

УДК 618.17:614.1(477.72)(048)  
DOI

© Л. М. Маланчук, Г. О. Кривицька

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

## РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ЖІНОК (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ) ТА СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ ЙОГО ОКРЕМИХ ПОКАЗНИКІВ ПО ХЕРСОНСЬКІЙ ОБЛАСТІ

РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ЖІНОК (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ) ТА СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ ЙОГО ОКРЕМИХ ПОКАЗНИКІВ ПО ХЕРСОНСЬКІЙ ОБЛАСТІ. Репродуктивне здоров'я жінок є важливою складовою становлення позитивної демографічної ситуації в країні та створення передумов для приросту населення. У статті висвітлені дані літератури про стан репродуктивного здоров'я жінок, проведено його статистичний аналіз у жінок Херсонської області та акцентовано увагу на несприятливих перинатальних наслідках, що виникають у результаті обтяженого акушерського та гінекологічного анамнезу.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) И СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЕГО НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО ХЕРСОНСКОЙ ОБЛАСТИ. Репродуктивное здоровье женщин является важной составляющей становления положительной демографической ситуации в стране и создания предпосылок для прироста населения. В статье произведён обзор литературы по репродуктивному здоровью женщин, проведён его статистический анализ у женщин Херсонской области и акцентировано внимание на неблагоприятных перинатальных последствиях, возникающих в результате обтяженного акушерского и гинекологического анамнеза.

WOMEN'S REPRODUCTIVE HEALTH (INSPECTION REFERENCES) AND STATISTICAL ANALYSIS OF SOME INDICATORS IN KHERSON REGION. Reproductive health of women is an important part of becoming positive demographic situation in the country and create conditions for population growth. The article highlights the literature data on the state of women's reproductive health, conducted its static analysis of women in the Kherson region and attention is focused on adverse perinatal outcomes, resulting burdened obstetric and gynecological history.

**Ключові слова:** репродуктивне здоров'я, обтяжений акушерський та гінекологічний анамнез, перинатальні ускладнення.

**Ключевые слова:** репродуктивное здоровье, обтяженный акушерский и гинекологический анамнез, перинатальные осложнения.

**Key words:** reproductive health, burdened obstetric and gynecological history, perinatal complications.

Згідно з літературними даними, штучне переривання вагітності досі залишається одним із методів регуляції народжуваності, незважаючи на безліч надійних та сучасних засобів контрацепції. Незапланована вагітність у 85–92 % закінчується артифіційним абортom, що може бути причиною ускладнень, які негативно впливають на стан репродуктивного здоров'я жінки та демографічну ситуацію в країні. При травматичних ушкодженнях слизової порожнини матки, оперативних втручаннях на матці та додатках природна імунна відповідь може перетворитися у патологічний процес, проявом якого може стати непліддя чи звичне невиношування вагітності в результаті агресії проти власного організму у прекоцепційному періоді та під час гестації [1, 3].

Згідно з наведеними статистичними даними, серед загальної структури жінок репродуктивного віку значну частку займають пацієнтки із обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом (МКХ-10, КЛАС XX1, код Z35.2). За даними багатьох авторів, ця група жінок має підвищений ризик ускладнень вагітності, пологів та післяпологового періоду [1, 4–6, 8, 10–15].

У структурі ускладнень вагітності у юних жінок відзначається анемія (до 92,2 %), загроза переривання вагітності (26,8 – 41,0 %), гестоз (35,1 – 67,0 %), гестаційний пієлонефрит (63,0 %). У жінок репродуктивного віку наведені показники складають, відповідно, 40 %; 15–20 %; 13–16 %, 8–10 %. Серед ускладнень перебігу вагітності

та пологів у юних вагітних та роділь відзначається висока частота передчасного відходження навколоплідних вод – в 28,0 – 30,0 %, аномалій пологової діяльності – до 37,2 %, кровотеч у пологах та ранньому післяпологовому періоді – 4,0 – 7,0 %, збільшення частоти пологового травматизму матері [5, 6, 8]. Передчасне відходження навколоплідних вод є серйозною проблемою сучасного акушерства. Частота відходження навколоплідних вод до пологів коливається в широких межах та складає від 1,0 до 19,8 %. При допологовому відходженні вод плід втрачає природний захист від несприятливих факторів навколишнього середовища та, зокрема, інфекцій, збільшується ризик неонатальної захворюваності та смертності.

Пологи при передчасному відходженні навколоплідних вод часто супроводжуються аномаліями скоротливої функції матки (швидкі чи стрімкі пологи, слабкість чи дискоординація пологової діяльності), підвищенням частоти оперативних пологів, гіпотонічними чи атонічними матковими кровотечами, високими показниками травм пологових шляхів.

Факторами, що збільшують ризик передчасного відходження вод, є хронічні запальні захворювання геніталій в анамнезі, хронічний пієлонефрит, гіпохромна анемія, перенесені гострі респіраторні захворювання під час вагітності, серцево-судинні захворювання. Фактором, що знижує ризик допологового відходження вод, є наявність в

анамнезі фізіологічних пологів. У новонароджених у період фізіологічної жовтяниці відзначаються вищі показники рівня загального білірубину у плазмі крові, проявляється токсична еритема та поліцитемічний синдром. Згідно з літературними даними, передчасне відходження вод у 74 % випадків відбувається при зниженні атмосферного тиску по відношенню до попередньо зареєстрованого протягом доби; а при підвищенні тиску відходження вод реєструється у 23 % випадків, при цьому у 70 % жінок наявні морфологічні ознаки компенсованої плацентарної недостатності. При нормальному атмосферному тиску передчасний розрив плодових оболонок зафіксовано приблизно в 3 % випадків [6].

У багатьох розвинутих країнах світу, в тому числі і в Україні, зростає кількість жінок із пізнім репродуктивним дебютом. Вагітність у даної категорії пацієнок характеризується високою частотою розвитку анемії (48 % при першій вагітності та 58 % при повторній), загрози абортів (41 % та 18 %), ранніх гестозів (13 % та 20 %), преєклампсії (18 %), а також загрозою передчасних пологів (24,2 %) та хронічною плацентарною недостатністю (18,4 %). Сучасна наука розглядає гестоз як системне мультифакторне захворювання, патогенетичною ланкою формування котрого є вазоспазм, активація окислювальних і дефіцит антиоксидантних ферментів, гіперліпідемія та гіперкоагуляція. На думку деяких авторів, плацентарна недостатність є маркером тяжкого гестозу, а перинатальна смертність у пацієнок при даній акушерській патології перевищує популяційну в 5–20 разів [13]. У більшості жінок після перенесеного гестозу формуються хронічна патологія нирок, гіпертонічна хвороба, ендокринні порушення. Кожна 4-5-та дитина, мати якої страждала від гестозу, відстає у фізичному та психоемоційному розвитку. В ранньому віці зростає частота інфекційних захворювань, а при досягненні зрілого віку збільшується ризик розвитку серцево-судинних та ендокринних захворювань.

Серед причин плацентарної недостатності виділяють і загрозу передчасних пологів. У результаті тривалого гіпертонусу матки порушується венозний відтік із ретроплацентарного простору, змінюється трофіка та обмінні процеси у плаценті. Плацентогенез завершується на початку II триместру вагітності, в основі механізму формування порушень у плацентарному комплексі різноманітного генезу закладені прояви ендотеліальної дисфункції, порушення реологічних та детоксикаційних властивостей крові, склеротичні зміни мікроциркуляторного русла, що призводять до тромбоутворення, інфарктів, крововиливів у плаценті, розвитку стійкої ішемії, котра клінічно проявляється загрозою переривання вагітності, завмерлою вагітністю та мимовільними абортами до 16 тижнів вагітності. Як наслідок змін основних видів обміну речовин при дисфункції плаценти знижуються пристосувальні можливості організму плода, розвивається гіпоксія. Відповіддю на кисневу недостатність в організмі плода є компенсаторний перерозподіл кровотоку, що призводить до пошкодження мікроциркуляції в різних органах та порушення їх нормального функціонування у подальшому.

Плацентарна недостатність із різним ступенем морфологічних змін та клінічними проявами може ініціюватися дією численних мікроорганізмів та вірусів. На фоні гестаційної імуносупресії зростає кількість гострих респіраторних вірусних інфекцій, загострюються хронічні

вірусні та бактеріальні захворювання. Частота розвитку плацентарної дисфункції у вагітних з герпесвірусною інфекцією досягає 50 %. Особливо несприятливим на ембріогенез є вплив первинної або реактивація латентної інфекції під час вагітності.

Статистично на частку передчасних пологів припадає понад 50 % мертвонароджених плодів, 70–80 % ранньої неонатальної смертності, 60–70 % дитячої смертності.

Формування плацентарної недостатності у вагітних старшої вікової групи частіше відбувається до 28 тижнів гестації (у 80,0 % першовагітних та у 67,7 % повторно вагітних). У структурі плацентарної недостатності переважає компенсована (60,0 %) та субкомпенсована (30,0 %) форми. Пологи у першовагітних старшої вікової групи часто ускладнюються передчасним відходженням навколоплідних вод (35,8 %), аномаліями пологової діяльності (12,3 %), зростанням частоти завершення пологів оперативним шляхом (у 80 % жінок, що народжують вперше, та у 60 % пацієнок при повторній вагітності). Захворюваність серед новонароджених проявляється перинатальним ураженням ЦНС та синдромом дихальних розладів. Частота перинатальних уражень центральної нервової системи гіпоксично-ішемічного генезу коливається в межах від 1,6 до 8 на 1000 новонароджених. Небезпечним ураженням ЦНС є через високу смертність новонароджених, тяжкі порушення нервово-психічного розвитку, інвалідизації в старшому віці. При тяжкому гіпоксично-ішемічному ураженні ЦНС виникають незворотні структурні зміни, із клінічними проявами гідроцефалії, вторинних мікроцефалій, дитячого церебрального паралічу, судомного синдрому, грубої затримки психомоторного розвитку.

Для жінок із обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом властивим є формування плацентарної недостатності декомпенсованої (42,0 %) та субкомпенсованої (32,0 %) форми. Декомпенсована плацентарна недостатність асоціюється з високим ризиком летальності або захворюваності плода (синдром затримки росту плода, патологія бронхопульмонального дерева, некротизуючий ентероколіт тощо) [9]. Відомо, що при плацентарній недостатності виникають численні зміни в організмі плода: дистрофічні зміни в різноманітних органах, порушення мієлінізації нервових закінчень, у тяжких випадках розвивається патологічний апоптоз клітин головного мозку. Діти мають підвищений ризик розвитку неврологічних та психічних захворювань: церебральний параліч, шизофренія, підвищення частоти суїцидальних спроб, зниження інтелекту, затримка психомоторного розвитку. Несприятливим є прогноз щодо розвитку хронічних дегенеративних захворювань, таких, як ожиріння, цукровий діабет, захворювання серцево-судинної системи, сечостатевої та кісткової систем організму, порушується робота зорового аналізатора.

В ході аналізу літературних даних стає зрозуміло, наскільки важливе значення має репродуктивне здоров'я жінки у перебізі вагітності, пологів, післяпологового періоду, вплив на органогенез плода, та подальший розвиток дитини. З огляду на це, було вирішено проаналізувати показники репродуктивного здоров'я жінок, що проживають у Херсонській області.

Територія Херсонської області нараховує 28,5 тис. км<sup>2</sup> і складає 4,7 % площі України, із 24-х областей Херсонська область за розмірами займає 8 місце.

Станом на 1 липня 2015 р. в області, за оцінкою Головного управління статистики у Херсонській області, проживало 1 065 000 осіб. Кількість жінок складає 53,7 % від загальної кількості постійного населення. Кількість людей віком від 16 до 59 років нараховує 662,5 тис.; серед них показник жінок репродуктивного віку (15–49 років) у розрахунку на 1000 чоловіків відповідного віку склав 1027. Показник кількості хвороб сечостатевої системи на 2014 рік по області складає 48,9 тис. За 2014 рік в області взято на облік 12 086 жінок, народилося 12 308 дітей; серед них значна кількість від повторних вагітностей. Згідно з програмою «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року» по Херсонській області, показник рівня малюкової смертності на 2015 рік заплановано знизити до 8,0 на 1000 народжених живими, показник смертності новонароджених від синдрому дихальних розладів – знизити до 0,6 на 1000 народжених живими, показник материнської смертності – знизити до рівня 14,1 на 100 тис. пологів, показник гемолітичної хвороби новонароджених на 2015 рік – знизити до 4,5 на 1000 народжених живими.

Померлих до 1 року дітей станом на 2014 рік – 103 особи. Найбільший коефіцієнт народжуваності за віком матері (кількість живонароджених на 1000 жінок

відповідного віку) відзначається у категорії 20–24 роки та складає 99,6, у віці 30–34 роки – 64,0, 35–39 років – 30,5 та у жінок вікової категорії 40–44 роки зареєстровано 5,9, а у пацієнок 15–19 років – 34,9 пологів. Заплановано знизити показник запальних захворювань статевих органів у підлітків 15–17 років до 135 на 100 000 дівчат, досягти показника операції штучного переривання вагітності серед підлітків 15–17 років на 2015 рік 4,8 на 1000 дівчат, а рівень використання жінками сучасних засобів запобігання незапланованій вагітності збільшити до 290 (рівень використання внутрішньоматкових та гормональних контрацептивів на 1000 жінок фертильного віку).

За 2014 рік в області зроблено 3564 медичних абортів, що складає 28,95 на 100 пологів. Середній показник абортів по Україні складає 12,36 на 1000 жінок репродуктивного віку та 27,6 на 100 пологів [2, 3].

З наведених статистичних даних видно, що обтяжений акушерський та гінекологічний анамнез займає значне місце у структурі репродукції жінок Херсонщини. Таким чином, є доцільним поглиблене вивчення стану провізорних органів плода жінок із обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом для своєчасного проведення профілактики перинатальних ускладнень.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Алябьева Е. А. Особенности течения и исходов беременности у женщин с аутоиммунными нарушениями и наследственными факторами риска тромбоза при привычном невынашивании : дисс. ...канд. мед. наук : 14.00.01 / Е. А. Алябьева. – СПб., 2008. – 124 с.
2. Головне управління статистики у Херсонській області: електронні ресурси. – <http://www.ks.ukrstat.gov.ua>.
3. Додаток до обласної програми «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року».
4. Иванова Н. А. Акушерские аспекты профилактики перинатального поражения ЦНС гипоксически-ишемического генеза плода и новорожденного : дисс. ...канд. мед. наук : 14.00.01 / Н. А. Иванова. – М., 2009. – 157 с.
5. Иутинский Э. М. Влияние озонотерапии, как компонента комплексного лечения фетоплацентарной недостаточности, на течение и исход беременности, развитие плода и ребенка на первом году жизни : дисс. ...канд. мед. наук : 14.00.01 / Э. М. Иутинский. – Пермь, 2009. – 139 с.
6. Козловская И. А. Особенности клинического течения срочных родов при преждевременном излитии околоплодных вод : дисс. ...канд. мед. наук : 14.00.01 / И. А. Козловская. – Иркутск, 2009. – 133 с.
7. Планування сім'ї : наказ МОЗ України від 21.01.2014 р. № 59.
8. Оваед Крейш. Эндокринологичні та морфологічні особливості фетоплацентарного комплексу у жінок, які багато народжують / Оваед Крейш // Зб. наук. праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. – 2006. – Вип. 15, кн. 3. – С. 102–106.
9. Практические навыки в акушерстве : учебное пособие для практических занятий по акушерству для студентов лечебного факультета / под ред. В. Б. Цхай. – Красноярск : ЛИТЕРА-принт, 2007. – 112 с.
10. Сармосян М. А. Прогнозирование и профилактика осложнения раннего пуэрперия в зависимости от степени перинатального риска : дисс. ...канд. мед. наук : 14.00.01 / М. А. Сармосян. – М., 2009. – 109 с.
11. Талько О. В. Вагітність після 40 років: ризику розвитку перинатальної патології / О. В. Талько // Тези допов. X конгресу Світової федерації українських лікарських товариств, м. Чернівці, 26–28 серпня 2004 р. – Чернівці – Київ – Чикаго, 2004. – С. 165–166.
12. Тарасова Н. С. Структурно-функциональные особенности плаценты у юных первородящих женщин : дисс. ...канд. мед. наук : 14.00.01 / Н. С. Тарасова. – М., 2007. – 93 с.
13. Юдочкина И. В. Резервы снижения перинатальной заболеваемости и смертности у первородящих старших возрастных групп : дисс. ...канд. мед. наук : 14.00.01 / И. В. Юдочкина. – М., 2008. – 114 с.
14. Calvin Tjong. Einzelfallanalysen von Totgeburten: dissertation / Calvin Tjong. – Berlin, 2003. – 143 S.
15. Frauenschuh, I. Prognosefaktoren des perinatalen Kurzeitergebnisses bei schwerer Plazentainsuffizienz mit dopplersonografisch enddiastolischem Null- und Rückfluss in der Art. Umbilicalis / I. Frauenschuh, J. Wirbelauer, S. Karl // Z. Geburtshilfe Neonatol. – 2015. – Vol. 219 (01). – S. 28–36.

Отримано 11.09.15