіти, сучасних методів контрацепції та медичних послуг [2, 5–7]. Водночас ця тенденція проявляється нерівномірно: у країнах із низьким та середнім доходом рівень підліткової народжуваності залишається високим і значною мірою визначається соціально-економічними умовами [3, 6, 7]. Навіть у країнах із високим доходом підліткова вагітність найчастіше фіксується в соціально вразливих групах населення, що підтверджує її тісний зв'язок із соціальними детермінантами здоров'я [4–6].

Підліткова вагітність асоціюється з підвищеним ризиком акушерських та перинатальних ускладнень, зокрема анемії, прееклампсії, передчасних пологів і затримки росту плода [8–10]. За даними систематичних оглядів і багатоцентрових досліджень, молодий вік матері є незалежним фактором ризику несприятливих перинатальних наслідків [3, 8, 10]. Частково це пояснюється біологічно незрілістю організму підлітка та конкуренцією за нутрієнти між материнським організмом і плодом [11–13].

Крім медичних аспектів, підліткова вагітність має виражені соціальні наслідки, зокрема переривання освіти, економічну залежність та соціальну ізоляцію [2, 5, 7]. Вона часто є маркером соціальної вразливості, що формується внаслідок низького рівня освіти та обмеженого доступу до репродуктивних послуг [4–6, 14].

В умовах сучасних глобальних викликів, зокрема воєнних конфліктів, проблема підліткової вагітності набуває нових аспектів. Хронічний психоемоційний стрес активує

гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникову вісь і може негативно впливати на перебіг вагітності та розвиток плода [15–17]. Підвищення рівня кортизолу та плацентарного кортикотропного рилізінг-гормону асоціюється з ризиком передчасних пологів і затримки росту плода [16–18].

У зонах конфлікту спостерігається порушення доступу до медичної допомоги, зниження рівня доступності контрацепції та зростання ризику гендерно зумовленого насильства, що підвищує ризик небажаних вагітностей серед підлітків [19–22]. Ці процеси зазвичай супроводжуються порушенням функціонування системи охорони здоров'я та обмеженням доступу до репродуктивних послуг [23–25]. Крім того, гуманітарні кризи загалом асоціюються з погіршенням доступності дружніх до підлітків сервісів сексуального й репродуктивного здоров'я [26–30].

Отже, підліткова вагітність є складною багатофакторною проблемою, що поєднує медичні, психологічні та соціальні аспекти та потребує мультидисциплінарного підходу.

Мета огляду: узагальнення сучасних даних щодо підліткової вагітності в умовах воєнного конфлікту та оптимізація підходів до її профілактики й ведення.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження виконано у форматі наративного огляду наукової літератури, присвяченої проблемі підліткової вагітності, її медичним, психоемоційним та соціальним аспектам.

Пошук літератури здійснювався в міжнародних наукометричних базах даних MEDLINE, PubMed, Scopus та Web of Science, відкритих джерелах міжнародних організацій (ВООЗ, Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), Фонд ООН у галузі народонаселення (United Nations Population Fund, UNFPA)) та серед національних аналітичних матеріалів. Аналізувалися публікації за період 2015–2025 років. Додатково залучалися лише ті більш ранні джерела, що мають фундаментальне значення для висвітлення ключових концепцій і механізмів, однак у фінальній редакції їх кількість була мінімізована відповідно до сучасних вимог щодо актуальності використаної літератури.

Пошукові запити формувалися з використанням ключових слів англійською мовою та їхніх комбінацій: «підліткова вагітність», «перинатальні наслідки», «материнські ускладнення», «психосоціальні фактори», «стрес», «війна», «репродуктивне здоров'я».

Аналіз охоплював: оригінальні дослідження; систематичні огляди та метааналізи; рекомендації міжнародних організацій; аналітичні звіти щодо гуманітарних і воєнних умов.

Критерії включення: відповідність тематиці дослідження; наявність чітко описаної методології; публікації англійською або українською мовами.

Критерії виключення: дублікати; роботи з недостатньою доказовою базою; джерела, що не відповідали меті дослідження.

У процесі відбору було розглянуто понад 70 джерел, з яких до фінального аналізу включено найбільш релевантні публікації.

Література аналізувалася із застосуванням методів систематизації, порівняння та узагальнення наукових даних.

Етичні аспекти не потребували окремого розгляду, оскільки дослідження виконано без залучення пацієнтів та без використання персональних даних.

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ПІДЛІТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ

Підліткова вагітність залишається важливою складовою глобального репродуктивного здоров'я, незважаючи на загальну тенденцію до її зниження в багатьох країнах світу [1–3]. За оцінками ВООЗ, щороку народжують приблизно 12 мільйонів дівчат віком 15–19 років, а ще близько 777 тисяч пологів припадає на дівчат віком до 15 років, що підкреслює медико-соціальну значущість проблеми [1, 3]. Глобальний показник підліткової народжуваності становить у середньому 40–44 випадки на 1000 дівчат віком 15–19 років, однак він суттєво варіює залежно від регіону, соціально-економічних умов та рівня розвитку системи охорони здоров'я [2, 4, 6]. Найвищі показники реєструються в країнах Субсахарської Африки, де вони можуть перевищувати 100 випадків на 1000 осіб, тоді як у більшості країн Європи цей показник становить у середньому 8–12 випадків на 1000 осіб [4–6].

Аналіз світових тенденцій свідчить про поступове зниження частоти підліткової вагітності впродовж останніх десятиліть, що пов'язано з розширенням доступу до освіти, впровадженням програм сексуального виховання та підвищенням доступності сучасних методів контрацепції [4–6, 14]. Водночас ці позитивні тенденції є нерівномірними та не відображають повною мірою реальної ситуації. У ряді досліджень підкреслюється, що загальне зниження показників може супроводжуватися збереженням високого рівня підліткової вагітності в певних соціально вразливих групах населення, зокрема серед осіб із низьким рівнем освіти, обмеженим доступом до медичних послуг або в середовищах із високим рівнем соціальної дезадаптації [7, 9, 10]. Цей підхід узгоджується із сучасною концепцією здоров'я підлітків як багатовимірної категорії, що охоплює не лише медичні показники, а й соціальне благополуччя, доступ до сервісів та довгострокові життєві траєкторії [2, 6, 9].

Окремої уваги заслуговують дані щодо вікової стратифікації. Дослідження демонструють, що ризики найбільш виражені в наймолодшій групі підлітків (< 16 років), тоді як у старших підлітків (17–19 років) показники наближаються до таких у жінок репродуктивного віку [3, 10]. Це дає змогу припустити, що підліткова вагітність є гетерогенною категорією, яка потребує диференційованого підходу до оцінки ризиків.

Водночас питання ролі віку як самостійного фактора залишається дискусійним. У частині досліджень підкреслюється, що після корекції з огляду на соціально-економічні умови рівень антенатального нагляду та поведінкові фактори, різниця між підлітками та жінками старшого віку значно зменшується або втрачає статистичну значущість [10, 11]. Це свідчить про те, що підліткова вагітність є не лише біологічною, але й соціально детермінованою проблемою [10, 11, 12].

У країнах Європейського регіону загалом спостерігається стійка тенденція до зниження рівня підліткової народжуваності, однак між окремими країнами зберігаються значні відмінності [4, 6]. Так, у країнах Північної та Західної Європи показники є мінімальними, тоді як у деяких країнах Східної Європи вони залишаються відносно вищими, що пов'язано із соціально-економічними особливостями та різницею в доступі до освітніх і медичних ресурсів [4, 6, 11, 12].

В Україні до початку повномасштабної війни також фіксувалася тенденція до зниження частоти підліткових пологів, що відповідало загальноєвропейським трендам. Проте навіть у цей період зберігалася нерівномірність розподілу показників залежно від регіону, соціального середовища та рівня доступу до медичних послуг [23–25].

З початком повномасштабної війни у 2022 році епідеміологічна ситуація суттєво змінилася. Воєнні дії призвели до порушення функціонування системи охорони здоров'я, внутрішнього переміщення населення, руйнування інфраструктури та зниження доступності профілактичних і лікувальних послуг [23–25]. У таких умовах оцінювання реальної частоти підліткової вагітності ускладнюється, оскільки можливе як фактичне зростання показників, так і їх недооцінка через порушення систем обліку та реєстрації. Крім того, дослідження, проведені в зонах конфлікту, свідчать про підвищення ризику ранньої вагітності внаслідок соціальної дестабілізації, зростання рівня гендерно зумовленого насильства та обмеження доступу до контрацепції, що фіксувалося в більшості країн, у яких відбувались воєнні події [26–28]. Водночас у деяких дослідженнях підкреслюється, що вплив війни не є однорідним і залежить від тривалості конфлікту, рівня організації медичної допомоги та ефективності гуманітарних програм [29–30].

Отже, сучасна епідеміологія підліткової вагітності характеризується поєднанням глобальної тенденції до зниження її частоти з вираженою нерівномірністю між регіонами та соціальними групами. Умови воєнного конфлікту додатково ускладнюють цю ситуацію, формуючи нові виклики для системи охорони здоров'я та потребуючи адаптації підходів до оцінки та профілактики підліткової вагітності.

БІОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ТА ПЕРИНАТАЛЬНІ НАСЛІДКИ ПІДЛІТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ

Підлітковий вік характеризується незавершеністю соматичного та ендокринного розвитку, що традиційно розглядається як одна з передумов підвищеного ризику ускладнень вагітності [1–4].

Одним із найбільш обговорюваних механізмів є конкуренція за нутрієнти між організмом матері та плодом, що може спричиняти розвиток анемії та затримку росту плода [11–13]. Значення нутритивного фактора підтверджується також даними великих оглядів, які доводять зв'язок материнського недоїдання, дефіциту мікронутрієнтів та несприятливих перинатальних наслідків у популяціях із соціальною вразливістю [11–13]. Окрема увага приділяється дефіциту вітаміну D як одному з мікронутрієнтних чинників, що може впливати на репродуктивне здоров'я жінок, гормональну регуляцію, імуніометаболічні процеси та перебіг гестації [31–33]. У підлітків, особливо за умов соціальної вразливості, недостатнього харчування та обмеженого доступу до профілактичної медичної допомоги, цей аспект набуває додаткового значення в контексті оцінки нутритивних ризиків вагітності.

Водночас сучасні дослідження ставлять під сумнів універсальність цього механізму, демонструючи, що за умов адекватного нутритивного забезпечення та належного антенатального супроводу ризик нутритивно обумовлених ускладнень суттєво знижується, що підкреслює вагому роль соціальних і поведінкових факторів [10–13].

Аналогічна дискусія ведеться щодо ролі ендокринної незрілості. Незважаючи на теоретичні передумови щодо нестабільності гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової осі, клінічні дані свідчать, що за фізіологічного перебігу вагітності гормональна адаптація в підлітків часто може бути адекватною [8, 10, 11].

Більш переконливими є дані щодо особливостей судинної адаптації та процесів плацентарної дисфункції, які можуть сприяти розвитку плацентарної дисфункції та гіпертензивних ускладнень вагітності [8, 10–12]. Водночас вираженість цих змін значною мірою також залежить від якості медичного супроводу та своєчасності антенатального нагляду [11, 12].

Особливе значення в умовах хронічного стресу має активація гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі, що супроводжується підвищенням рівня кортизолу та плацентарного кортикотропного рилізінг-гормону. Хронічна гіперкортизолемія асоціюється з порушенням плацентарної функції, змінами судинної реактивності та передчасною активацією пологової діяльності [15–18]. У підлітковому віці ці механізми можуть мати більш виражений характер у зв'язку з незавершеністю нейроендокринної регуляції, що підсилює вразливість до стрес-індукованих порушень перебігу вагітності. Клінічно це реалізується підвищеним ризиком передчасних пологів, народженням дітей із низькою масою тіла та затримкою внутрішньоутробного росту плода [8, 10, 15]. Водночас ключовим дискусійним питанням залишається роль віку як незалежного чинника ризику: у низці досліджень після корекції з огляду на соціально-економічні умови та доступ до медичної допомоги ці відмінності втрачають статистичну значущість [11, 12].

Отже, біологічні механізми підліткової вагітності реалізуються в тісній взаємодії із соціальним та поведінковим контекстом і не можуть розглядатися ізольовано, що обґрунтовує необхідність інтегрованого біопсихосоціального підходу до оцінки ризиків.

ПСИХОЕМОЦІЙНІ ТА СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ПІДЛІТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ

Підлітковий вік характеризується емоційною лабільністю та незрілістю механізмів психологічної адаптації, що зумовлює підвищену вразливість до стресу [2, 9, 20]. Вагітність у цей період часто супроводжується високим рівнем тривожності та депресивних симптомів, поширеність яких може досягати 25–30% [20, 34–36]. Психоемоційні фактори мають безпосередній вплив на перебіг вагітності через нейроендокринні механізми. Хронічний стрес активує гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникову вісь, що супроводжується підвищенням рівня кортизолу та плацентарного кортикотропного рилізінг-гормону, асоційованого з передчасними пологами [15–18].

Водночас інтенсивність психоемоційної відповіді значною мірою залежить від рівня соціальної підтримки та сформованості копінг-стратегій (моделі мислення та поведінки, спрямовані на подолання стресу) [20, 37, 38]. Соціальні детермінанти відіграють ключову роль у формуванні підліткової вагітності. До них належать рівень освіти, економічний статус, сімейне середовище та доступ до медичних послуг [4–6, 14, 34–36]. Підліткова вагітність часто є як наслідком соціальної вразливості, так і чинником її поглиблення, формуючи замкнене коло соціальної дезадаптації [5, 14, 23].

Окреме значення має гендерно зумовлене насильство, що суттєво підвищує ризик небажаної вагітності [19, 21–23, 39–50].

У гуманітарних та воєнних умовах ці ризики посилюються внаслідок розриву соціальних зв'язків, втрати безпечного середовища та порушення доступу до дружніх до підлітків сервісів сексуального й репродуктивного здоров'я [19, 21–23, 39–50].

Отже, психоемоційні та соціальні фактори є визначальними у формуванні ризиків підліткової вагітності.

ВІЙНА ЯК МОДИФІКАТОР РЕПРОДУКТИВНИХ РИЗИКІВ: ГЛОБАЛЬНИЙ ТА УКРАЇНСЬКИЙ КОНТЕКСТ

Воєнні конфлікти комплексно впливають на репродуктивне здоров'я підлітків через поєднання психоемоційних, соціальних і медичних факторів [19, 21–23]. Хронічний стрес, пов'язаний із загрозою життю та вимушеним переміщенням, супроводжується активацією гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі та порушенням нейроендокринної регуляції [15–18]. У підлітків ці процеси можуть мати більш виражений характер. Наявні дані свідчать, що війна та гуманітарні кризи супроводжуються зростанням психоемоційного навантаження, порушенням доступу до репродуктивної допомоги та підвищенням уразливості дівчат-підлітків і молодих жінок [19, 21–23].

Порушення доступу до медичної допомоги, антенатального нагляду та контрацепції призводить до зростання ризику

небажаних вагітностей і ускладнень їхнього перебігу [21–23, 26, 27]. Додатковим фактором є зростання рівня гендерно зумовленого насильства, що підвищує ризик підліткової вагітності [21–23].

В Україні до початку повномасштабної війни фіксувалася тенденція до зниження частоти підліткових пологів, однак зі збереженням вираженої регіональної та соціальної нерівномірності [23–25]. Після 2022 року ці процеси суттєво змінилися у зв'язку з порушенням функціонування системи охорони здоров'я, внутрішнім переміщенням населення та обмеженням доступу до репродуктивних послуг [24–25].

ДОВГОСТРОКОВІ НАСЛІДКИ ПІДЛІТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ

Підліткова вагітність має довгострокові медичні, психологічні та соціально-економічні наслідки [2, 3]. Для матері вони охоплюють переривання освіти, економічну залежність та підвищений ризик психічних розладів [5, 20]. Для дитини – підвищений ризик порушень фізичного та нейропсихічного розвитку [16–18]. Уразливість може посилюватися попереднім досвідом несприятливих подій дитинства та хронічного токсичного стресу, які мають довготривалий вплив на психічне й соматичне здоров'я [17].

Важливим тут є міжпоколінний характер проблеми [3, 12]. Водночас за умов належної підтримки негативні наслідки можуть бути суттєво зменшені [20, 24, 27–29].

ПРОФІЛАКТИКА ТА ВЕДЕННЯ ПІДЛІТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ

Профілактика підліткової вагітності ґрунтується на комплексній сексуальній освіті та доступі до контрацепції [2, 4–6, 14, 26–28]. Серед дієвих стратегій профілактики особливе місце посідає розширення доступу до високоєфективних методів контрацепції тривалої дії, що асоціюється зі зниженням частоти непланованих вагітностей у підлітків [24, 27, 28].

Важливу роль відіграють youth-friendly (дружні до молоді) сервіси, що забезпечують конфіденційність і доступність допомоги [14, 29, 30, 34–36]. Ефективне ведення такої вагітності потребує мультидисциплінарного підходу з інтеграцією психологічної підтримки [20, 24, 37, 39, 40].

У сучасних умовах під час надання медичної допомоги підліткам особливого значення набуває травмо-інформований підхід (trauma-informed care), який базується на розумінні впливу травми на життя людини [37, 41, 42]. Важливим компонентом є формування довіри між пацієнткою та

медичним працівником, а також забезпечення комунікації у сфері репродуктивного здоров'я [46, 47]. В умовах воєнного конфлікту ключовими напрямками залишаються забезпечення безперервності медичної допомоги, впровадження телемедицини, розвиток мобільних медичних служб та розширення доступу до послуг для вразливих груп населення [41–45, 48–50].

Отже, профілактика та ведення підліткової вагітності потребують комплексного підходу, що поєднує освітні, медичні, психологічні та соціальні інтервенції. У сучасних умовах, особливо в контексті воєнного конфлікту, ключового значення набуває адаптація цих підходів до кризових умов та впровадження мультидисциплінарної моделі допомоги.

ВИСНОВКИ

1. Підліткова вагітність є складною біопсихосоціальною проблемою, що формується внаслідок взаємодії біологічних, психоемоційних і соціальних чинників, причому значна частина ризиків зумовлена не віком як таким, а контекстом його реалізації.

2. Біологічні механізми, зокрема нейроендокринна активація, особливості плацентазії та метаболічна адаптація, відіграють важливу роль у формуванні перинатальних ускладнень, однак їхній вплив значною мірою модифікується якістю медичного супроводу.

3. Психоемоційні та соціальні детермінанти є ключовими у формуванні ризику підліткової вагітності та її наслідків, що обґрунтовує необхідність переходу до контекст-орієнтованої моделі оцінки ризиків.

4. Воєнний конфлікт суттєво посилює негативний вплив усіх груп факторів унаслідок хронічного стресу, порушення доступу до медичної допомоги та соціальної дестабілізації, що робить підліткову вагітність чутливим індикатором впливу кризових умов.

5. Ефективна профілактика та ведення підліткової вагітності потребують інтеграції мультидисциплінарного підходу, розвитку youth-friendly сервісів, забезпечення доступу до контрацепції та впровадження принципів травмо-інформованого підходу, особливо в умовах воєнного часу.

Конфлікт інтересів.

Авторка заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

- World Health Organization. Adolescent pregnancy [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2026 Apr 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*. 2016;387(10036):2423–2478. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)00579-1
- Neal S, Mahendra S, Bose K, Camacho AV, Mathai M, Nove A, et al. The causes of maternal mortality in adolescents in low- and middle-income countries: a systematic review.

- Lancet*. 2016;388(10060):2343–2350. DOI: 10.1186/s12884-016-1120-8
- United Nations Children's Fund. Early childbearing [Internet]. New York: UNICEF; 2021 [cited 2026 Apr 20]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/child-health/adolescent-health/>
- United Nations Population Fund. State of World Population 2022: Seeing the Unseen: the case for action in the neglected crisis of unintended pregnancy [Internet]. New York: UNFPA; 2022 [cited 2026 Apr 22]. Available from: <https://www.unfpa.org/swp2022>
- World Health Organization. Adolescent health [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2026 Apr 20]. Available from: <https://www.who.int/>

- health-topics/adolescent-health
- United Nations Population Fund. Motherhood in childhood: facing the challenge of adolescent pregnancy [Internet]. New York: UNFPA; 2013 [cited 2026 Apr 20]. Available from: <https://www.unfpa.org/publications/motherhood-childhood>
- Kawakita T, Wilson K, Grantz KL, Landy HJ, Huang CC, Gomez-Lobo V. Adverse outcomes in adolescent pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;215(4):484.e1–484.e8. DOI: 10.1016/j.jpag.2015.08.006
- Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018;2(3):223–228. DOI: 10.1016/S2352-4642(18)30022-1

10. Leftwich HK, Alves MV. Adolescent pregnancy. *Pediatr Clin North Am.* 2017;64(2):381–388. DOI: 10.1016/j.pcl.2016.11.007
11. Lean SC, Derricott H, Jones RL, Heazell AEP. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2017;12(10):e0186287. DOI: 10.1371/journal.pone.0186287
12. Victora CG, Christian P, Vidaletti LP, Gatica-Domínguez G, Menon P, Black RE. Revisiting maternal and child undernutrition in low-income and middle-income countries: variable progress towards an unfinished agenda. *Lancet.* 2021;397(10282):1388–1399. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00394-9
13. Keats EC, Das JK, Salam RA, Lassi ZS, Imdad A, Black RE, Bhutta ZA. Effective interventions to address maternal and child malnutrition: an update of the evidence. *Lancet Child Adolesc Health.* 2021;5(5):367–384. DOI: 10.1016/S2352-4642(20)30274-1
14. Liang M, Simelane S, Fortuny Fillo G, Chalasani S, Weny K, Salazar Canelos P, et al. The state of adolescent sexual and reproductive health. *J Adolesc Health.* 2019;65(6 Suppl):S3–S15. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2019.09.015
15. Van den Bergh BRH, van den Heuvel MI, Lahti M, Braeken M, de Rooij SR, Entringer S, et al. Prenatal developmental origins of behavior and mental health: the influence of maternal stress in pregnancy. *Neurosci Biobehav Rev.* 2020;117:26–64. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2017.07.003
16. Lima SAM, El Dib RP, Rodrigues MRK, Ferraz GAR, Molina AC, Neto CAP, et al. Is the risk of low birth weight or preterm labor greater when maternal stress is experienced during pregnancy? A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *PLoS One.* 2018;13(7):e0200594. DOI: 10.1371/journal.pone.0200594
17. O'Donnell KJ, Meaney MJ. Fetal origins of mental health: the developmental origins of health and disease hypothesis. *Am J Psychiatry.* 2017;174(4):319–328. DOI: 10.1176/appi.ajp.2016.16020138
18. Wadhwa PD, Entringer S, Buss C, Lu MC. The contribution of maternal stress to preterm birth: issues and considerations. *Clin Perinatol.* 2011;38(3):351–384. DOI: 10.1016/j.clp.2011.06.007
19. Jennings L, George AS, Jacobs T, Blanchet K, Singh NS. A forgotten group during humanitarian crises: a systematic review of sexual and reproductive health interventions for young people including adolescents in humanitarian settings. *Confl Health.* 2019;13:32. DOI: 10.1186/s13031-019-0240-y
20. Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry.* 2020;19(3):313–327. DOI: 10.1002/wps.20769
21. Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stöckl H, Meyer SR, García-Moreno C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2018. *Lancet.* 2022;399(10327):803–813. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02664-7
22. Fan S, Koski A. The health consequences of child marriage: a systematic review of the evidence. *BMC Public Health.* 2022;22:309. DOI: 10.1186/s12889-022-12707-x
23. World Health Organization Regional Office for Europe. Ukraine: country profile for child and adolescent health [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025 [cited 2026 Apr 22]. Available from: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2025-12775-52549-81350>
24. United Nations Children's Fund. Adolescent health and well-being [Internet]. New York: UNICEF; 2024 [cited 2026 Apr 22]. Available from: <https://www.unicef.org/health/adolescent-health-and-well-being>
25. МОЗ України. Щорічний звіт про стан здоров'я населення України та епідемічну ситуацію за 2023 рік [Internet]. Київ: МОЗ України; 2024 [цитовано 2026 квіт 8]. Доступно: <https://surl.li/iuswew> Ministry of Health of Ukraine. Annual report on the health status of the population of Ukraine and the epidemic situation for 2023 [Internet]. Kyiv: Ministry of Health of Ukraine; 2024 [cited 2026 Apr 8]. Available from: <https://surl.li/iuswew>
26. Curtis KM, Peipert JF. Long-Acting Reversible Contraception. *N Engl J Med.* 2017;376(5):461–468. DOI: 10.1056/NEJMcp1608736
27. Diedrich JT, Klein DA, Peipert JF. Long-acting reversible contraception in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;216(4):364.e1–364.e12. DOI: 10.1016/j.ajog.2016.12.024
28. Secura GM, Madden T, McNicholas C, Mullersman J, Buckel CM, Zhao Q, et al. Provision of no-cost, long-acting contraception and teenage pregnancy. *N Engl J Med.* 2014;371(14):1316–1323. DOI: 10.1056/NEJMoa1400506
29. Chandra-Mouli V, Ferguson BJ, Plesons M, Paul M, Chalasani S, Amin A, et al. The political, research, programmatic, and social responses to adolescent sexual and reproductive health and rights in the 25 years since the International Conference on Population and Development. *J Adolesc Health.* 2019;65(6 Suppl):S16–S40. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2019.09.011
30. Chandra-Mouli V, Akwara E, Engel D, Plessons M, Asnake M, Mehra S, et al. Progress in adolescent sexual and reproductive health and rights globally between 1990 and 2016: what progress has been made, what contributed to this, and what are the implications for the future? *Sex Reprod Health Matters.* 2020;28(1):1741495. DOI: 10.1080/26410397.2020.1741495
31. Татарчук ТФ, Булавенко ОВ, Капшук ІМ, Тарнопольська ВО. Недостатність вітаміну D в генезі порушень репродуктивного здоров'я. *Український медичний часопис.* 2015;5:56–61. Татарчук ТФ, Булавенко ОВ, Капшук ІМ, Тарнопольська ВО. Vitamin D deficiency in the genesis of reproductive health disorders. *Ukrainskyi Medychnyi Chasopys.* 2015;(5):56–61.
32. Диннік ВО, Диннік ОО, Дружиніна АЕ. Зв'язок між рівнем вітаміну D і гормональним статусом дівчаток-підлітків з олігоменореєю. 2021;(62):59–62
33. Dynnik VO, Dynnik OO, Druzhynina AY. Vitamin D level and hormonal status association in adolescent girls with Oligomenorrhea. *Reprod Endocrinol.* 2021;6(62):59–62. DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2021.62.59-62.33>. doi: 10.18370/2309-4117.2021.59.54-60.
34. Dynnik VO, Dynnik OO, Druzhynina AY. Role of vitamin D in the formation of abnormal uterine bleeding in the pubertate period. *MedPerspect.* 2022;27(3):90–96. DOI: 10.26641/2307-0404.2022.3.265940
35. Melesse DY, Mutua MK, Choudhury A, Wado YD, Faye CM, Neal S, et al. Adolescent sexual and reproductive health in sub-Saharan Africa: who is left behind? *BMJ Glob Health.* 2020;5(1):e002231. DOI: 10.1136/bmjgh-2019-002231
36. World Health Organization. Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA): guidance to support country implementation, second edition [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2026 Apr 22]. Available from: <https://www.who.int/initiatives/global-accelerated-action-for-the-health-of-adolescent>
37. World Health Organization. WHO guideline on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in low- and middle-income countries [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [cited 2026 Apr 22]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK616316/>
38. Qaddour A, Tappin H, Lazieh S, Ward A, Spiegel P. The humanitarian-development nexus and sexual and reproductive health interventions in fragile settings: a scoping review. *PLOS Glob Public Health.* 2026;6(2):e0005767. DOI: 10.1371/journal.pgph.0005767
39. Critchley HOD, Babayev E, Bulun SE, Clark S, Garcia-Grau I, Gregersen PK, et al. Menstruation: science and society. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;223(5):624–664. DOI: 10.1016/j.ajog.2020.06.004
40. Liu CH, Erdei C, Mittal L. Risk factors for depression, anxiety, and PTSD symptoms in perinatal women during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res.* 2021;295:113552. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113552
41. Singh NS, Ataullahjan A, Ndiaye K, Das JK, Wise PH, Altare C, et al. Delivering health interventions to women, children, and adolescents in conflict settings: what have we learned from ten country case studies? *Lancet.* 2021;397(10273):533–542. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00132-X
42. Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises. Inter-agency field manual on reproductive health in humanitarian settings [Internet]. New York: IAWG; 2018 [cited 2026 Apr 20]. Available from: <https://iawg.net/resources/field-manual>
43. Munyuzangabo M, Khalifa DS, Gaffey MF, Kamali M, Siddiqui FJ, Meteke S, et al. Delivery of sexual and reproductive health interventions in conflict settings: a systematic review. *BMJ Glob Health.* 2020;5(Suppl 1):e002206. DOI: 10.1136/bmjgh-2019-002206

44. Hailemariam S, Gutema L, Agegnehu W, Derese M. Challenges faced by female out-of-school adolescents in accessing and utilizing sexual and reproductive health services: a qualitative exploratory study. *J Prim Care Community Health*. 2021;12:21501327211018936. DOI: 10.1177/21501327211018936
45. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *Lancet*. 2018;391(10140):2642–2692. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)30293-9
46. Denno DM, Hoopes AJ, Chandra-Mouli V. Effective strategies to provide adolescent sexual and reproductive health services and to increase demand and community support. *J Adolesc Health*. 2015;56(1 Suppl):S22–S41. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2014.09.012
47. Uzayisenga J, Nshimiyimana A, Kaberuka G, Ishimwe Bazakare ML, Mbarushimana V, Mukeshimana M, et al. Adolescents' perspectives regarding their communication with reproductive health service providers in Rwanda: an explorative study. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):82. DOI: 10.1186/s12913-023-10526-3
48. Amroussia N, Hernberg H, Håkansson M, Källestål C. Providing sexual and reproductive health services to migrants in Southern Sweden: a qualitative exploration of healthcare providers' experiences. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):1562. DOI: 10.1186/s12913-022-08967-3
49. Kobeissi L, Nair M, Evers ES, Han S, Grear S, Tappis H, et al. Setting research priorities for sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health in humanitarian settings. *Confl Health*. 2021;15(1):16. DOI: 10.1186/s13031-021-00353-w
50. Desrosiers A, Betancourt T, Kergoat Y, Servilli C, Say L, Kobeissi L. A systematic review of sexual and reproductive health interventions for young people in humanitarian and lower-and-middle-income country settings. *BMC Public Health*. 2020;20:589. DOI: 10.1186/s12889-020-08818-y

ПІДЛІТКОВА ВАГІТНІСТЬ В УМОВАХ ВІЙНИ: СУЧАСНІ ВИКЛИКИ ТА МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНІ ПІДХОДИ ДО ВЕДЕННЯ

Огляд літератури

С.Р. Галич, д. мед. н., професорка, завідувачка кафедри акушерства, гінекології та педіатрії Міжнародного університету, м. Одеса

Обґрунтування. Підліткова вагітність залишається однією з найскладніших медико-соціальних проблем сучасної перинатології та репродуктології, що формується на тлі біологічної незрілості, психоемоційної вразливості та соціальних детермінант здоров'я. В умовах воєнного конфлікту ця проблема набуває нових характеристик, оскільки до традиційних чинників ризику додаються хронічний стрес, порушення доступу до медичної допомоги, вимушене переміщення населення та зростання соціальної нестабільності.

Мета огляду: узагальнення сучасних наукових даних щодо епідеміології підліткової вагітності, її біологічних і соціальних детермінант, особливостей перебігу в умовах війни, а також критичний аналіз підходів до ведення цієї категорії пацієнтів.

Матеріали та методи. Проведено нарративний огляд літератури з використанням міжнародних наукометричних баз даних (MEDLINE, PubMed, Scopus, Web of Science), а також матеріалів ВООЗ, Дитячого фонду ООН, Фонду ООН у галузі народонаселення та національних рекомендацій. До аналізу включено оригінальні дослідження, систематичні огляди та метааналізи.

Аналіз даних літератури. Підліткова вагітність асоціюється з підвищеним ризиком акушерських і перинатальних ускладнень, а саме: анемії, преєклампсії, передчасних пологів і затримки росту плода. Водночас сучасні дослідження демонструють неоднорідність отриманих результатів та вказують на те, що значна частина ризиків зумовлена не лише віком, а й соціальними умовами, доступом до медичної допомоги та поведінковими факторами. В умовах війни ключову роль відіграють психоемоційні механізми, зокрема активація гіпоталамо-гіпофізарно-наднирничкової осі, а також порушення функціонування системи охорони здоров'я.

Висновки. Підліткова вагітність у воєнний період є складною мультифакторною проблемою, що потребує переосмислення традиційних підходів до ведення. Зміщення акценту від вікової моделі ризику до біопсихосоціальної парадигми, інтеграція мультидисциплінарного супроводу, розвиток youth-friendly сервісів та впровадження принципів травмо-інформованого підходу є ключовими напрямками оптимізації медичної допомоги.

Ключові слова: дівчата-підлітки, підліткова вагітність, війна, стрес, перинатальні ускладнення, мультидисциплінарний підхід, репродуктивне здоров'я.

ADOLESCENT PREGNANCY IN WARTIME: CURRENT CHALLENGES AND MULTIDISCIPLINARY APPROACHES TO MANAGEMENT

Literature review

S.R. Galych, DSc, professor, head of the Department of Obstetrics, Gynecology and Pediatrics, International University, Odesa

Background. Adolescent pregnancy remains one of the most complex medical and social problems in modern perinatology and reproductive health, developing against the background of biological immaturity, psychoemotional vulnerability, and social determinants of health. In the context of military conflict, this issue acquires new characteristics, as traditional risk factors are compounded by chronic stress, disrupted access to medical care, forced population displacement, and increasing social instability.

Objective of the review: to summarize current scientific data regarding the epidemiology of adolescent pregnancy, its biological and social determinants, the specific features of its course under wartime conditions, and to provide a critical analysis of approaches to the management of this category of patients.

Materials and methods. A narrative literature review was conducted using international scientometric databases (MEDLINE, PubMed, Scopus, and Web of Science), as well as materials from the World Health Organization, the United Nations Children's Fund, the United Nations Population Fund and national guidelines. Original studies, systematic reviews, and meta-analyses were included in the analysis.

Analysis of the literature. Adolescent pregnancy is associated with an increased risk of obstetric and perinatal complications, including anemia, preeclampsia, preterm birth, and fetal growth restriction. At the same time, contemporary studies demonstrate heterogeneity of findings and indicate that a substantial proportion of these risks are determined not only by maternal age, but also by social conditions, access to healthcare, and behavioral factors. Under wartime conditions, psychoemotional mechanisms, particularly activation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis, as well as disruption of healthcare system functioning, play a key role.

Conclusions. Adolescent pregnancy during wartime is a complex multifactorial problem that requires reconsideration of traditional management approaches. Shifting the focus from an age-based risk model to a biopsychosocial paradigm, integrating multidisciplinary support, developing youth-friendly services, and implementing trauma-informed care principles are key directions for optimizing medical care.

Keywords: adolescent girls, adolescent pregnancy, war, stress, perinatal complications, multidisciplinary approach, reproductive health.