

©О. Р. Цюлко

СТАН РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

*Кафедра акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти
Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького*

СТАН РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ). Незважаючи на значну кількість наукових робіт, пов'язаних з обговоренням проблем підліткової вагітності, залишаються невирішеними питання мотивації до раннього початку статевого життя та умов, що впливають на готовність підлітків до сексуальних стосунків. Особливістю репродуктивної поведінки сучасної молоді є висока частота зміни статевих партнерів, причому ця тенденція спостерігається в багатьох країнах світу, незалежно від рівня економічного розвитку. В Росії у дівчат які мали 5 і більше партнерів рівень гінекологічної захворюваності був в 3 рази вищим ніж в тих, що мали 1 партнера. Ймовірно, цим можна пояснити той факт, що кожного року 3 мільйони підлітків - приблизно 1 з 4, які мають досвід сексуальних стосунків, - хворіють на інфекції, що передаються статевим шляхом. ІПСШ не єдина проблема пов'язана з раннім статевим життям, більш соціально та економічно значимою залишається підліткова вагітність та переривання її в підлітковому віці. Доведено, що у юних вагітних частіше розвиваються анемії, токсикози, передчасні пологи, а ризик смертності немовлят є вищим. Підліткова вагітність у США складає 94 на 1000 підлітків і коштує для країни 9,1 біліонів доларів в рік. За деякими оцінками, щорічно у всьому світі близько 30 млн. вагітностей настають через нестійке та неправильне застосування контрацептивів. Серед жінок, які використовують презерватив як основний засіб контрацепції, тільки 35% 15-17-літніх застосовують його під час кожного статевого акту. Російські дослідження показують, що вагітність у 19% дівчат настає після першого незахищеного статевого акту в їхньому житті. Основним завданням вчених залишається пошук факторів, які мають визначальний вплив на ранні сексуальні стосунки та розробка ефективних профілактичних заходів.

СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ В УКРАИНЕ И МИРЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ). Несмотря на значительное количество научных работ, связанных с обсуждением проблем подростковой беременности, остаются нерешенными вопросы мотивации к раннему началу половой жизни и условий, влияющих на готовность подростков к сексуальным отношениям. Особенностью репродуктивного поведения современной молодежи является высокая частота смены половых партнеров, причем эта тенденция наблюдается во многих странах мира, независимо от уровня экономического развития. В России у девушек которые имели 5 и более партнеров уровень гинекологической заболеваемости был в 3 раза выше, чем в тех, что имели 1 партнера. Вероятно, этим можно объяснить тот факт, что каждый год 3 миллиона подростков - примерно 1 из 4, имеющие сексуальный опыт - болеют инфекциями, передающимися половым путем. ИППП не единственная проблема связанная с ранней половой жизнью, более социально и экономически значимой остается подростковая беременность и прерывание ее в подростковом возрасте. Доказано, что у юных беременных чаще развиваются анемии, токсикозы, преждевременные роды, а риск смертности новорожденных значительно выше чем у взрослых. Подростковая беременность в США составляет 94 на 1000 подростков и стоит для страны 9,1 билионив долларов в год. По некоторым оценкам, ежегодно во всем мире около 30 млн. беременностей наступают через непостоянное и неправильное применение контрацептивов. Среди женщин, которые используют презерватив как основное средство контрацепции, только 35% 15-17-летних применяют его во время каждого полового акта. Российские исследования показывают, что беременность у 19% девушек наступает после первого незащищенного полового акта в их жизни. Основной задачей ученых остается поиск факторов, имеющих определяющее влияние на ранние сексуальные отношения и разработка эффективных профилактических мероприятий

CONDITION REPRODUCTIVE HEALTH OF ADOLESCENT GIRLS IN UKRAINE AND WORLDWIDE (LITERATURE REVIEW). Although a large number of scientific papers related to the discussion of the problems of teenage pregnancy remain unresolved question of motivation to early sexual activity and conditions that affect the willingness of adolescents to sexual relations. Feature reproductive behavior of today's youth is the high frequency of change of sexual partners, a trend observed in many countries of the world, regardless of the level of economic development. In Russia, the girls who had 5 or more partners gynecological morbidity rate was 3 times higher than in those who had one partner. Perhaps this can be explained by the fact that every year 3 million teens - about 1 in 4 with experience of sexual relations - suffering from infections transmitted sexually. STI is not the only problem associated with early sexual activity, more socially and economically remains of teenage pregnancy and its termination in adolescence. It is shown that in young pregnant women often develop anemia, toxemia, premature birth and infant mortality risk is higher. Teen pregnancy in the U.S. is 94 per 1,000 teens and costs the country 9.1 billion dollars a year. It is estimated that annually around the world about 30 million pregnancies occur within unstable and improper use of contraceptives. Among women who use condoms as the primary means of contraception, only 35% of 15-17-year-olds used it during every sexual intercourse. Russian research shows that 19% of pregnancies in girls occurs after the first unprotected intercourse in their lives. The main task of scientists is searching factors that have a decisive influence on early sexual relations and the development of effective preventive measures.

Ключевые слова: сексуальная активность; инфекции, передающиеся половым путем; девушки-подростки; репродуктивное здоровье.

Ключові слова: сексуальна активність; інфекції, що передаються статевим шляхом; репродуктивне здоров'я; дівчата-підлітки.

Key words: sexual activity; sexually transmitted diseases; reproductive health; adolescent girls.

Дані літератури свідчать, що проблема репродуктивного здоров'я актуальна для всіх країн світу. Навіть у країнах з розвинутою службою планування сім'ї, охорони репродуктивних прав жінок і профілактики захворювань репродуктивної сфери, проблема репродуктивного здоров'я молоді є однією з основних, і зумовлена специфікою поведінки даної соціальної групи. В 2001 році Європейським регіональним бюро ВООЗ (Копенгаген, листопад, 2001р.) запропоновано регіональну стратегію ВООЗ в області охорони сексуального та репродуктивного здоров'я. Характерною особливістю сучасної системи охорони здоров'я в Європейському регіоні є контраст стану репродуктивного здоров'я між країнами з ринковою економікою на заході та країнами з перехідною економікою на сході. Найбільш вразливими групами населення є підлітки, молодь, мігранти. Тому в цьому документі визначено основна стратегія щодо розробки профілактичних програм з подолання чинників порушень репродуктивного здоров'я, інфекцій, що передаються статевим шляхом, абортів та сексуального насильства [1].

Незважаючи на значну кількість наукових робіт, пов'язаних з обговоренням проблем підліткової вагітності, залишаються невирішеними питання мотивації до раннього початку статевого життя та умов, що впливають на готовність підлітків до сексуальних стосунків.

За результатами українських соціологічних досліджень мали власний досвід статевого життя 27% учнів 10-11 класів (41% – хлопців; 17% – дівчат), 53% студентів ВНЗ I–II рівнів акредитації (63% – хлопців; 46% – дівчат); 58% учнів ПТНЗ (67% – хлопців; 47% – дівчат) та 62% студентів ВНЗ III–IV рівнів акредитації (72% – хлопців; 51% – дівчат). Хлопці повідомляли про ранній досвід статевого життя частіше ніж дівчата, останні ж переважали в групі респондентів, які починали інтимні стосунки у віці 17 років і пізніше [2].

В іншому українському дослідженні було визначено, що 64% молоді віком 15-24 років мали сексуальні контакти протягом життя. Цей показник майже не відрізняється від даних дослідження 2007 р., де 67% респондентів мали сексуальні контакти протягом життя, проте є тенденція до зниження їх кількості (у Львівській області цей показник рівний 61,8%).

Дослідження серед підлітків нашої країни показали, що в 1964 році лише 5% дівчат мали досвід сексуальних стосунків, в 1974 році 24%, в 1989 році - 49%, в 1997 - 54%, в 2007 – 68% [3].

Мали сексуальний досвід 3% дівчат віком 15 років, в 16 років – 9%, 17 років – 21%, 18 років – 50%, 19 років – 52%, 20 років – 71%. Середній вік початку статевого життя склав 17,8 років. 12% жінок мали більше одного партнера протягом останніх 12 місяців.

Згідно досліджень, які були проведені у США, 46% старшокласників повідомили, що мали вже сексуальні стосунки, і 6% повідомили що ці стосунки були у віці молодшому за 13 років [4].

Дослідження в Нігерії визначили причини сексуального деб'юту: 42,2% дівчат називають вплив мас-медіа, 35,3% почали статеве життя через любов; через гроші/подарунки - 26,0%, бо так роблять друзі - 24,9% [5]. У США на запитання чому підлітки почина-

ють статеве життя, 53,6% опитаних відповіли через прохання партнера, 36,5% для експерименту, 29,6% протестувати свою репродуктивну систему, 22,3% щоб зупинити болючість менструацій [6].

Російські дослідження показали, що кожна 5 дівчина вважає причиною її сексуального деб'юту сильний сексуальний потяг, 79% через кохання, 12% через цікавість, 11% наполегливість партнера. 30% сексуально активних дівчат-підлітків мали 3 і більше партнерів [7].

Особливістю репродуктивної поведінки сучасної молоді є висока частота зміни статевих партнерів, причому ця тенденція спостерігається в багатьох країнах світу, незалежно від рівня економічного розвитку. Так, 15% дівчат-студенток університетів Нігерії повідомили про наявність у них 2-3-х партнерів в минулому році [8]; в США серед сексуально активних 15-17-літніх дівчат 55% мали 2 або більше партнерів, а 13%, принаймні, - 6.

В Росії у дівчат які мали 5 і більше партнерів рівень гінекологічної захворюваності був в 3 рази вищим ніж в тих, що мали 1 партнера [9]. Ймовірно, цим можна пояснити той факт, що кожного року 3 мільйони підлітків - приблизно 1 з 4, які мають досвід сексуальних стосунків, - хворіють на інфекції, що передаються статевим шляхом [10]. В Канаді серед підлітків, які живуть статевим життям 76% вживають алкоголь і 24% не вживають його.

Встановлено, що сексуальна активність підлітків супроводжується підвищенням ризику для стану здоров'я, особливо коли молоді люди не мають доступу до адекватного медичного обслуговування та потрібної інформації. Ці ризики можуть включати ІПСШ, ВІЛ/СНІД, незаплановану вагітність і аборти. Проте з раннім початком статевого життя пов'язана тільки одна патологія – запальні захворювання геніталій. Щороку у світі реєструється 333 млн. нових випадків захворювання на ІПСШ [11]. На першому місці знаходиться вікова категорія 20 – 24 років, на другому 15 – 19 років. Рівень хламідійної захворюваності в голандських дівчат віком 15 – 19 років в 2007 році зріс на 6,4% у порівнянні з 2006 роком, гонококова інфекція теж зросла на 2,04%. В Голандії діти підліткового віку складають не менше однієї третини випадків захворюваності на хламідіоз, а гетеросексуальна молодь, молодша 25 років, має ризик на 50% більший інфікуватись хламідіями. Найвищі показники захворюваності на хламідіоз зафіксовані серед низькоосвічених, міських гетеросексуальних молодих людей. З 1988 по 2007 роки рівень захворюваності на хламідіоз зросла з 87 до 370 випадків на 100,000 населення. У 2000 році витрати США на хламідіоз серед людей 15-29 років склали 250 млн. доларів, а всі разом ІПСШ обійшлися США 6,5 біліонів доларів [12].

Щорічно близько 448 млн. людей хворіють на інфекції, які передаються статевим шляхом. Щохвилини 6 чоловік в світі інфікуються ВІЛ [13]. Деякі ІПСШ протікають безсимптомно і являються основною попереджуваною причиною безпліддя, особливо у жінок. До 70% жінок і значна частина мужчин з гонококовою та/або хламідійною інфекцією взагалі не відчувають ніяких симптомів [14].

Підвищений ризик інфікування ІПСШ підлітками пов'язаний з розмаїттям поведінкових, біологічних і психосоціальних факторів, серед яких сексуальна активність розглядається як найбільш критичний фактор ризику. Це підтверджує і той факт, що підлітки із соціально неблагополучних сімей (зловживаючи алкоголем, проживаючи в матеріальнонеблагополучних умовах) хворіють на ІПСШ достовірно частіше одностатевих.

Переважає більшість авторів підтверджують ідею про те, що молоді жінки особливо вразливі до ІПСШ в силу біологічних та культурних причин. Встановлено, що при одному статевому акті з інфікованим партнером, без використання будь-якого методу захисту, жінка підліткового віку має 1% ризик захворіти на ВІЛ, 50% на гонорею і 30% на герпес. Крім того, у зв'язку з тим, що жінки часто не мають клінічних ознак хламідіозу чи гонореї та у зв'язку з тим, що наявність іншої ІПСШ збільшує сприйнятливості підлітка до ВІЛ-інфекції, ризик розповсюдження цих інфекцій серед дівчат-підлітків особливо великий [15].

За даними досліджень кількість випадків інфікування ВІЛ у світі знизилася з 3,1 млн. у 2001 році до 2,6 млн. у 2009-му (на 19%). У 56 країнах світу захворюваність стабілізувалася або помітно впала [16].

Кількість хворих на СНІД в Україні збільшувалася до 2006р., включно [17]. Вперше у 2007р. було зареєстровано деяке зниження захворюваності на СНІД (з 10,1 на 100 тис. населення у 2006р. до 9,8 на 100 тис. населення у 2007р.). У 2008 – 2009рр. вдалося утримати ці показники на рівні 9,5 та 9,7 на 100 тис. населення, проте в 2010р. та в 2011 р., цей показник збільшився до 12,8 та 20,1, відповідно. Збільшення цих показників у 2010 – 2011 роках може бути деякою мірою обумовлено впливом наказу МОЗ України від 12.07.2010р. №551 “Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків”, де дефініція “СНІД” визначається відповідно до Клінічної класифікації стадій ВІЛ-інфекції ВООЗ 2006р. та включає діагноз як “туберкульоз легеневої”, так й “туберкульоз позалеганевий” [18, 19].

ІПСШ не єдина проблема пов'язана з раннім статевим життям, більш соціально та економічно значимою залишається підліткова вагітність та переривання її в підлітковому віці. Про серйозність проблеми свідчить офіційна статистика - щорічно у світі 3 млн. дівчат у віці 15-19 років роблять аборти. Як наслідок, в країнах з низьким і середнім рівнем доходу ускладнення під час вагітності та пологів є основною причиною смерті цих дівчат. Доведено, що у юних вагітних частіше розвиваються анемії, токсикози, передчасні пологи, а ризик смертності немовлят, народжених від матерів до 20 річного віку, протягом першого року життя в 1,5 рази вищий від матерів віком 20-29 років [20, 21].

Щорічно у віці 15-19 років народжує близько 16 млн. дівчат, на них припадає 11% всіх родів у світі, більшість із них живуть в країнах з низьким та середнім рівнем доходу. Діти, народжені матерями підліткового віку, з великою вірогідністю мають низьку масу тіла при народженні, що впливає на їх подальший розвиток [22]. За даними львівських досліджень

затримка росту плода має місце у 13,2% жінок молодших 20 років [23]. 85% таких вагітностей є незапланованими, при цьому небажана вагітність, як правило, закінчується абортom.

Підліткова вагітність у США складає 94 на 1000 підлітків [24] (для порівняння цей показник у віці від 15 до 44 років складає 69) і коштує для країни 9,1 біліонів доларів в рік [25].

В країнах Південної Африки 10% жінок стають матерями у віці до 16 років. В Танзанії у 2007 році 5,6% дівчат не закінчили середньої школи через вагітність.

Частота вагітностей серед неповнолітніх в таких країнах як Аргентина і Бразилія складає 16,8 – 17,5%, Шотландії 7,0 – 12,5%, Румунії, Болгарії, Росії, США 7 – 10%, Японії, Німеччині, Франції 4%, Нідерландах 1,2%.

Дані ВООЗ показують, що у всьому світі 529 000 жінок помирають щороку у зв'язку з ускладненнями вагітності та народженням дитини, в той час як ризик смерті у віці 15-19 років є в два рази вищим.

Відносний ризик першого абортu у підлітковому віці складає 0,62%. У всьому світі щорічно здійснюється 50 млн. абортів, 5-10% припадає на пацієнток віком 15-19 років [26]. 70000 смертей, пов'язаних з абортom щороку відбуваються серед жінок у віці 15-19 років [27].

Підлітки мають у 2 – 5 разів вищий шанс померти під час вагітності, чи пологів ніж у віці 20 років [28]. У першій половині 1990-х років ризик абортu серед підлітків підвищився і лише з кінця 1990-х суттєво знизився, очевидно завдяки успішній реалізації національних програм щодо репродуктивного здоров'я [29].

Через ранню вагітність більшість дівчат вимушені припинити навчання, що впливає на їх професійне, а отже й економічне майбутнє.

За деякими оцінками, щорічно у всьому світі близько 30 млн. вагітностей настають через непостійне та неправильне застосування контрацептивів, або через неефективність самих цих методів. Так, 6 з 10 американських підлітків, які зробили перший аборт, мали невдачу з використанням контрацепції; рівень невикористання контрацепції найвищий серед молодих, незаміжніх, бідних, темношкірих жінок і жінок латиноамериканського походження і (або) з низьким рівнем освіти. Російські дослідження показують, що вагітність у 19% дівчат настає після першого незахищеного статевого акту в їхньому житті [30, 31].

Дослідження показали, що близько 72% 15-17-літніх сексуально активних підлітків і 84% 18-19-річних підлітків, що живуть у розвинених країнах світу, використовують контрацепцію [32].

Огляд статистики протягом 1999-2007рр. підтверджує інформацію про те, що кількість користувачів засобами контрацепції суттєво збільшилася: від 37,6% у 1999 р. до 55,6% у 2007р. Аналіз українських досліджень, присвячених вивченню джерел отримання інформації на інтимні теми та про методи контрацепції виявили, що основним джерелом інформації про секс були телебачення (50 та 41% відповідно), друзі й однолітки (46 та 31%), інтернет (37 та 31%). Третина опитаних учнів та студентів віком

15 – 17 років отримують таку інформацію від батьків (29–33%), а от про методи контрацепції частіше від медпрацівників, ніж від батьків. Переважна більшість опитаних знали, де можна придбати основні найбільш популярні контрацептивні засоби. 77% хлопців та 92% дівчат знали про можливість придбання контрацептивних таблеток в аптеці. Стосовно придбання презервативів, окрім аптеки, про яку згадали 84% хлопців та 87% дівчат, фігурували також супермаркет (42% і 38%) та кіоск (34% та 25%). Респонденти, які мали досвід придбання контрацептивів, лише в поодиноких випадках стикалися з труднощами при здійсненні покупки [33].

Структура підліткової контрацептивної поведінки серед голандського населення є наступною: 54,8% застосували презерватив, 15,5% - гормональні засоби і ще 28,6% - використовували так званий "подвійний голандський" метод - і презерватив, і гормональну контрацепцію. Таке широке поширення ефективних методів контрацепції стало можливим завдяки тому, що крім вільної доступності сучасних контрацептивів, переважає більш вільний погляд на сексуальність, в тому числі підліткову. Питання сексуальних відносин, як правило, досить відкрито обговорється в сім'ї, школі, засобах масової інформації, причому не з метою обмежити секс, а з метою зробити його безпечним, тому щорічно 14% голандських сексуально активних дівчат-підлітків добровільно перевіряються на ІПСШ [34, 35].

У Нідерландах, де рівень підліткових вагітностей є одним з найнищих, використання контрацепції при сексуальному деб'юті становить 85%; в США цей показник трохи нижчий - 74% [36, 37].

Серед українських 15-19-літніх дівчат, які застосовують оральні контрацептиви як основний засіб контрацепції, тільки 41% приймає таблетки щодня [38, 39]. Підлітки, які використовують презерватив як основний засіб контрацепції, тільки 35% 15-17-літніх застосовують його під час кожного статевого акту.

Важливим аспектом, що привертає увагу великої кількості дослідників, є питання про причини не використання підлітками контрацепції. Найбільш частими серед причин називають брак інформації, наявність міфів, пов'язаних з контрацепцією і страхи побічних ефектів, поряд з соціальними, економічними та релігійними бар'єрами. У ряді країн існують проблеми з наданням консультативної медичної допомоги незаміжнім жінкам, особливо там, де культурні чи релігійні традиції засуджують статеве життя жінок, які не перебувають у шлюбі [40].

Основним завданням вчених залишається пошук факторів, які мають визначальний вплив на ранні сексуальні стосунки та розробка ефективних профілактичних заходів, для подолання її. Це ймовірно призведе до зниження рівня таких негативних суспільних явищ як материнська смертність, захворюваність на ІПСШ та ранні аборти, що впливає на загальний рівень народжуваності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Жилка Н. Я. Аналітичний огляд законодавчого забезпечення охорони репродуктивного здоров'я в Україні / Н. Я. Жилка. – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – 96 с.
2. Молодь за здоровий спосіб життя: щорічна доповідь Президенту України, Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України про становище молоді в Україні (за підсумками 2009 р.) / Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту України, Держ. ін-т розв. сім'ї та молоді; [редкол.: Н. Ф. Романова (голова) та ін.]. – К. : ТОВ «Основа», 2010. – 156 с.
3. Вовк І. Б. Сексуальна та репродуктивна поведінка підлітків [Електронний ресурс] / І. Б. Вовк // Здоров'я України. – 2009. – № 19/1. – С. 76. – Режим доступу до журн. : http://health-ua.com/pics/pdf/P_19_1/76.pdf
4. Wilson K. E. Mothers, fathers, sons, and daughters: gender differences in factors associated with parent-child communication about sexual topics [Електронний ресурс] / Ellen K. Wilson, Helen P Koo // Reproductive Health. – 2010. – Vol. 7, № 31. – P. 1–8. – Режим доступу до журн. : <http://www.reproductive-health-journal.com/content/pdf/1742-4755-7-31.pdf>.
5. Sources of Sex Information and its Effects on Sexual Practices among In-school Female Adolescents in Osisioma Ngwa LGA, South East Nigeria / U. Ugochukwu Onyeonoro, Daniel C. Oshi, Eugene C. Ndimele [et al.] // J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. – 2011. – Vol. 24. – P. 294–299.
6. Amen N. Reproductive Health in Nigeria / N. Amen, A. G. Adesiyun, C. Ozed-Williams // J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. – 2009. – Vol. 22. – P. 372–376.
7. Халимова Д. Р. Социально-маркетинговый анализ репродуктивного здоровья и образа жизни старшеклассниц Удмуртии / Д. Р. Халимова, М. И. Сабсай // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2008. – № 6. – С. 36–41.
8. Eaton D. K. Youth Risk Behavior Surveillance – U. S., 2009 / D. K. Eaton, L. Kann, S. Kinchen [et al.] // MMWR Surveill. Summ. – 2010. – Vol. 59, № 5. – P. 1142.
9. Кучма В. Р. Стратегия «Здоровье и развитие подростков России» как инструмент охраны и укрепления здоровья подростков / В. Р. Кучма, И. К. Рапопорт // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2011. – № 2. – С. 11–21.
10. Eaton D. K. Trends in Human Immunodeficiency Virus and Sexually Transmitted Disease-Related Risk Behaviors Among U. S. High School Students, 1991–2009 / D. K. Eaton, R. Lowry, N. D. Brener // J. Prev. Med. – 2011. – Vol. 40, № 4. – P. 427–433.
11. Wolfers M. Adolescents in The Netherlands Underestimate Risk for Sexually Transmitted Infections and Deny the Need for Sexually Transmitted Infection Testing / Mireille Wolfers, Onno de Zwart, Gerjo Kok // AIDS PATIENT CARE and STDs. – 2011. – Vol. 25, № 5. – P. 311–319.
12. Cooksey M. J. L. Chlamydia Trachomatis Infection in Minority Adolescent Women: A Public Health Challenge / M. J. L. Cooksey, Erica K. Berggren, Jennifer Lee // Obstetrical Gynecol. Survey. – 2011. – Vol. 65, № 11. – P. 729–735.
13. Бехало В. А. Репродуктивное здоровье и сексуальное поведение подростков / В. А. Бехало, О. К. Лосева,

- Е. В. Сысолятина // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2007. – № 5. – С. 73–79.
14. Heritage J. A study of young peoples' attitudes to opportunistic Chlamydia testing in UK general practice / Joanne Heritage, Melvyn Jones // *Reproductive Health*. – 2008. – Vol. 11, № 5. – P. 1–9.
15. HIV testing and sexually transmitted infection care among sexually active youth in the Balkans / W. Delva, F. Wullaume, S. Vansteelandts [et al.] // *AIDS Patient Care STDs*. – 2008. – Vol. 22. – P. 817–821.
16. Adimora A. A. HIV and African Americans in the southern United States: Sexual networks and social context / A. A. Adimora, V. J. Schoenbach, I. A. Doherty // *Sex. Transm. Dis.* – 2006. – Vol. 33. – P. s39–s45.
17. Баранова Н. Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ / СНІДу в Україні: прогнозування, моделювання, оцінка / Баранова Н. // *Україна : аспекти праці*. – 2006. – № 1. – С. 19–25.
18. ВІЛ-інфекція в Україні / Т.А. Александріна, О.Г. Єщенко, М.В. Зеленська [та ін.] // *Інформаційний бюлетень*. – К., 2012. – № 37. – С. 4–13.
19. Васильева М. Ю. Динамика заболеваемости детей в возрасте 15 – 17 лет гонококковой и сифилитической инфекциями в субъектах Российской Федерации в период с 1999 по 2009 г. / М. Ю. Васильева, М. Р. Рахматулина // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. – 2011. – № 3. – С. 9–21.
20. Филиппов О. С. Ювенильное акушерство: проблемы материнской смертности / О. С. Филиппов, Е. В. Гусева // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. – 2009. – № 4. – С. 62–68.
21. Klein J. D. American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence: Adolescent pregnancy: current trends and issues / J. D. Klein // *Pediatrics*. – 2005. – Vol. 116. – P. 281.
22. Качество жизни и репродуктивное поведение подростков в условиях современной демографической ситуации / В. Ф. Кокolina, И. А. Паренкова, Д. Л. Ларионов, Н. Ю. Сукманова // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. – 2010. – № 3. – С. 9–19.
23. Прокопів І. В. Затримка розвитку плода залежно від соціально-економічного статусу та акушерської патології матері / І. В. Прокопів, В. І. Пирогова // *Практична медицина*. – 2009. – № 3. – С. 128.
24. Sayem M. A. Factors associated with teenage marital pregnancy among Bangladesh women [Електронний ресурс] / Amir M. Sayem, Abu Taher M.S. Nury // *Reproductive Health*. – 2011. – Vol. 8, № 16. – P. 2–8. – Режим доступу до журн.: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/pdf/1742-4755-8-16.pdf>
25. Knowledge and Awareness of Emergency Contraception in Adolescents / R. Ahern, L. A. Frattarelli, J. Delto, B. Kaneshiro // *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* – 2010. – Vol. 23. – P. 273–278.
26. Гауз О. Е. Рождаемость в Молдове: современное состояние и перспективы / Гауз О. Е. // *Демографія та соціальна економіка*. – 2010. – № 1. – С. 37–44.
27. Limits to modern contraceptive use among young women in developing countries: a systematic review of qualitative research [Електронний ресурс] / Lisa Williamson, Alison Parkes, Daniel Wight [et al.] // *Reproductive Health*. – 2009. – Vol. 6, № 3. – P. 2. – Режим доступу до журн.: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/pdf/1742-4755-6-3.pdf>
28. Kesterton J.A. Generating demand and community support for sexual and reproductive health services for young people: A review of the Literature and Programs / Amy J. Kesterton, Meena Cabral de Mello // *Reproductive Health*. – 2010. – Vol. 7, № 25. – P. 12.
29. Левчук Н. М. Аборти та народжуваність в Україні: «конкуренція» продовжується? / Левчук Н. М. // *Демографія та соціальна економіка*. – 2010. – № 1. – С. 64–74.
30. Кучма В. Р. Стратегия «Здоровье и развитие подростков России» как инструмент охраны и укрепления здоровья подростков / В. Р. Кучма, И. К. Рапопорт // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. – 2011. – № 2. – С. 11–21.
31. Madeni Frida. Evaluation of a reproductive health awareness program for adolescence in urban Tanzania-A quasi-experimental pre-test post-test research / Frida Madeni, Shigeko Horiuchi, Mariko Iida // *Reproductive Health*. – 2011. – Vol. 8, № 21. – P. 2–8.
32. Black A. Patterns of Contraceptive Use and Adherence in Unmarried Canadian Adolescent Females: A National Survey / A. Black, Y. Guo, N. Fleming // *NASPAG 25th Annual Clinical Meeting, Issues and Answers in Pediatric and Adolescent Gynecology*, April 14 – 16, 2011. – Chicago, 2011. – P. 52.
33. Wolfers M. E. Correlates of STI testing among vocational school students in the Netherlands / M. E. Wolfers, G. Kok, J. P. Mackenbach // *BMC Public Health*. – 2010. – Vol. 10. – P. 725.
34. Wolfers M. Adolescents in The Netherlands Underestimate Risk for Sexually Transmitted Infections and Deny the Need for Sexually Transmitted Infection Testing / Mireille Wolfers, Onno de Zwart, Gerjo Kok // *AIDS PATIENT CARE and STDs*. – 2011. – Vol. 25, № 5. – P. 311–319.
35. Koedijk F. D. Sexually transmitted infections, including HIV, in the Netherlands in 2008 / F. D. Koedijk, H. Y. Vriend, M. G. van Veen // *RIVM : Bilthoven*. – 2009. – Vol. 103. – P. 324.
36. Молодь за здоровий спосіб життя: щорічна доповідь Президенту України, Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України про становище молоді в Україні (за підсумками 2009 р.) / Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту України, Держ. ін-т розв. сім'ї та молоді; [редкол.: Н. Ф. Романова (голова) та ін.]. – К.: ТОВ «Основа», 2010. – 156 с.
37. Moore A. M. Gender role beliefs at sexual debut: Qualitative evidence from two Brazilian cities / A. M. Moore // *J. Fam. Plan. Perspec.* – 2006. – Vol. 32. – P. 45.
38. Зернюк А. Д. Оценка приемлемости и эффективности оральных, трансдермальных и интравагинальных гормональных контрацептивов у девочек-подростков / А. Д. Зернюк // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. – 2008. – № 1. – С. 77–84.
39. Coeytaux F. Emergency contraception pills: have we come full circle? / F. Coeytaux, E. S. Wells, E. Westley // *Contraception*. – 2009. – Vol. 80. – P. 1.
40. Odimogwu C. Influence of religion on adolescent sexual attitudes and behavior among Nigeria university students: affiliation or commitment? / C. Odimogwu // *Afr. J. Reprod. Health*. – 2005. – Vol. 9. – P. 125.

Отримано 29.01.13