УДК 618.5-055.25:618.3-039:364.444

А.В. Чернов

Медико-соціальні особливості вагітних різного репродуктивного віку, які народжують уперше

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

Ukrainian Journal Health of Woman. 2025. 4(179): 10-15; doi: 10.15574/HW.2025.4(179).1015

For citation: Chernov AV. (2025). Medical and social characteristics of pregnant women giving birth for the first time in different age groups. Ukrainian Journal Health of Woman. 4(179): 10-15. doi: 10.15574/HW.2025.4(179).1015

Мета – оцінити значущість медико-соціальних факторів для здоров'я жінок різного репродуктивного віку, які народжують уперше.
Матеріали і методи. Проаналізовано медико-соціальні фактори здоров'я жінок відповідно до матеріалів 154 історій вагітності та пологів жінок, які народжують уперше, яких згідно з віком поділено на групи: I група – 78 вагітних віком 20–29 років, II група – 76 вагітних віком 30–40 років. Статистичну обробку результатів досліджень проведено з використанням стандартних програм «Microsoft Excel 7.0» і «Statistica 8.0».
Результати. Вагітні II групи достовірно частіше мали вищу освіту – 72,4% випадків проти 53,8% випадків у I групі; незакінчена вища і середня освіта була в II групі достовірно рідше – 1,3% випадків проти 21,8% випадків у I групі і відповідно 10,5% випадків проти 14,1% випадків. Загальна кількість шкідливих звичок становила в II групі 60,5% випадків проти 41,0% випадків у I групі. Обтяжений репродуктивний анамнез мали 47,4% жінок II групи проти 17,9% жінок I групи; загальна кількість гінекологічної патології в II групі становила 123,7% (одна жінка має декілька гінекологічних захворювань) випадків проти 62,7% випадків у I групі, що майже в 2 рази частіше в жінок віком від 30 років; обтяжений соматичний анамнез спостерігався в 100,0% (у кожної пацієнтки наявна в анамнезі екстрагенітальна патологія) випадках у II групі проти 44,8% у I групі.
Висновки. Медико-соціальні фактори ризику виникнення акушерських і перинатальних ускладнень у жінок, які народжують уперше, віком від 30 років: наявність шкідливих звичок, незареєстрований шлюб, обтяжений репродуктивний, акушерсько-гінекологічний і соматичний анамнез.
Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення дослідження отримано інформовану згоду жінок.
Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.
Ключові слова: вагітні, які народжують вперше, репродуктивний вік, соціальні особливості, соматичний анамнез, репродуктивний анамнез, гінекологічний анамнез.

Medical and social characteristics of pregnant women giving birth for the first time in different age groups

A.V. Chernov
Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

Aim – to assess the significance of medical and social factors for the health of women giving birth for the first time, of different reproductive ages.
Materials and methods. The medical and social factors of women's health were analyzed according to the materials of 154 pregnancy and childbirth histories (form 096/0) of women giving birth for the first time, who were divided into groups according to age: Group I of the study – 78 pregnant women aged 20–29, Group II – 76 pregnant women aged 30–40. Statistical processing of research results was carried out using standard programs «Microsoft Excel 7.0» and «Statistica 8.0».
Results. Pregnant women in group II were significantly more likely to have higher education (72.4% of cases versus 53.8% of cases in group I); incomplete higher and secondary education was observed significantly less often in group II – 1.3% of cases versus 21.8% and 10.5% of cases versus 14.1% of cases in group I. The total number of harmful habits in group II was 60.5% of cases versus 41.0% of cases in group I. 47.4% of women in group II had a complicated reproductive history compared to 17.9% of women in group I; the total number of gynecological pathologies in group II was 123.7% (one woman has several gynecological diseases) of cases, compared to 62.7% of cases in group I, which is almost 2 times more common in women over 30 years old; A burdened somatic history was observed in 100.0% (each patient had a history of extragenital pathology) of cases in group II versus 44.8% in group I.
Conclusions. The following are the medical and social risk factors for the occurrence of obstetric and perinatal complications in women over 30 years of age who are giving birth for the first time: the presence of harmful habits, unregistered marriage, a burdened reproductive, obstetric-gynecological and somatic history.
The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. The study protocol was approved by the Local Ethics Committee of the institution mentioned in the paper. The informed consent of the patient was obtained for conducting the studies.
No conflict of interests was declared by the authors.
Keywords: pregnant women giving birth for the first time, reproductive age, social characteristics, somatic history, reproductive history, gynecological history.

Одним із найважливіших завдань сучасного акушерства є профілактика перинатальної захворюваності і смертності, особливо у вагітних групи високого ризику. Важливість зазначеного визначається тим, що високий рівень перинатальної захворюваності, низький рівень здоров'я новонароджених не тільки безпосередньо погіршують здоров'я нації, але й створюють реальну загрозу зниження репродуктивного потенціалу після досягнення цими поколіннями репродуктивного віку. Незважаючи на те, що у визначенні ступеня ризику перинатальної патології вік вагітної розглядають як фактор підвищеного ризику, нині все ще не визначено, який вік слід вважати таким. Немає також одностайної думки щодо того, чи є вік жінки, яка народжує вперше, взагалі фактором підвищеного ризику [2,6,10,17].

Соціально-економічні події в Україні останніми десятиліттями значною мірою відбиваються на демографічних процесах і формуванні здоров'я населення (різко знижується рівень народжуваності, збільшується показник смертності населення, скорочується середня тривалість життя, погіршуються показники здоров'я підлітків і жінок) [11,22].

Більшість дослідників вказують на зростання акушерського ризику у вагітних, особливо в тих, які народжують уперше, віком від 30 років [8,15,17]. За даними різних авторів, ризик розвитку акушерської і перинатальної патології в жінок віком від 30 років щодо такого у вагітних, які народжують уперше, віком від 20–29 років, вищий у кілька разів [5,13,21].

Незалежно від паритету у вагітних пізнього репродуктивного віку значно частіше розвивається гестаційний діабет, прееклампсія і передлежання плаценти, перебіг пологів у них частіше ускладнюється передчасним вилиттям навколоплідних вод, кровотечею, народженням дітей в асфіксії. Причому частота зазначених ускладнень у жінок, що народжують уперше, ще вища [9].

Існує думка, що ускладнення вагітності й пологів, а також несприятливі перинатальні наслідки в жінок пізнього репродуктивного віку обумовлені переважно супутньою екстрагенітальною патологією і пов'язаними з нею ускладненнями [10,17,18]. Ряд авторів наголошують, що негативний вплив віку на пологи й перинатальні наслідки починає проявлятися вже після 30 років, і значною мірою це обумовлено наявністю в пацієнток цього віку хронічних захворювань [1,19].

Серед факторів ризику акушерської й перинатальної патології деякі автори виділяють соціально-біологічні, серед яких вік матері оцінюється в більш високих балах ступеня ризику (3–4 бали), за системою оцінювання перинатального ризику A.T. Coopland та співавт. – 2 бали [3].

Враховуючи вищевикладене, у жінок віком від 30 років слід проводити цілеспрямовані заходи щодо профілактики різних ускладнень у матері й плода.

Мета дослідження – оцінити значущість медико-соціальних факторів для здоров'я жінок, які народжують уперше, різного репродуктивного віку.

Матеріали і методи дослідження

На клінічній базі кафедри репродуктивної та пренатальної медицини Національного університету охорони здоров'я України КНП «Київський міський центр репродуктивної та перинатальної медицини» проаналізовано медико-соціальні фактори здоров'я жінок відповідно до матеріалів 154 історій вагітності та пологів (форма 096/0) жінок, які народжують уперше, яких згідно з віком поділено на групи: I група – 78 вагітних, які мали низький перинатальний ризик, віком 20–29 років, II група – 76 вагітних віком 30–40 років.

Математичні методи дослідження виконано згідно з рекомендаціями О.П. Мінцера [14] з використанням комп'ютера «Pentium-IV». Достовірність відміни пари середніх обчислено за допомогою критеріїв Стьюдента і Фішера. Статистичну обробку результатів досліджень проведено з використанням стандартних програм «Microsoft Excel 7.0» і «Statistica 8.0». Статистично значущими прийнято розбіжності за $p<0,05$.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення дослідження отримано інформовану згоду жінок.

Результати дослідження та їх обговорення

Соціальний статус у групах дослідження наведено в таблиці 1.

Контингент пацієнток II групи представлений переважно службовцями – 56 (73,7%) жінок проти 28 (35,9%) – у I групі; $p<0,05$. До розряду

Таблиця 1

Соціальний статус жінок досліджуваних груп, абс. (%)

Фактори	I група (n=78)	II група (n=76)
Професія		
Службовці	28 (35,9)	56 (73,7)*
Робітники	4 (5,2)	3 (3,9)
Учні	39 (50,0)	0
Домогосподарки	7 (8,9)	17 (22,4)*
Освіта		
Вища	42 (53,8)	55 (72,4)*
Незакінчена вища	17 (21,8)	1 (1,3)*
Середня спеціальна	8 (10,3)	12 (15,8)
Середня	11 (14,1)	8 (10,5)*
Матеріальне забезпечення		
Недостатньо коштів на харчування	3 (3,8)	0
Достатньо коштів тільки на харчування	27 (34,6)	6 (7,8)*
Можуть дозволити собі купувати дороговартісні речі	41 (52,6)	54 (71,1)*
Проблем немає	7 (9,0)	16 (21,1)*
Паритет шлюбу		
Шлюб зареєстрований	56 (71,8)	49 (64,5)
Громадянський шлюб	22 (28,2)	18 (23,7)
Самотня	0	9 (11,8)*
Повторний шлюб	4 (5,1)	21 (27,6)

Примітка: * – достовірність відносно I групи (p<0,05).

домогосподарок належало 17 (22,4%) жінок II групи проти 7 (8,9%) пацієнток I групи; p<0,05.

Жінки II групи достовірно частіше мають вищу освіту – 55 (72,4%) випадків проти 42 (53,8%) випадків у I групі; p<0,05; незакінчена вища освіта та середня освіта спостерігалася в II групі дослідження достовірно рідше – 1 (1,3%) випадок проти 17 (21,8%) випадків у I групі і відповідно 8 (10,5%) випадків проти 11 (14,1%) випадків; p<0,05 (табл. 2).

В обох групах дослідження більшість жінок мають вищу освіту, простежується тенденція до зростання кількості жінок, які мають вищу освіту, зі збільшенням віку.

За даними таблиці 1, за власним оцінюванням жінок, серйозні матеріальні труднощі відчуває майже кожна 3-тя вагітна I групи – 30 (38,5%) жінок, а в II групі їх достовірно менше – 6 (7,8%) пацієнток; p<0,05.

Більшість жінок обох досліджуваних груп перебувають у зареєстрованому шлюбі – 56 (71,8%) випадків у I групі та 49 (64,8%) випадків у II групі, але в II групі кількість самотніх жінок достовірно вища – 9 (11,8%) випадків проти відсутності цього показника в I групі; p<0,05. Повторні шлюби в II групі – у 21 (27,6%) жінки проти 4 (5,1%) пацієнток I групи; p<0,05. У всіх досліджуваних групах жінок відносини в шлюбі характеризуються як сприятливі.

У таблиці 2 наведено дані про шкідливі звички в обстежених групах. У II групі достовірно частіше реєструвалося куріння в пацієнток – 31 (40,7%) випадок проти 22 (28,2%) випадків у I групі; p<0,05. Загальна кількість шкідливих звичок також була характерною для жінок II групи – 46 (60,5%) випадків проти 32 (41,0%) випадків у I групі; p<0,05.

Обтяжений репродуктивний анамнез (табл. 3) мали 36 (47,4%) жінок II групи проти 14 (17,9%) пацієнток I групи; p<0,05. Враховуючи те, що вагітні II групи мали по 2–3 гінекологічні патології, тому загальна кількість гінекологічної патології (табл. 4) у II групі становила 94 (123,7%) випадки проти 52 (66,7%) випадків у I групі;

Таблиця 2

Шкідливі звички в жінок досліджуваних груп, абс. (%)

Шкідлива звичка	I група (n=78)	II група (n=76)
Куріння	22 (28,2)	31 (40,7)*
Вживання алкоголю	7 (8,9)	11 (14,4)
Вживання заборонених речовин	3 (3,8)	4 (5,2)
Усього	32 (41,0)	46 (60,5)*

*Примітка: * – достовірність відносно I групи (p<0,05).*

Таблиця 3

Репродуктивний анамнез у жінок досліджуваних груп, абс. (%)

Дані анамнезу	I група (n=78)	II група (n=76)
Медичний аборт	6 (7,7)	17 (22,4)
Самовільний аборт	4 (5,1)	9 (11,8)
Вагітність, яка не розвивається	2 (2,6)	4 (5,3)
Усього	14 (17,9)	36 (47,4)*

*Примітка: * – достовірність відносно I групи (p<0,05).*

Таблиця 4

Гінекологічна патологія в жінок досліджуваних груп абс. (%)

Гінекологічна патологія	I група (n=78)	II група (n=76)
Патологія шийки матки	17 (21,7)	24 (31,5)
Запальні захворювання органів малого таза	22 (15,3)	27 (35,5)
Пухлини яєчників	2 (2,6)	8 (10,5)
Лейоміома матки	3 (3,8)	13 (17,1)
Безпліддя в анамнезі	2 (2,6)	14 (18,4)
Гормональна дисфункція	6 (7,7)	8 (10,5)
Усього	52 (66,7)	94 (123,7)*

*Примітка: * – достовірність відносно I групи (p<0,05).*

p<0,05. Це майже в 2 рази частіше в жінок віком від 30 років; кожна пацієнтка II групи мала в анамнезі екстрагенітальну патологію (табл. 5) – 76 (100,0%) випадків проти 35 (44,8%) випадків у I групі, p<0,05.

Серед гінекологічних захворювань у жінок II групи переважали хронічні запальні захворювання жіночих статевих органів – у 2,3 раза порівняно з I групою, лейоміома матки переважала у 4,5 разу, безпліддя в анамнезі – у 7 разів, дисфункціональні розлади менструального циклу – в 1,3 разу. Крім того, патологію шийки матки в анамнезі мала кожна третя жінка в II групі – 24 (31,5%) випадки проти 17 (21,7%) випадків у I групі. Поєднану гінекологічну патологію мали 17 (22,4%) жінок віком від 30 років (II група).

Отже, група жінок віком від 30 років мала вкрай несприятливий акушерсько-гінекологічний анамнез порівняно з групою жінок 20–29 років, що не могло не вплинути на перебіг вагітності і майбутні пологи. Особливо обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез мали жінки, які народжують уперше, віком від 30 років за рахунок вищої частоти безпліддя, лейоміоми матки і дисфункціональних порушень менструально-овариального циклу. Ці фактори, імовірно, багато в чому визначають настання і виношування вагітності в пізнішому віці.

Захворювання серцево-судинної системи в жінок II групи відзначалися у 24 (36,8%) випадках проти 4 (5,1%) випадків у I групі; p<0,05. Хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту і гепатобіліарної системи спостерігалися

Таблиця 5

Екстрагенітальна патологія в жінок досліджуваних груп, абс. (%)

Екстрагенітальна патологія	I група (n=78)	II група (n=76)
Хвороби дихальної системи	8 (10,3)	15 (19,7)
Хвороби шлунково-кишкового тракту	12 (15,4)	8 (10,5)
Хвороби серця і судин	4 (5,1)	24 (36,8)*
Ендокринна патологія	5 (6,4)	19 (25,0)*
Хвороби сечовидільної системи	6 (7,7)	10 (13,2)
Усього	35 (44,8)	76 (100,0)*

Примітка: * – достовірність відносно I групи (p<0,05).

у 8 (10,5%) пацієнток II групи і у 12 (15,4%) жінок I групи. Серед ендокринних захворювань переважало ожиріння, тиреоїдна патологія і цукровий діабет – у II групі ця патологія спостерігалася у 19 (25,0%) випадках проти 5 (6,4%) випадків у I групі, p<0,05. Середня частота соматичної патології в II групі становила 1,0 випадку, а в I групі – 0,4 випадку на одну жінку.

Кількість жінок, які народжують уперше, віком від 30 років зростає з року в рік не тільки в Україні, але й у всіх економічно розвинених країнах, що пов'язано зі збільшенням професійної ролі жінки в суспільстві та на тлі підвищення рівня акушерської й педіатричної допомоги, розвитку репродуктивних технологій [18,20].

Більшість авторів вказують, що вагітність у жінок віком від 30 років перебігає патологічно, а пологи супроводжуються низкою тяжких ускладнень як для матері, так і для дитини [4]. Немає одностайної думки щодо питання про метод розродження цих жінок. Сучасні дослідники вважають, що вік жінок від 30 років слід розцінювати як фактор підвищеного ризику для абдомінального розродження [7,12,16].

Не проведено досліджень, що визначають достовірну кореляцію між віком жінки, яка народжує вперше, ступенем перинатального ризику і частотою перинатальної захворюваності, отже, не встановлено чітких меж віку, за яких вагітну достовірно можна віднести до групи високого ризику.

Незважаючи на величезний інтерес до перебігу вагітності й пологів, а також перинатальних результатів у жінок, які народжують уперше, віком від 30 років, проблема профілактики та ранньої діагностики акушерських і перинатальних ускладнень у них далека від вирішення.

Проведені дослідження дійшли невтішного висновку, що медико-соціальний портрет вагітних віком від 30 років характеризується переважанням жінок, які мають вищу освіту і працюють, обтяжений соматичний і акушерсько-гінекологічний анамнез. Формуючи тактику ведення цих жінок, слід враховувати особливості соматичного і акушерсько-гінекологічного анамнезу, які можуть впливати протягом вагітності та на її результат.

Висновки

Медико-соціальні фактори ризику виникнення акушерських і перинатальних ускладнень у жінок, які народжують уперше, віком від 30 років такі: наявність шкідливих звичок, незареєстрований шлюб, обтяжений репродуктивний, акушерсько-гінекологічний і соматичний анамнез.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

1. Brownfoot F, Rolnik D. (2024). Prevention of preeclampsia. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 93: 102481.
2. Chang KJ, Seow KM, Chen KH. (2023, Feb 8). Preeclampsia: Recent Advances in Predicting, Preventing, and Managing the Maternal and Fetal Life-Threatening Condition. Int J Environ Res Public Health. 20(4): 2994. doi: 10.3390/ijerph20042994. PMID: 36833689; PMCID: PMC9962022.
3. Coopland AT et al. (1977). A perinatal risk scoring system. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 129(2): 165-168.
4. Dennehy N, Lees C. (2022). Preeclampsia: Maternal cardiovascular function and optimising outcomes. Early Hum Dev. 174: 105669.
5. Dines V, Šuvakov S, Kattah A et al. (2023). Preeclampsia and the Kidney: Pathophysiology and Clinical Implications. Compr Physiol. 13(1): 4231-4267.
6. D'Souza R, Roberts J, Kingdom J. (2023). Cesarean section rates in advanced maternal age. Curr Opin Obstet Gynecol. 35(2): 162-168.

7. Erez O, Romero R, Jung E et al. (2022). Preeclampsia and eclampsia: the conceptual evolution of a syndrome. Am J Obstet Gynecol. 226(2S): S786-S803.
8. Han C, Chen Y, Dong J. (2021). Prothrombotic state associated with preeclampsia. Curr Opin Hematol. 28: 323-330.
9. Ives C, Sinkey R, I. Rajapreyar et al. (2020). Preeclampsia-Pathophysiology and Clinical Presentations: JACC State-of-the-Art Review. J Am Coll Cardiol. 76(14): 1690-1702.
10. Khalil A, D'Souza R, Kulkarni A et al. (2020). Association between advanced maternal age and cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol. 222(3): 284-285.
11. Libanova E. Demographic challenges of Ukraine and ways to overcome them. Demography and Social Economy. 2023;1(51):3-22. Ukrainian. doi: 10.15407/dse2023.01.003.
12. Ma'ayeh M, Costantine MM. (2020, Oct). Prevention of preeclampsia. Semin Fetal Neonatal Med. 25(5): 101123. Epub 2020 Jun 2. doi: 10.1016/j.siny.2020.101123. PMID: 32513597; PMCID: PMC8236336.
13. Miller D, Motomura K, Galaz J et al. (2021). Cellular immune responses in the pathophysiology of preeclampsia. J Leukoc Biol. 111: 237-260.
14. Mintser AP. (2018). Statisticheskie metodyi issledovaniya v klinicheskoy meditsine. Prakticheskaya meditsina. 3: 41-45.
15. Morais M, Morais-Almeida M, Silva M et al. (2021). The relationship between maternal age and adverse neonatal outcomes: a systematic review. J Perinat Med. 49(1): 15-23.
16. Opichka MA, Rappelt MW, Gutterman DD, Grobe JL, McIntosh JJ. (2021, Nov 6). Vascular Dysfunction in Preeclampsia. Cells. 10(11): 3055. doi: 10.3390/cells10113055. PMID: 34831277; PMCID: PMC8616535.
17. Poon LC, Son M, Zand M et al. (2022). Maternal age and adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. JAMA Network Open. 5(6): e2216515.
18. Roberts JM, Myatt L. (2021). Preeclampsia: A common multifactorial syndrome. Circ Res. 128(9): 1324-1339.
19. Roberts J. (2024). Preeclampsia epidemiology(ies) and pathophysiology(ies). Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 94: 102480.
20. Tamas P, Farkas B, Betlehem J. (2025, Apr 6). Practical Considerations Concerning Preeclampsia Subgroups. J Clin Med. 14(7): 2498. doi: 10.3390/jcm14072498. PMID: 40217948; PMCID: PMC11989745.
21. Wang Y, Li B, Zhao Y. (2022, Jul 8). Inflammation in Preeclampsia: Genetic Biomarkers, Mechanisms, and Therapeutic Strategies. Front Immunol. 13: 883404. doi: 10.3389/fimmu.2022.883404. PMID: 35880174; PMCID: PMC9307876.
22. World Bank. (2024). Life expectancy at birth, total (years) – Ukraine. Washington (DC): World Bank Group. URL: https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=UA.

Відомості про автора:
Чернов Артем Володимирович – к.мед.н., докторант НУОЗ України ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел.: +38 (044) 489-35-64.
https://orcid.org/0009-0001-1289-318X.
Стаття надійшла до редакції 26.06.2025 р.; прийнята до друку 16.09.2025 р.