

Стан репродуктивного здоров'я та особливості перебігу вагітності й пологів у жінок, які народжують уперше

А. В. Чернов

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

Мета дослідження: вивчення стану репродуктивного здоров'я та порівняльний аналіз особливостей перебігу вагітності, пологів і перинатальних наслідків у жінок різного репродуктивного віку, які народжують вперше.

Матеріали та методи. Проаналізовано стан репродуктивного здоров'я, перебіг вагітності, пологів, післяпологового періоду та стан новонароджених на основі 174 історій вагітності й пологів жінок, які народжували вперше. Учасниці дослідження були розподілені за віковими категоріями на 2 групи: I група – 85 вагітних віком 20–29 років; II група – 89 вагітних віком 30–40 років.

Результати. У 65,2% жінок, які народжували вперше після 30 років, вагітність протікала на тлі різних екстрагенітальних захворювань. Лише у 26,9% вагітних старше 30 років відмічено фізіологічний перебіг вагітності. Загроза переривання вагітності у цієї групи жінок спостерігається в 1,9 раза частіше, ніж у вагітних віком до 30 років. Пreeклампсія ускладнює перебіг вагітності у кожної п'ятої жінки (21,3%); частота кесаревого розтину достовірно перевищує (у 4,7 раза) таку у молодших жінок. У 10,2% дітей, народжених у жінок старше 30 років, діагностується затримка росту, 17,0% дітей мають асфіксію. Перебіг раннього неонатального періоду ускладнювався в 9,1% випадків постгіпоксичною енцефалопатією, у 5,7% – синдромом дихальних розладів, у 9,1% – гіпербілірубінемією, у 6,8% – геморагічним синдромом.

Висновки. Жінки віком 30 років і старше, які народжують вперше, мають обтяжений соматичний, репродуктивний та гінекологічний анамнез. Частота екстрагенітальної патології у них становила 65,2%, серед яких провідну позицію займала анемія (34,8% пацієнток). Вагітність у цієї когорти жінок ускладнюється достовірно вищою частотою загрози переривання, плацентарної недостатності, синдрому затримки росту плода та пreeклампсії. Частота абдомінального розродження у них у 4,7 раза перевищувала таку у жінок віком до 30 років.

Ключові слова: репродуктивний вік, вагітність, жінки, які народжують уперше, вік вагітної, перебіг вагітності, перебіг пологів, післяпологовий період, ускладнення вагітності та пологів, кесарів розтин, післяопераційний період.

Reproductive health status and characteristics of pregnancy and childbirth in women giving birth for the first time

A. V. Chernov

The objective: to study the state of reproductive health and conduct a comparative analysis of the characteristics of pregnancy, childbirth, and perinatal outcomes in women giving birth for the first time of different reproductive ages.

Materials and methods. The state of reproductive health, the course of pregnancy, childbirth, the postpartum period, and the condition of newborns were analyzed according to the materials of 174 pregnancy and childbirth histories of women giving birth for the first time. The participants were divided into 2 groups according to age: group I – 85 pregnant women aged 20–29 years, group II – 89 pregnant women aged 30–40 years.

Results. In 65.2% of women who give birth for the first time after 30 years and older, pregnancy occurs against the background of various extragenital diseases. Only in 26.9% of such women, there is a physiological pregnancy course. The threat of pregnancy interruption in them is observed 1.9 times more often than in primiparous women under 30 years of age. Preeclampsia complicates the course of pregnancy in every fifth woman (21.3%); the frequency of cesarean section is significantly more often (4.7 times) than in younger primiparous women. In 10.2% of children born to mothers after 30 years and older, fetal growth retardation syndrome was diagnosed, 17.0% of children were born with asphyxia. The course of the early neonatal period in them in 9.1% of cases was complicated by posthypoxic encephalopathy, in 5.7% – respiratory distress syndrome, 9.1% – hyperbilirubinemia, 6.8% – hemorrhagic syndrome.

Conclusions. Women aged 30 years and older, who give birth for the first time, have a burdened somatic, reproductive and gynecological history. The frequency of extragenital pathology in them is 65.2%, anemia takes the leading place (34.8% of patients). In these women the pregnancy is complicated by a significantly high threatened pregnancy interruption rate, placental insufficiency, fetal growth retardation syndrome and preeclampsia. The frequency of abdominal delivery in them is 4.7 times higher than that in primiparous patients younger than 30 years.

Keywords: reproductive age, pregnancy, women giving birth for the first time, age of the pregnant woman, pregnancy course, course of childbirth, postpartum period, complications of pregnancy and childbirth, cesarean section, postoperative period.

Існує думка, що ускладнення вагітності й пологів та несприятливі перинатальні наслідки у жінок пізнього репродуктивного віку зумовлені передусім супутньою екстрагенітальною патологією і пов'язаними з нею ускладненнями [1, 2]. Деякі автори підкреслюють, що негативний вплив віку на пологи та перинатальні наслідки починає проявлятися вже після 30 років, і значною мірою це зумовлено наявністю у пацієнток цього віку хронічних соматичних захворювань [3, 4].

За своєю значущістю серед екстрагенітальних захворювань у жінок після 30 років особливе місце посідає анемія. За даними різних авторів, під час вагітності вона виявляється у 49–60% жінок [5]. Анемія під час вагітності є важливим фактором ризику розвитку супутніх тяжких акушерських ускладнень. При тяжких формах анемії материнська смертність досягає 852 випадків на 100 000 живонароджених [6, 7]. Існують відомості про негативний вплив залізодефіцитної анемії на стан дітей при народженні [8]. Близько 13% цих дітей народжуються в асфіксії різного ступеня тяжкості, а у кожної п'ятої дитини відзначаються різні ускладнення неонатального періоду [9]. У 37,1% хворих з анемією та у 56,1% пацієнток при її поєднанні з пієлонефритом протягом вагітності розвиваються гемодинамічні порушення в системі мати – плацента – плід, а у 37,1% та 26,8% відповідно народжуються діти із затримкою росту плода (ЗРП) [10]. Про значну роль анемії як чинника підвищеного ризику розвитку ЗРП зазначають й інші автори [11].

Друге місце за частотою серед захворювань у вагітних посідає пієлонефрит, який трапляється у 6–12,2% жінок [12]. Під час вагітності виникають сприятливі умови для активації та загострення латентної інфекції в нирках, що спричиняє розвиток гестаційного пієлонефриту. У третини хворих хронічний пієлонефрит загострюється в гестаційному періоді, причому у деяких – неодноразово [13]. Відомо, що при пієлонефриті відзначається висока частота розвитку прееклампсії (44–80%), що є одним із найбільш серйозних ускладнень вагітності [14, 15]. Так само, як і при анемії, у хворих на пієлонефрит спостерігається висока частота мимовільного переривання вагітності – до 20%, а також передчасних пологів – до 30% [16].

Як при анемії, так і при пієлонефриті значно зростає ризик розвитку плацентарної недостатності, основними проявами якої є прееклампсія та ЗРП, а також народження дітей із низькою масою тіла. Вивчення фізичних показників у новонароджених, які народилися у матерів з анемією та пієлонефритом, свідчить про закономірний розвиток ЗРП [17].

Значну проблему під час вагітності становить хронічна артеріальна гіпертензія (ХАГ), яка нерідко ускладнюється розвитком прееклампсії, у тому числі екклампсії [18, 19]. Більше ніж у половини вагітних із ХАГ вже у терміні гестації 14–16 тиж. виявляються порушення матково-плацентарно-плодового кровообігу [20]. У вагітних із ХАГ більш ніж у 2 рази частіше народжуються діти із ЗРП [21]. Ще більш виражене збільшення частоти ЗРП відзначається у пацієнток із ХАГ віком понад 30 років [22]. Також доведено, що перинатальна смертність за наявності ЗРП у дітей, народжених жінками з

ХАГ, більш ніж у 2 рази перевищує показники соматично здорових жінок до 30 років [23, 24].

Одним із найбільш серйозних ускладнень вагітності (як для матері, так і для плода) і водночас найчастішою причиною розвитку плацентарної недостатності є прееклампсія [1, 23]. На сьогодні прееклампсія розглядається як різновид так званої хвороби адаптації, при цьому визначають 2 основні пускові механізми синдрому дезадаптації. Один із них зумовлений первинною дифузійно-перфузійною недостатністю матково-плацентарного кровообігу, інший – екстрагенітальною патологією, особливо порушенням кровообігу в нирках. Обидва варіанти в кінцевому підсумку призводять до розвитку синдрому поліорганної недостатності, але з різними клінічними перебігом та наслідками [3, 24]. Природно, що високий рівень екстрагенітальної патології у жінок пізнього репродуктивного віку не може не супроводжуватися високою частотою розвитку ускладнень вагітності, зокрема прееклампсії, причому деякими авторами саме вік вагітної розглядається як фактор підвищеного ризику розвитку цієї патології [1, 4, 25]. Водночас прееклампсія, як і раніше, продовжує займати одне з провідних місць у структурі причин материнської та перинатальної смертності [20, 25].

Отже, згідно з даними літератури, нині немає одностайності щодо питання, чи впливає вік жінки, яка народжує вперше, на перебіг вагітності та частоту розвитку акушерських і перинатальних ускладнень.

Мета дослідження: вивчення стану репродуктивного здоров'я та порівняльний аналіз особливостей перебігу вагітності, пологів і перинатальних наслідків у жінок різного репродуктивного віку, які народжують вперше.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення мети проведено проспективне дослідження за період 2022–2024 рр. на клінічній базі кафедри репродуктивної та перинатальної медицини Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика (НУОЗУ), Комунального некомерційного підприємства (КНП) «Київський міський центр репродуктивної та перинатальної медицини» та на базі КНП «Київський міський пологовий будинок № 3». На основі 174 історій вагітності й пологів жінок різних вікових груп, які народжували вперше, здійснено аналіз їхнього репродуктивного здоров'я, особливостей перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду та стану новонароджених. Жінок розподілено за віком на 2 групи: I група – 85 вагітних віком 20–29 років; II група – 89 вагітних віком 30–40 років.

Математичні методи дослідження були застосовані згідно з рекомендаціями проф. О. П. Мінцера [26]. Достовірність відмінностей пар середніх обчислювалася за допомогою критеріїв Стюдента та Фішера. Статистичну обробку результатів дослідження здійснювали з використанням програмного забезпечення Microsoft Excel 7.0 і Statistica 8.0. Статистично значущими вважалися відмінності при $p < 0,05$.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено локальним етичним комітетом НУОЗУ імені П. Л. Шупика.

На проведення дослідження отримано інформовану згоду жінок.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Згідно з отриманими даними (табл. 1), 62 (72,9%) вагітні I групи були практично здоровими. Анамнестичні дані, а також результати клініко-лабораторного обстеження вагітних II групи показали, що лише 35 (39,2%) жінок були практично здоровими. У вагітних I групи із соматичних захворювань найчастіше виявлялася анемія – в 11 (12,9%) випадках, переважно легкого ступеня – у 8 (9,4%) випадках. Випадків анемії важкого ступеня у пацієнток I групи не виявлено. З однаковою частотою – по 4 (4,7%) випадки – у пацієнток цієї групи діагностували хронічний пієлонефрит і його поєднання з анемією. У 3 жінок із числа хворих на пієлонефрит у 1-й половині вагітності спостерігалось його загострення. Із соматичних захворювань у вагітних II групи найчастіше також виявлялася анемія – 31 (34,8%) випадок ($p < 0,05$), що було достовірно частіше й у 2,7 раза вище, ніж у I групі дослідження. Анемія була переважно легкого ступеня у 21 (23,6%) вагітної, однак нерідко у пацієнток цієї групи діагностувалася анемія середнього ступеня – у 7 (7,8%) випадках, а також важкого ступеня – у 3 (3,4%) випадках; при цьому у жінок старше 30 років (II група) анемія середнього ступеня тяжкості виявлялася частіше у 2,2 раза, ніж у молодшому віці (I група).

Серед загальної кількості жінок I групи у 69 (81,2%) поточна вагітність була першою. У вагітних II групи, старшого репродуктивного віку, у 61 (68,5%) випадку поточна вагітність була першою. У 16 (18,8%) жінок I групи в анамнезі було від 1 до 3 вагітностей, які були перервані штучним шляхом або перервалися мимовільно, та у 2 (2,6%) випадках попередня вагітність була ектопічною (табл. 2).

У 28 пацієнток (32,5%) II групи в анамнезі також були випадки мимовільного викидня та штучного переривання вагітності, а також вагітність, що не розвивалася. У 32 (35,9%) жінок II групи причиною пізнього настання поточної першої вагітності стало пізнє одруження, у 16 (17,9%) – первинне безпліддя, у 13 (14,6%) – застосування контрацептивних технологій у зв'язку з відсутністю бажання мати дітей у молодшому віці.

Таким чином, обтяжений репродуктивний анамнез мали 32,5% жінок старшого репродуктивного віку (II група) проти 18,8% випадків у жінок молодшого репродуктивного віку (I група), що було достовірно вище в 1,7 раза ($p < 0,05$).

Проведений аналіз гінекологічного анамнезу (табл. 3) в досліджуваних групах продемонстрував, що гінекологічна патологія достовірно частіше відзначалася у жінок II групи – обтяжений гінекологічний анамнез у 3 рази частіше мали жінки старшого репродуктивного віку ($p < 0,05$).

Аналіз перебігу поточної вагітності (табл. 4) продемонстрував, що майже у половини жінок I групи – 39 (45,9%) – вагітність протікала без будь-яких ускладнень. Менш ніж у третини жінок II групи – 24 (26,9%) – вагітність відбувалася без ускладнень. Найчастішим ускладненням у жінок під час вагітності було блюван-

Таблиця 1

Екстрагенітальна патологія в обстежених вагітних (абс. ч., %)

Екстрагенітальна патологія	I група (n = 85)	II група (n = 89)
Практично здорові	62 (72,9)	31 (34,8)
Анемія: легка	11 (12,9)	31 (34,8)*
середнього ступеня	8 (9,4)	21 (23,6)
тяжка	3 (3,5)	7 (7,8)
	–	3 (3,4)
Хронічний пієлонефрит	4 (4,7)	11 (12,4)*
Хвороби серця та судин	1 (1,2)	5 (5,6)*
Ендокринна патологія	4 (4,7)	7 (7,8)*
Хвороби шлунково-кишкового тракту	3 (3,5)	4 (4,5)
Усього жінок з екстрагенітальною патологією	23 (27,1)	58 (65,2)*

Примітка: * – достовірність відносно I групи при $p < 0,05$.

Таблиця 2

Репродуктивний анамнез у досліджуваних групах (абс. ч., %)

Дані анамнезу	I група (n = 85)	II група (n = 89)
Медичний аборт	9 (10,6)	16 (17,9)
Самовільний аборт	5 (5,8)	9 (10,1)
Вагітність, яка не розвивається	2 (2,4)	4 (4,5)
Загалом обтяжений акушерський анамнез	16 (18,8)	29 (32,5)*
Вагітність перша	69 (81,2)	61 (68,5)

Примітка: * – достовірність відносно I групи при $p < 0,05$.

Таблиця 3

Гінекологічна патологія у досліджуваних групах (абс. ч., %)

Гінекологічна патологія	I група (n = 85)	II група (n = 89)
Патологія шийки матки	7 (21,7)	14 (15,7)
Запальні захворювання органів малого таза	5 (15,3)	17 (19,1)
Пухлини яєчників	–	4 (4,5)
Лейоміома матки	1 (3,8)	7 (7,9)
Безпліддя в анамнезі	2 (2,6)	16 (18,0)
Гормональна дисфункція	6 (7,7)	8 (9,0)
Загалом	21 (24,7)	66 (74,2)*

Примітка: * – достовірність відносно I групи при $p < 0,05$.

ня в обох групах дослідження, яке відзначалося майже у кожній четвертій вагітній I групи, але частота його в II групі відзначалася частіше більш ніж в 1,3 раза. Лише у 4,7% випадків блювання у вагітних I групи було середнього ступеня тяжкості, що потребувало лікування в гінекологічному відділенні.

Частота гестаційної анемії була достовірно вищою в 1,8 раза у II групі ($p < 0,05$).

Таблиця 4

**Ускладнення вагітності
в досліджуваних групах (абс. ч., %)**

Ускладнення	I група (n = 85)	II група (n = 89)
Загроза переривання вагітності	8 (9,4)	16 (17,9)*
Блювання	20 (23,5)	28 (31,4)
Загроза передчасних пологів	3 (3,5)	12 (13,5)*
ПРЕЕКЛАМПСІЯ: помірна тяжка	5 (5,9) 4 (4,7) 1 (1,2)	19 (21,3)* 14 (15,7) 5 (5,6)*
Гестаційна анемія	12 (14,1)	23 (25,8)*
Гестаційний пієлонефрит	5 (5,9)	11 (12,4)
Гестаційний цукровий діабет	2 (2,4)	5 (5,6)
Плацентарна недостатність	6 (7,1)	21 (23,6)*
ЗРП	3 (3,5)	7 (7,9)*
Передчасний розрив плодових оболонок	5 (5,8)	13 (14,6)*

Примітки: * – достовірність відносно I групи при $p < 0,05$; ЗРП – затримка росту плода.

Таблиця 5

**Структура та частота ускладнень під час пологів
у досліджуваних групах (абс. ч., %)**

Ускладнення	I група (n = 85)	II група (n = 89)
Своєчасні пологи	81 (95,3)	78 (87,6)
Передчасні пологи	4 (4,7)	11 (12,4)*
Передчасний розрив плодових оболонок	5 (5,8)	13 (14,6)*
Аномалії пологової діяльності	3 (3,5)	9 (10,1)*
Дистрес плода	3 (3,5)	5 (5,6)*

Примітка: * – достовірність відносно I групи при $p < 0,05$.

Таблиця 6

**Методи розродження
в досліджуваних групах (абс. ч., %)**

Методи розродження	I група (n = 85)	II група (n = 89)
Пологи через природні пологові шляхи	80 (94,1)	64 (71,9)
КР: плановий ургентний	5 (5,9) 2 (40,0) 3 (60,0)	25 (28,1)* 7 (28,0) 18 (72,0)
Акушерські щипці та вакуум-екстракція плода	–	2 (2,2)

Примітки: * – достовірність відносно I групи при $p < 0,05$; КР – кесарів розтин.

У вагітних старшого репродуктивного віку перебіг вагітності достовірно частіше, ніж у I групі, ускладнювався загрозою переривання – в 1,9 раза ($p < 0,05$). Причому частота загрози переривання вагітності пропорційно зростала як у 1-й, так і у 2-й половині вагітності.

На особливу увагу заслуговує достовірне збільшення частоти розвитку прееклампсії у вагітних II групи, яка ускладнила перебіг вагітності фактично у кожній п'ятій жінки й становила 21,3% випадків ($p < 0,05$). Частота тяжкої прееклампсії достовірно перевищувала таку у пацієнок I групи в 4,6 раза (1,2% та 5,6% відповідно, $p < 0,05$). Плацентарна недостатність та ЗРП були достовірно частішими в учасниць II групи – у 3,3 та 2,3 раза відповідно (23,6% проти 7,1% та 7,9% проти 3,5% випадків у I групі, $p < 0,05$).

Аналіз перебігу пологів продемонстрував (табл. 5), що у 81 (95,3%) жінки I групи пологи відбулися своєчасно, народжені діти є доношеними, і лише у 4 пацієнок відбулися передчасні пологи. Слід зазначити, що у 3 жінок із передчасними пологами в анамнезі було звичне невиношування, а в 1 пацієнтки проведено дотривкове розродження у зв'язку з тяжкою прееклампсією. Найчастішим ускладненням пологів був передчасний розрив плодових оболонок; частота інших ускладнень була помітно меншою (аномалії родової діяльності та прогресуючий дистрес плода).

У переважній більшості пацієнок II групи дослідження – у 87,6% випадків – вагітність завершилася пологам у строк, діти народилися доношеними, а у 12,4% випадків – передчасними пологам в терміні вагітності 30–36 тиж., що було достовірно вище у 2,6 раза порівняно з I групою ($p < 0,05$).

В обох групах дослідження найчастішим ускладненням пологів був передчасний розрив плодових оболонок, але частота цього ускладнення достовірно перевищувала таку в I групі у 2,5 раза ($p < 0,05$). Нерідким ускладненням пологів у вагітних II групи були аномалії пологової діяльності, що траплялися достовірно частіше, ніж у I групі – у 2,9 раза ($p < 0,05$). Достовірно вищою у цих жінок була також частота прогресуючого дистресу плода – в 1,6 раза ($p < 0,05$).

Частота абдомінального розродження (табл. 6) у II групі в 4,8 раза достовірно перевищувала таку у I групі ($p < 0,05$). Саме прогресуючий дистрес плода на тлі слабкості пологової діяльності у вагітних I групи став показанням до ургентного кесаревого розтину (КР) у 3 жінок. Загалом за допомогою КР були розроджені 5 пацієнок I групи.

У переважній більшості випадків у II групі дослідження КР проводився екстрено у зв'язку з ускладненнями, що розвинулися під час пологів, або через пізню госпіталізацію, що виключало можливість підготовки до планового абдомінального розродження. Структура показань до КР (табл. 7) демонструє, що основними показаннями були: наявність екстрагенітальної патології, прееклампсії та дистресу плода – по 20,0% випадків; аномалії пологової діяльності – 24,0% випадків.

Аналізуючи перинатальні наслідки розродження (табл. 8) у досліджуваних групах, важливо зазначити, що у II групі народилося 88 живих дітей, із них у за-

довільному стані – 73,9% проти 94,1% у I групі. У стані асфіксії в II групі народилося у 2,9 раза більше дітей, ніж у I групі ($p < 0,05$).

В антенатальний період у II групі на 32 тиж. загинув 1 плід у вагітної старше 30 років. Причиною внутрішньоутробної загибелі стали тяжка рання плацентарна недостатність і прееклампсія.

Таблиця 7

Структура показань до КР
в досліджуваних групах (абс. ч., %)

Показання	I група (n = 5)	II група (n = 25)
Екстрагенітальна патологія	–	5 (20,0)
Преєклампсія	2 (40,0)	5 (20,0)
Тазове передлежання	–	1 (4,0)
Клінічно вузький таз	–	1 (4,0)
Аномалії пологової діяльності	3 (60,0)	6 (24,0)
Лейоміома матки	–	1 (4,0)
Центральне передлежання плаценти	–	1 (4,0)
Дистрес плода	3 (60,0)	5 (20,0)*

Примітка: * – достовірність відносно I групи при $p < 0,05$.

Таблиця 8

Перинатальні наслідки розродження
в досліджуваних групах (абс. ч., %)

Стан при народженні	I група (n = 85)	II група (n = 88)
Задовільний стан	80 (94,1)	65 (73,9)
Асфіксія:		
легка	5 (5,8)	15 (17,0)*
середня	2 (2,3)	8 (9,1)
тяжка	2 (2,3)	4 (4,5)
Недоношеність	1 (1,2)	3 (3,4)
ЗРП	4 (4,7)	11 (12,5)*
Внутрішньоутробне інфікування	4 (4,7)	9 (10,2)*
Постгіпоксична енцефалопатія	–	5 (5,7)
Синдром дихальних розладів	3 (3,8)	8 (9,1)*
Геморагічний синдром	1 (1,3)	5 (5,7)*
Гіпербілірубінемія	1 (1,3)	6 (6,8)
	5 (6,4)	8 (9,1)

Примітки: * – достовірність відносно I групи при $p < 0,05$; ЗРП – затримка росту плода.

Частота ЗРП плода у II групі у 2,1 раза перевищувала таку у жінок віком до 30 років ($p < 0,05$).

Аналіз перебігу раннього неонатального періоду в I групі показав, що у 78,8% новонароджених він відбувався без ускладнень, усі ці діти були прикладені до грудей у перші 30 хв і виписані зі стаціонару протягом перших 3 діб. У 21,2% народжених дітей у період адаптації відзначалися симптоми легкого ураження центральної нервової системи (ЦНС). Ці діти також були прикладені до грудей у перші 30 хв і виписані протягом перших 3 діб. У II групі частота ускладнень у ранній неонатальний період була достовірно вищою і становила: ураження ЦНС – 9,1%, синдром дихальних розладів – 5,7%, гіпербілірубінемія – 9,1%, геморагічний синдром – 6,8% випадків ($p < 0,05$).

Як свідчать результати проведеного аналізу, більш ніж у половині жінок пізнього репродуктивного віку (65,2%) вагітність протікала на тлі різних екстрагенітальних захворювань. При цьому структура і частота окремих екстрагенітальних захворювань практично не залежать від генеративного анамнезу. Ці дані підтверджуються багатьма науковцями та сучасними літературними джерелами [1–3, 23]. Більш ніж у 2/3 вагітних старшого репродуктивного віку вагітність протікала з різними ускладненнями, і лише у 26,9% відбувався її фізіологічний перебіг. Навпаки, серед жінок віком до 30 років, які народжували вперше, частка неускладнених вагітностей значно більша – 45,9% випадків. Це також підтверджують дані літератури [3, 4, 27].

Серед ускладнень вагітності особливої уваги заслуговують загроза переривання і преєклампсія. Загроза переривання вагітності у жінок старшого репродуктивного віку, які народжують вперше, спостерігається в 1,9 раза частіше, ніж у жінок віком до 30 років. Преєклампсія ускладнює перебіг вагітності у кожній п'ятій жінки (21,3%) пізнього репродуктивного віку.

Жінки, які народжують вперше у віці 30 років і старше, достовірно частіше (у 4,7 раза), ніж молодші вагітні, розроджуються абдомінальним шляхом. При цьому в переважній більшості випадків (72,0%) КР проводиться екстрено у зв'язку з ускладненнями, що розвинулися під час пологів, або через пізню госпіталізацію, що виключає можливість підготовки до планового розродження. На таку тенденцію вказує низка сучасних наукових публікацій [4, 21, 23].

Перинатальна смертність серед жінок віком 30 років і старше, які народжували вперше, становила 1 випадок в антенатальний період.

ВИСНОВКИ

1. Жінки репродуктивного віку 30 років і старше, які народжують вперше, є групою високого перинатального та акушерського ризику. Фактором ризику, що впливає на акушерські й перинатальні ускладнення, є наявність екстрагенітальної патології, що становила 65,2% випадків.

2. Для жінок старше 30 років характерна висока частота передчасних пологів, яка перевищувала таку у жінок віком до 30 років, які народжували вперше, у 2,6 раза; загроза переривання вагітності – в 1,9 раза; пла-

цитарна недостатність – у 3,3 раза; ЗРП – у 2,3 раза; преєклампсія – у 3,6 раза; частота абдомінального розродження – у 4,7 раза.

3. Перебіг пологів у цих пацієнток ускладнювався передчасним розривом плодових оболонок у 14,6% випадків, що у 2,5 раза частіше, ніж у I групі; аномаліями пологової діяльності – у 2,9 раза ($p < 0,05$).

4. Стан новонароджених і перебіг раннього неонатального періоду у жінок старше 30 років характеризувався наявністю у 17,0% дітей асфіксії, причому у 7,9% випадків стан за шкалою Апгар оцінювався менше ніж у 6 балів, що потребувало інтенсивного спостереження та терапії; у 10,2% дітей відмічалася ЗРП. Аналіз перебігу раннього неонатального періоду показав, що у 9,1% новонароджених відзначалися ураження ЦНС, у 5,7% – синдром дихальних розладів, у 9,1% – гіпербілірубінемія, у 6,8% – геморагічний синдром ($p < 0,05$).

Відомості про автора

Чернов Артем Володимирович – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ;
тел.: (044) 489-35-64. E-mail: artem1425@gmail.com
ORCID: 0009-0001-1289-318X

Information about the author

Chernov Artem V. – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv; tel.: (044) 489-35-64. E-mail: artem1425@gmail.com
ORCID: 0009-0001-1289-318X

ПОСИЛАННЯ

- Attali E, Yogev Y. The impact of advanced maternal age on pregnancy outcome. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2021;70:2-9. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2020.06.006.
- Correa-de-Araujo R, Yoon SSS. Clinical outcomes in high-risk pregnancies due to advanced maternal age. *J Womens Health (Larchmt).* 2021;30(2):160-7. doi: 10.1089/jwh.2020.8860.
- Sparić R, Stojković M, Plešić J, Pecorella G, Malvasi A, Tinelli A. Advanced maternal age (AMA) and pregnancy: a feasible but problematic event. *Arch Gynecol Obstet.* 2024;310(3):1365-76. doi: 10.1007/s00404-024-07678-w.
- Bouzaglou A, Aubenas I, Abbou H, Rouanet S, Carbonnel M, Pirtea P, et al. Pregnancy at 40 years old and above: obstetrical, fetal, and neonatal outcomes. Is age an independent risk factor for those complications? *Front Med (Lausanne).* 2020;7:208. doi: 10.3389/fmed.2020.00208.
- Patel P, Patel N, Hedges M, Benson A, Torner A, Lo J, et al. Hematologic complications of pregnancy. *Eur J Haematol.* 2025;114(4):596-614. doi: 10.1111/ejh.14372.
- Wang R, Xu S, Hao X, Jin X, Pan D, Xia H, et al. Anemia during pregnancy and adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Front Glob Womens Health.* 2025;6:1502585. doi: 10.3389/fghw.2025.1502585.
- Anemia in Pregnancy: ACOG Practice Bulletin, Number 233. *Obstet Gynecol.* 2021;138(2):55-64. doi: 10.1097/AOG.0000000000004477.
- Azzam A, Khaled H, Alrefaey AK, Basil A, Ibrahim S, Elsayed MS, et al. Anemia in pregnancy: a systematic review and meta-analysis of prevalence, determinants, and health impacts in Egypt. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2025;25(1):29. doi: 10.1186/s12884-024-07111-9.
- Prefumo F, Fichera A, Fratelli N, Sartori E. Fetal anemia: Diagnosis and management. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2019;58:2-14. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2019.01.001.
- Gunkaya O, Aydin S. Adverse perinatal outcomes at advanced pregnancy ages: A single center study. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2025;52(3):31319. doi: 10.31083/CEOG31319.
- Guarga MM, Álvarez MA, Luna AC, Abadia CN, Mateo AP, Ruiz-Martínez S. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: A cohort study. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2021;60(1):119-24. doi: 10.1016/j.tjog.2020.11.018.
- Grette K, Cassity S, Holliday N, Rimawi BH. Acute pyelonephritis during pregnancy: a systematic review of the aetiology, timing, and reported adverse perinatal risks during pregnancy. *J Obstet Gynaecol.* 2020;40(6):739-48. doi: 10.1080/01443615.2019.1647524.
- Gandhi C, Wen T, Liu LY, Booker WA, D'Alton ME, Friedman AM. Antenatal pyelonephritis hospitalisation trends, risk factors and associated adverse outcomes: A retrospective cohort study. *BJOG.* 2024;131(12):1640-49. doi: 10.1111/1471-0528.17875.
- Piccoli GB, Attini R, Torreggiani M, Chatrenet A, Manzione AM, Masturzo B, et al. Any reduction in maternal kidney mass makes a difference during pregnancy in gestational and fetal outcome. *Kidney Int.* 2024;105(4):865-76. doi: 10.1016/j.kint.2023.12.018.
- Barry R, Houlihan E, Knowles SJ, Eogan M, Drew RJ. Antenatal pyelonephritis: a three-year retrospective cohort study of two Irish maternity centres. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2023;42(7):827-33. doi: 10.1007/s10096-023-04609-6.
- De Souza HD, Diório GRM, Peres SV, Francisco RPV, Galletta MAK. Bacterial profile and prevalence of urinary tract infections in pregnant women in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2023;23(1):774. doi: 10.1186/s12884-023-06060-z.
- Gunderson EP, Greenberg M, Najem M, Sun B, Alexeeff SE, Alexander J, et al. Severe maternal morbidity associated with chronic hypertension, preeclampsia, and gestational hypertension. *JAMA Netw Open.* 2025;8(1):e2451406. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.51406.
- Amon E, Dickert E. Gestational hypertension and pre-eclampsia. In: *Clinical maternal-fetal medicine* [Internet]. 2nd Edition. CRC Press; 2012. 104 p. Available from: <https://doi.org/10.1201/9781003222590-6>.
- Charakida M, Wright A, Magee LA, Syngelaki A, von Dadelszen P, Akolekar R, et al. Pregnancy – an ideal period to identify women at risk for chronic hypertension. *Hypertension.* 2024;81(2):311-8. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.123.21573.
- Stairs J, Nash CM, Rolnik DL. Adverse pregnancy outcomes and chronic hypertension in the era of prevention: A contemporary, retrospective cohort study using data from the national inpatient sample database. *Am J Perinatol.* 2025;42(6):788-95. doi: 10.1055/a-2419-9089.
- Overton E, Tobes D, Lee A. Preeclampsia diagnosis and management. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2022;36(1):107-21. doi: 10.1016/j.bpa.2022.02.003.
- Sinkey RG, Blanchard CT, Sanusi A, Elkins C, Szychowski JM, Harper LM, et al. Physiologic blood pressure patterns in pregnancies with mild chronic hypertension. *Pregnancy Hypertens.* 2024;36:101118. doi: 10.1016/j.preghy.2024.101118.
- Källén K, Norman M, Elvander C, Bergh C, Sengpiel V, Hagberg H, et al. Maternal and perinatal outcomes after implementation of a more active management in late- and postterm pregnancies in Sweden: A population-based cohort study. *PLoS Med.* 2025;22(1):e1004504. doi: 10.1371/journal.pmed.1004504.
- Cohen Y, Gutvitz G, Avnon T, Sheiner E. Chronic hypertension in pregnancy and placenta-mediated complications regardless of preeclampsia. *J Clin Med.* 2024;13(4):1111. doi: 10.3390/jcm13041111.
- Wu P, Green M, Myers J. Hypertensive disorders of pregnancy. *BMJ.* 2023;381:e071653. doi: 10.1136/bmj-2022-071653.
- Mintser AP. Statistical research methods in clinical medicine. *Pract Med.* 2018;(3):41-5.
- Loukopoulos T, Zikopoulos A, Kolibianakis E, Vatopoulou A, Gkrozou F, Sotiriou S, et al. High-risk outcomes in in vitro fertilization pregnancies for women of a very advanced maternal age: Insights from a multi-hospital study in Greece. *J Clin Med.* 2025;14(4):1323. doi: 10.3390/jcm14041323.

Стаття надійшла до редакції 19.09.2025. – Дата першого рішення 25.09.2025. – Стаття подана до друку 31.10.2025