

Актуальні аспекти медико-соціальної характеристики жінок, які народжують уперше у різному віці

А. О. Семенюк

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

Мета дослідження: вивчити медико-соціальні аспекти жінок, які народжують уперше у різному віці.

Матеріали та методи. Був проведений ретроспективний і проспективний аналіз перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду у 100 жінок віком старше 35 років (1-а група) і 100 дівчат-підлітків до 18 років (2-а група), які народили. Групою порівняння слугували випадкові вибірки історій пологів у 100 жінок віком 20–25 років (3-я група). На кожну пацієнтку заповнювали спеціально розроблену карту, в якій були дані про вік, професійні шкідливості, соціальний і сімейний стан матері, вік і здоров'я батька дитини, екстрагенітальну патологію, дані про характер менструальної і дітородної функції, порядковий номер вагітності, результати клінічних обстежень, антропометричні характеристики жінок, індекс маси тіла, розміри таза. Під час аналізу перебігу вагітності визначали частоту ускладнень вагітності з урахуванням результатів інструментальних і лабораторних методів обстеження, при оцінюванні стану і розвитку плода використовували дані ультразвукового дослідження та доплерометрії.

Результати. Група жінок віком понад 35 років мала украй несприятливий акушерсько-гінекологічний анамнез порівняно з групою жінок 20–25 років, що не могло не вплинути на перебіг вагітності і майбутніх пологів. Особливо обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез мали первородящі жінки віком старше 35 років за рахунок вищої частоти безпліддя, міоми матки і дисфункціональних порушень менструально-оваріального циклу. Ці чинники, мабуть, багато в чому визначили настання і виношування вагітності в більш пізньому віці.

На підставі вищевикладеного можна дійти висновку, що медико-соціальний портрет вагітних віком 35 років і старше характеризується переважанням жінок, що мають обтяжений соматичний і акушерсько-гінекологічний анамнез, вищу освіту, працюють і матеріально забезпечені.

Висновки. При формуванні тактики ведення цих жінок необхідно враховувати особливості соматичного і акушерсько-гінекологічного анамнезу, які можуть впливати на перебіг вагітності та її результат.

Ключові слова: жінки, які народжують уперше, медико-соціальна характеристика, актуальні аспекти.

Найбільш сприятливим для народження дітей є вік жінок від 18 до 35 років. Періодом «фізіологічної незрілості» вважається вік молодше 18 років, коли лише формуються основи способу життя, стиль поведінки, що надалі визначатиме фізичне і психічне здоров'я. Іншим, не зовсім сприятливим, періодом для народження дитини є вік після 35 років, коли у більшості жінок наголошується згасання репродукції, несприятливий перебіг вагітності [1–5]. Виявлення особливостей розвитку вагітності, перебіг пологів і післяпологового періоду у первородящих жінок у цих групах, що надалі позначаються, як «критичні вікові періоди», представляє значний інтерес для практичної медицини [6–10].

Раніше не проводилося досліджень, що визначають достовірну кореляцію між віком первородящої, ступенем перинатального ризику і частотою перинатальної захворюваності. Отже, відсутні чіткі межі віку, за яких вагітна достовірно належить до групи високого ризику [11–14].

Незважаючи на величезний інтерес до перебігу вагітності і пологів, а також перинатальні результати у первородящих віком до 18 і старше 35 років, проблема далека від розуміння і розв'язання.

Мета дослідження: вивчити медико-соціальні аспекти жінок, які народжують уперше у різному віці.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети був проведений ретроспективний і проспективний аналіз перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду, жінки були розподілені на групи:

- 1-а група – 100 жінок віком старше 35 років
- 2-а група – 100 дівчат-підлітків до 18 років
- 3-я група (порівняння) – випадковий відбір історій пологів у 100 жінок віком 20–25 років

На кожну пацієнтку заповнювалася спеціально розроблена карта, в якій були дані про вік, професійні шкідливості, соціальний і сімейний стан матері, вік і здоров'я батька дитини, екстрагенітальну патологію, характер менструальної і дітородної функції, порядковий номер вагітності, результати клінічних обстежень, антропометричні характеристики жінок, індекс маси тіла, розміри таза.

Під час аналізу перебігу вагітності визначалася частота ускладнень вагітності з врахуванням результатів інструментальних і лабораторних методів обстеження, при оцінюванні стану і розвитку плода використовували дані УЗД та доплерометрії.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведеної порівняльної характеристики соціальних чинників свідчать, що контингент первородящих підлітків представлений переважно ученицями (93,0%). Третина дівчат-підлітків (33,0%) – учениці середніх шкіл, 34,0% навчаються в середніх спеціальних учбових закладах (ліцєях або технікумах), 12,0% – студентки вищих учбових закладів різного профілю, 6,0% працюють, а 6,0% не навчаються і не працюють.

Водночас жінки старшого репродуктивного віку переважно мають вищу освіту – 65,0% (порівняно з пацієнтками 3-ї групи – 25,0%; $p < 0,05$); незавершену вищу – 2,0% (порівняно з пацієнтками 3-ї групи – 10,0%; $p < 0,05$), середню спеціальну – 18,0% (порівняно з пацієнтками 3-ї групи – 44,0%; $p < 0,05$), середню – 15,0% (порівняно з пацієнтками 3-ї групи – 22,0%; $p < 0,05$).

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

До розряду службовців належало 55,0% жінок віком старше 35 років (порівняно з пацієнтками 3-ї групи – 38,0%; $p < 0,05$), робітниць – 4,0% (порівняно з пацієнтками 3-ї групи – 3,0%; $p > 0,05$), домогосподарок – 31,0% (порівняно з пацієнтками 3-ї групи – 44,0%; $p < 0,05$).

У 1-й і 3-й групах більшість жінок з вищою освітою, просліджується тенденція до зростання кількості жінок, що мають вищу освіту, із збільшенням віку.

За результатами дослідження, за їх власною оцінкою, серйозну матеріальну скруту випробовує більше половини (58,0%) неповнолітніх вагітних та їх сімей, причому у 6,0% опитаних грошей не хватає навіть на харчування і повсякденні потреби. Джерелом кишенькових грошей 61,0% вагітних неповнолітніх назвали батьків, 20,0% – свого друга, 18,0% заробляють самі, 11,0% отримують стипендію, останні назвали інші джерела або всі перераховані разом.

Переважна більшість жінок пізнього репродуктивного періоду проживають у власній квартирі (73,0%) і не зазнають матеріальних труднощів (85,0%).

Було встановлено, що лише 3,0% підлітків не пробували курити (1,0% – жінки старшого репродуктивного віку, 3,0% – пацієнтки 3-ї групи), а загальна питома вага тих, що не курять, трохи перевищує чверть (79,0% – жінки старшого репродуктивного віку, 68,0% – пацієнтки 3-ї групи). Регулярно викурюють одну і більше пачки на день 34,0% підлітків, лише 9,0% жінок пізнього репродуктивного періоду та 15,0% – пацієнток 3-ї групи.

Не вживає алкоголь 6,0% неповнолітніх, 16,0% жінок віком старше 35 років, пацієнтки 3-ї групи – 12,0%; зрідка (у свята) – 81,0% підлітків, 74,0% жінок пізнього репродуктивного періоду, 3-я група – 83,0%; кілька разів в місяць – 22,0% неповнолітніх; 19,0% жінок старше 35 років, 3-я група – 12,0%.

Жодна жінка не вважає вік до 18 років відповідним для дітородіння. Серед досліджуваної групи підлітків 49,0% вважають оптимальними для народження дитини вік 18–21 рік, а 22–25 років – 51,0%. Для всіх підлітків вагітність, що настала, була незапланованою. Позитивно відреагували, дізнавшись про вагітність, 16,0% дівчат. Лише 15,0% дівчат регулярно використовують засоби контрацепції.

Більшість жінок старше 35 років (69,0%) вважають оптимальним для народження дитини вік 22–25 років (3-я група – 64,0%), 18–21 рік – 16,0% (3-я група – 28,0%), 26–30 років – 15,0% (3-я група – 8,0%). Майже всі (94,0%) жінки пізнього репродуктивного віку позитивно охарактеризували свою реакцію на факт вагітності; причиною настання вагітності у віці старше 35 років 43,0% жінок назвали пізній вступ до шлюбу, 33,0% спочатку вважали за краще досягти професійних успіхів, 19,0% причиною відзначили безпліддя, 12,0% – екстрагенітальні захворювання.

Половина підлітків (50,0%) має позитивні репродуктивні установки і хотіла б мати більше однієї дитини, тоді як лише 12,0% жінок старше 35 років збираються народжувати повторно (3-я група – 69,0%).

Жінки старше 35 років відрізнялися нижчим зростом порівняно з іншими дослідженими групами, у середньому $1,64 \pm 0,002$ м (у 2-й групі – $1,67 \pm 0,003$ м, у 3-й групі – $1,68 \pm 0,002$ м; $p < 0,05$) і більшою масою тіла – $68,6 \pm 0,47$ кг (у 2-й групі – $60,0 \pm 0,41$ кг, у 3-й групі – $62,0 \pm 0,39$ кг; $p < 0,05$) та індексом маси тіла – $25,4 \pm 0,19$ кг/м² (у 2-й групі – $21,8 \pm 0,21$ кг/м², у 3-й групі – $22,7 \pm 0,13$ кг/м²; $p < 0,05$).

Обтяжений соматичний анамнез мали 38,0% жінки віком старше 35 років і 23,0% у 3-й групі; обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез – 38,0% і 15,0% у 3-й групі, з них обтяжений і акушерсько-гінекологічний і соматичний анамнез мали 34,0% і 6,0% жінок відповідно.

Захворювання серцево-судинної системи у жінок віком старше 35 років становили 47,0% і в 3-й групі – в 11,0% ($p < 0,05$), з них гіпертонічна хвороба – у 13,0 і 1,0% ($p < 0,05$), міокардіосклероз – лише в 6,0% 1-ї групи, нейроциркуляторна дистонія – у 20,0% (у 3-й групі – 9,0%; $p < 0,05$), варикозне розширення вен – лише в 1-й групі у 17,0%.

Хронічні захворювання травного тракту і гепатобіліарної системи мали 15,0% жінок віком старше 35 років (у 3-й групі – 1,0%; $p < 0,05$).

Серед ендокринних захворювань переважало ожиріння у жінок віком старше 35 років – 43,0% (у 3-й групі – 19,0%; $p < 0,05$), причому більше 1/3 – ожиріння II–III ступеня – 34,0% (у 3-й групі – 9,0%; $p < 0,05$); тиреодну патологію мали 6,0% жінок 1-ї групи (у 3-й групі – 1,0%; $p < 0,05$).

Хронічні захворювання органів дихання мали 14,0% жінок 1-ї групи (у 3-й групі – 13,0%; $p > 0,05$); офтальмологічну патологію – 14,0% (у 3-й групі – 12,0%; $p > 0,05$) жінок, з них міопія середнього і високого ступеня була у 8,0% пацієнток 1-ї групи (у 3-й групі – 6,0%; $p > 0,05$). Оперативні втручання в анамнезі були в 11,0% жінок 1-ї групи (у 3-й групі – 4,0%; $p < 0,05$).

Середній вік на момент початку менструацій у первородящих віком 35 років і старше становив $13,5 \pm 0,09$ року (у 3-й групі – $13,0 \pm 0,08$ року; $p < 0,05$). Вагітні підлітки відрізняються більш раннім віком менархе – $12,7 \pm 0,06$ року, а також раннім віком початку статевого життя – $14,7 \pm 0,8$ року.

У групі первородящих віком старше 35 років безпліддя в анамнезі мали 17,0% жінок, з них з первинним безпліддям було 63,0% жінок, з вторинним безпліддям – 6,0%, безпліддя у чоловіка – 1,0%. Невиношування вагітності відзначали 14,0% жінок 1-ї групи (у 3-й групі – 4,0%; $p < 0,05$), зокрема звичне невиношування вагітності – 4,0%, вагітності, що не розвиваються, – 3,0% (у 3-й групі – 1,0%; $p < 0,05$); медичні аборти – 34,0% (у 3-й групі – 12,0%; $p < 0,05$), у тому числі більше одного – 10,0% (у 3-й групі – 3,0%; $p < 0,05$).

Серед гінекологічних захворювань у жінок віком старше 35 років переважали хронічні запальні захворювання жіночих статевих органів – у 24,0% (у 3-й групі – 15,0%; $p < 0,05$), міома матки – 15,0%, ендометріоз – 1,0%, гіперплазія і поліпи ендометрія – 3,0%, кісти і кістоми яєчників – 5,0% (у 3-й групі – 1,0%; $p > 0,05$), синдром полікістозних яєчників – 14,0%. Дисфункціональні розлади менструального циклу мали 5,0% жінок 1-ї групи (у 3-й групі – 2,0%; $p < 0,05$). Крім того, патологію шийки матки в анамнезі мали 12,0% жінок віком старше 35 років (у 3-й групі – 10,0%). Поєднана гінекологічна патологія була у 15,0% жінок віком старше 35 років.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що група жінок віком старше 35 років мала украй несприятливий акушерсько-гінекологічний анамнез порівняно з групою жінок віком 20–25 років, що не могло не вплинути на перебіг вагітності і майбутніх пололів. Особливо обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез мали первородящі жінки віком старше 35 років за рахунок вищої частоти безпліддя, міоми матки і дисфункціональних порушень менструально-оваріального циклу. Ці чинники, мабуть, багато в чому визначили настання і виношування вагітності в більш пізньому віці.

На підставі вищевикладеного можна дійти висновку, що медико-соціальний портрет вагітних віком 35 років і старше характеризується переважанням жінок, що мають обтяжений соматичний і акушерсько-гінекологічний анамнез, вищу освіту, працюють і матеріально забезпечені. При формуванні тактики ведення цих жінок необхідно враховувати особливості соматичного і акушерсько-гінекологічного анамнезу, які можуть впливати на перебіг вагітності та її результат.

Actual aspects of medical-and-social description of primiparous in different age

A. O. Semenyuk

The objective: to learn the medical-and-social aspects of primiparous in different age.

Materials and methods. It was conducted retrospective and prospective analysis of motion of pregnancy, births and puerperium in 100 women more senior 35 years (1 group) and 100 girls-teenagers to 18 years (2 groups), which completed pregnancy births. The casual selections of histories of births served the group of comparison in 100 women in age 20–25 (3 groups). On every patient the specially developed map, information about age, professional harms, social and family status of mother, age and health of father of child, extragenital pathology, information about character of menstrual and genital function, sequence number of pregnancy, results of clinical inspections, anthropometric descriptions of women, body mass index, sizes of pelvis.

At the analysis of motion of pregnancy frequency of complications of pregnancy was determined taking into account the results of instrumental and laboratory methods of inspection, for the estimation of the state and development of fetus information of ultrasonic research was used, doppler.

Results. The group of women more senior 35 years had very much unfavorable obstetric-gynaecological anamnesis as compared to the group of women 20-25 years, that could not influence on motion of pregnancy and future births. Especially complicated obstetric-gynaecological anamnesis primiparous had more senior 35 years due to higher frequency of infertility, uterine fibroids and dysfunctional violations menstrual-ovarian to the cycle. These factors, presumably, in a great deal defined an offensive and maturing of pregnancy in more late age.

On the basis of foregoing it is possible to come to the conclusion, that medical-and-social portrait of pregnant in age 35 and more senior characterized by predominance of women, which have complicated somatic and obstetric-gynaecological anamnesis, higher education, work and financially weaker.

Conclusions. At forming of tactic of conduct of these women it is necessary to take into account features somatic and obstetric-gynaecological anamnesis, which can influence on motion of pregnancy and its result.

Keywords: *primiparous, medical-and-social description, actual aspects.*

Відомості про автора

Семенюк Андрій Олександрович – д-р філософії, кафедра акушерства, гінекології та перинатології, Національний університет охорони здоров'я імені П. Л. Шупика, м. Київ; тел.: (096) 931-75-92. E-mail: andrijsemenu@gmail.com
ORCID: 0009-0001-0652-7562

Information about the author

Semenyuk Andrey O. – Ph.D., department of obstetric, gynecology and perinatology, Shupyk National Healthcare University of Ukraine of MH Ukraine, Kiev; tel.: (096) 931-75-92. E-mail: andrijsemenu@gmail.com
ORCID: 0009-0001-0652-7562

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. :27:70-4.
2. Alfrevic Z., 2021. Doppler ultrasonography in high-risk pregnancies: systematic review with meta-analysis / Z. Alfrevic, J.P. Neilson // Am. J. Obstet. Gynecol.:172:1379–87.
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.:181:2:253-9.
4. Atalla R.K., 2022. Newborn acid-base status and umbilical cord morphology / R.K. Atalla, K. Abrams, S.C. Bell // Obstet. Gynecol. :92:865-98.

5. Barker D. J., 2023. The obstetric origins of health for a lifetime / D.J. Barker, K.L. Thornburg // Clin Obstet Gynecol.:56:3:511-9.
6. Bekmukhambetov Y., 2021. Metabolic and immunologic aspects of fetoplacental insufficiency / Y. Bekmukhambetov, A. Mamyrbayev, T. Dzharkeev [et al.] // Am J. Reprod Immunol.:76:4:299-306.
7. Behrman, 2022. R.E. Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention / R.E. Behrman, A.S. Butler (editors). – Washington (DC):1232.
8. Bogatti P., 2023. Feto-placental haemodynamics in growth retardation : A pulsed Doppler study / Bogatti P., Vaglio P.C., Rustia D. // Europ. J. Obstet. Gynecol.:31:3:213-9.
9. 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.:97:8:41-4.
10. Buchholz E.S., 2023. Children of adolescent mothers: are they at risk for abuse ? / Buchholz E.S., Korn-Bursztyn C. // Adolescence. :2:361-82.
11. 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.:45:12-6.
12. Campbell S., 2023. Doppler investigation of the fetal circulation / S. Campbell, S. Vyas, K.H. Nicolaides // J. of Perinatal Med.:19:12:21-6.
13. 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.:14:833-7.
14. Chernaia S.D., 2022. Update: consequences of abnormal fetal growth / S.D. Chernaia // J. Clin Endocrinol Metab.:97:3:689-95.