

А.В. Чернов

Стан новонароджених від жінок, які народжують уперше, різних вікових груп

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

Modern Pediatrics. Ukraine. (2025). 6(150): 29-33; doi 10.15574/SP.2025.6(150).2933

For citation: Chernov AV. (2025). Youth-friendly clinics – components of the strategy of adolescent health care during the war. Modern Pediatrics. Ukraine. 6(150): 29-33. doi: 10.15574/SP.2025.6(150).2933.

Мета – провести ретроспективний аналіз стану новонароджених від жінок, які народжують уперше, різних вікових груп для з'ясування залежності частоти перинатальних ускладнень від віку вагітної.

Матеріали і методи. Проаналізовано перинатальні наслідки розродження за 154 історіями пологів жінок, які народжують уперше. Пацієнт-ток залежно від віку поділено на групи: I група – 78 вагітних віком 20–29 років; II група – 76 вагітних віком 30–40 років.

Результати. У стані асфіксії в жінок II групи народилося в 4,3 раза більше немовлят порівняно з жінками I групи: у легкій асфіксії – 8 (10,5%) випадків проти 3 (3,8%) випадків, відповідно; асфіксію середнього і тяжкого ступеня спостерігали тільки в жінок II групи 3 (3,9%) випадки і 2 (2,6%) випадки, відповідно. Недоношених новонароджених у II групі народилося достовірно більше 9 (11,8%) випадків проти 2 (2,6%) випадків у I групі; із синдромом затримки росту плода народилося 11 (14,5%) немовлят проти 4 (5,1%) новонароджених, відповідно. У II групі постгіпоксичну енцефалопатію і синдром дихальних розладів у новонароджених діагностували в 11 (14,5%) випадках проти 3 (3,8%) випадків у I групі та в 7 (9,2%) випадках проти 1 (1,3%) випадку, відповідно.

Висновки. Зростання рівня перинатальної захворюваності прямо корелює зі ступенем перинатального ризику у вагітних, які народжують уперше, віком 30–40 років, що простежується серед таких захворювань новонароджених, як асфіксія, недоношеність, синдром затримки росту плода, постгіпоксична енцефалопатія і синдром дихальних розладів.

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

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: вагітність, жінки, які народжують уперше, вік вагітної, стан новонароджених, ранній неонатальний період, ускладнення його, перинатальні наслідки розродження.

Condition of newborns in women of different age groups giving birth for the first time

A.V. Chernov

Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

Aim – to conduct a retrospective analysis of the condition of newborns in women of different age groups who are giving birth for the first time in order to determine the dependence of the frequency of perinatal complications on the age of the pregnant woman.

Materials and methods. The perinatal consequences of childbirth were analyzed according to 154 birth histories of women giving birth for the first time, who were divided into groups according to age: the group I of the study 78 pregnant women aged 20–29 years, the group II – 76 pregnant women aged 30–40 years.

Results. In the state of asphyxia, women giving birth for the first time in the group II (aged 30–40 years) had 4.3 times more newborns compared to women in the group I: in mild asphyxia 8 (10.5%) cases versus 3 (3.8%) cases; and moderate and severe asphyxia was observed only in women in the group II: 3 (3.9%) cases and 2 (2.6%) cases. Premature newborns in the group II were born significantly more – 9 (11.8%) cases versus 2 (2.6%) cases in the group I of the study; with fetal growth retardation syndrome (FGS) 11 (14.5%) cases versus 4 (5.1%) cases. In the group II, posthypoxic encephalopathy and neonatal respiratory distress syndrome were diagnosed in 11 (14.5%) versus 3 (3.8%) cases in the group II and 7 (9.2%) versus 1 (1.3%) cases, respectively.

Conclusions. The increase in perinatal morbidity is directly correlated with the degree of perinatal risk in pregnant women giving birth for the first time at the age of 30 to 40 years, which is observed among such diseases of newborns as asphyxia, prematurity, fetal growth retardation syndrome, posthypoxic encephalopathy and respiratory distress syndrome.

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 author.

Keywords: pregnancy, women giving birth for the first time, the age of the pregnant woman, the condition of newborns, the early neonatal period, its complications, perinatal consequences of childbirth.

Одним із найважливіших завдань сучасного акушерства є профілактика перинатальної захворюваності й смертності, особливо у вагітних групи високого ризику. Важливість цього питання 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 репро-

дуктивного потенціалу після досягнення цими поколіннями дітородного віку [6,22].

Незважаючи на те, що, визначаючи ступінь ризику перинатальної патології, вік вагітних жінок розглядають як чинник підвищеного ризику, нині все ще не визначено, який вік слід вважати таким. Немає також єдиної думки стосовно того, чи є вік жінки, яка народжує вперше, взагалі чинником підвищеного ризику [6,22].

На зростання акушерського ризику у вагітних, особливо в тих, які народжують уперше, віком від 30 років вказують чисельні публікації [3,20,21]. За даними різних авторів, ризик розвитку акушерської і перинатальної патології в жінок віком від 30 років щодо такого в жінок, які народжують уперше, віком 20–29 років, вищий у кілька разів. У них значно вища частота передчасних пологів і народження дітей із затримкою росту плода, нерідкісні випадки народження дітей із вадами розвитку [8,17].

Ряд авторів, відзначаючи високу частоту ускладнень вагітності в жінок, які народжують уперше, віком 30–34 роки, наголошують на тому, що в цих пацієнток значно частіше проводять розродження абдомінальним шляхом. Вищу частоту кесаревого розтину в жінок, які народжують уперше, віком від 29 років відзначають також і інші автори. На вищий ризик передчасних пологів у жінок віком від 35 років вказують й інші дослідники [12,13,25].

Проведений порівняльний аналіз особливостей перебігу вагітностей і пологів у жінок, які народжують уперше, віком від 34 років і 25–29 років за 4-річний період у трьох пологодопоміжних закладах США свідчить, що на всіх етапах вагітності й пологів у них ризик ускладнень прогресивно зростає в міру розвитку гестаційного процесу і досягає максимуму під час пологів [5]. На підставі шкали кумулятивного ризику 64,9% жінок, які народжують уперше, віком 30–40 років, належать до групи високого ризику; у групі жінок віком 20–30 років ризик становить 41,3%. За цими дослідженнями, у жінок віком від 30 років значно зростає ризик гіпертензивних розладів, тяжкої ранньої прееклампсії, передчасних пологів, передчасного відшарування плаценти, розвитку синдрому затримки росту плода, післяпологових кровотеч [5,18].

Незалежно від паритету у вагітних жінок 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, які народжують уперше, ще вища [19].

Згідно з дослідженнями деяких авторів, у всіх жінок, які народжують уперше, незалежно від віку частота кесаревого розтину приблизно одна-

кова. Доведено, що в жінок віком від 35 років, зокрема в тих, які народжують уперше, рівень неонатальної захворюваності й смертності перевищує удвічі такий у матерів віком 20–29 років [1,23].

Тим часом прееклампсія, як і раніше, продовжує посідати одне з провідних місць у структурі причин материнської й перинатальної смертності [7,9]. У 73,6% жінок, у яких перебіг вагітності ускладнений прееклампсією різної тяжкості, у третьому триместрі виявляють порушення кровотоку в системі «мати–плацента–плід», які у 28,2% вагітних поєднуються з ознаками тяжкої плацентарної недостатності [2,4,14,24]. Отже, за даними аналізу літературних джерел, на сьогодні немає єдиної думки щодо питання, чи впливає вік жінки, особливо в тих, які народжують уперше, на перебіг вагітності та її результати. Водночас більшість авторів зазначають, що в жінок, які народжують уперше, пізнього репродуктивного віку, у зв'язку з більшою частотою екстрагенітальної патології зростає ризик розвитку ранньої плацентарної недостатності, ранньої прееклампсії й абдомінального розродження.

Мета дослідження – провести ретроспективний аналіз стану новонароджених у жінок, які народжують уперше, різних вікових груп для з'ясування залежності частоти перинатальних ускладнень від віку вагітної.

Матеріали і методи дослідження

На клінічній базі кафедри акушерства, гінекології та репродуктології Національного університету охорони здоров'я України – КНП «Київський міський центр репродуктивної та перинатальної медицини» проаналізовано перинатальні наслідки розродження відповідно до матеріалів 154 історій вагітності та пологів (форма 096/0) жінок, які народжують уперше. Пацієнток залежно від віку поділено на групи: I група – 78 вагітних віком 20–29 років, II група – 76 вагітних віком 30–40 років.

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

Математичні методи дослідження виконано згідно з рекомендаціями О.П. Мінцера [15] з використанням комп'ютера «Pentium-IV». Достовірність відміни пари середніх обчислено за до-

Таблиця 1

Антропометричні дані новонароджених, оцінка за шкалою Апгар ($M \pm m$)

Антропометричні дані, оцінка за шкалою Апгар	I група (n=78)	II група (n=76)
Довжина, см	51,3 $\pm$ 3,2	50,4 $\pm$ 3,3
Маса тіла, г	3426,1 $\pm$ 180	3348,1 $\pm$ 200
Оцінка за шкалою Апгар, 1-ша хвилина, бали	7,03	6,91
Оцінка за шкалою Апгар, 5-та хвилина, бали	8,06	7,96

Таблиця 2

Розподіл асфіксії за ступенями тяжкості в досліджуваних групах, абс. (%)

Стан на момент народження	I група (n=78)	II група (n=76)
Задовільний	75 (96,2)	63 (82,9)
Асфіксія легка	3 (3,8)	8 (10,5)*
Асфіксія середнього ступеня	-	3 (3,9)
Асфіксія тяжка	-	2 (2,6)
Загалом	3 (3,8)	13 (17,1)*

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

Таблиця 3

Перебіг раннього неонатального періоду в досліджуваних групах, абс. (%)

Ускладнення	I група (n=78)	II група (n=76)
Недоношеність	2 (2,6)	9 (11,8)*
Затримка росту плода	4 (5,1)	11 (14,5)*
Крупний плід	5 (6,4)	5 (6,6)
Реалізація внутрішньоутробного інфікування	-	3 (3,9)
Постгіпоксична енцефалопатія	3 (3,8)	11 (14,5)*
Синдром дихальних розладів	1 (1,3)	7 (9,2)*
Геморагічний синдром	2 (2,6)	5 (6,6)
Гіпербілірубінемія	5 (6,4)	7 (9,2)

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

помогою критеріїв Стюдента і Фішера. Статистичну обробку результатів досліджень проведено з використанням стандартних програм «Microsoft Excel 7.0» і «Statistica 8.0». Статистично значущими прийнято розбіжності за $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

У I групі дослідження народилося 78 живих дітей (39 хлопчиків і 39 дівчаток), у II групі дослідження – 76 живих дітей (44 хлопчики і 32 дівчинки). Антропометричні дані новонароджених та оцінку за шкалою Апгар наведено в таблиці 1.

Середня довжина тіла і маса новонароджених не мали статистично достовірних відмінностей у групах дослідження. Довжина тіла в I групі становила 51,3 $\pm$ 3,2 см проти 50,4 $\pm$ 3,3 см у II групі, а маса тіла – 3426,1 $\pm$ 180 г і 3348,1 $\pm$ 200 г, відповідно. Оцінка стану новонароджених за шкалою Ап-

гар не мала статистично достовірних відмінностей (на 1-й хвилині – 7,03 і 6,91 бала; на 5-й хвилині – 8,06 і 7,96 бала) у групах дослідження.

У задовільному стані народилося в I групі 75 (96,2%) новонароджених проти 63 (82,9%) немовлят у II групі, що було на 13,3% випадків більше (табл. 2). У стані асфіксії в жінок II групи народилося в 4,3 раза більше новонароджених порівняно з жінками I групи ($p < 0,05$): у легкій асфіксії – 8 (10,5%) випадків проти 3 (3,8%) випадків, відповідно ($p < 0,05$). Асфіксію середнього і тяжкого ступеня виявили тільки в жінок II групи (3 (3,9%) випадки і 2 (2,6%) випадки, відповідно).

На думку автора, основними причинами тяжкого стану новонароджених у II групі були: плацентарна дисфункція, передчасні пологи, прееклампсія, загроза переривання вагітності, аномалії родової діяльності, передчасне відшарування плаценти.

У жінок II групи народилося достовірно більше недоношених новонароджених – 9 (11,8%) випадків проти 2 (2,6%) випадків у I групі дослідження ($p < 0,05$); також був достовірно частішим синдром затримки росту плода – 11 (14,5%) випадків проти 4 (5,1%) випадків, відповідно ($p < 0,05$).

У жінок II групи постгіпоксичну енцефалопатію і синдром дихальних розладів у новонароджених діагностували в 11 (14,5%) випадках проти 3 (3,8%) випадків у I групі та в 7 (9,2%) випадках проти 1 (1,3%) випадку, відповідно ($p < 0,05$).

Перебіг раннього неонатального періоду ускладнився геморагічним синдромом – 5 (6,6%) випадків у II групі проти 2 (2,6%) випадків у I групі; гіпербілірубінемією – 7 (9,2%) випадків проти 5 (6,4%) випадків, відповідно, відмінності статистично не достовірні.

Внутрішньоутробне інфікування за типом пневмонії виявили тільки в 3 (3,9%) новонароджених у II групі. При цьому статистично достовірних відмінностей щодо показників інфекційних захворювань між новонародженими обох груп не встановили ($p > 0,05$).

Негативний вплив віку на пологи і перинатальні результати починає проявлятися вже після 30 років, і значною мірою це обумовлено наявністю в пацієнток цього віку хронічних захворювань [10,11]. Існує думка, що ускладнення вагітності та пологів, а також несприятливі перинатальні наслідки в жінок, які народжують уперше, пізнього репродуктивного віку зумовлені головним чином супутньою екстрагенітальною патологією та пов'язаними з нею ускладненнями [7,10,11].

Природно, що високий рівень екстрагенітальної патології в жінок пізнього репродуктивного віку не може не супроводжуватися високою частотою ускладнення вагітності в них прееклампсією, причому деякі автори саме вік вагітної жінки сприймають як чинник підвищеного ризику розвитку цієї патології [14,16,24].

Отже, жінки, які народжують уперше, віком 30–40 років становлять групу високого ризику щодо розвитку перинатальної патології. Виявлено достовірно велику частоту розвитку асфіксії, синдрому затримки росту плода, недоношеності, постгіпоксичної енцефалопатії в цій групі дослідження.

Висновки

Зростання рівня перинатальної захворюваності прямо корелює зі ступенем перинатального ризику у вагітних, які народжують уперше, віком 30–40 років, що простежується серед таких захворювань новонароджених, як асфіксія, недоношеність, синдром затримки росту плода, постгіпоксична енцефалопатія і синдром дихальних розладів.

Стан новонароджених і перебіг раннього неонатального періоду в жінок, які народжують уперше, віком 30–40 років характеризується достовірним збільшенням перинатальних ускладнень.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

REFERENCES/ЛІТЕРАТУРА

1. ACOG. (2020). Gestational Hypertension and Preeclampsia. ACOG Practice Bulletin, Number 222. Obstetrics & Gynecology. 135(6): e237-e260. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003891>.
2. Aneman I, Pienaar D, Šuvakov S, Simić T, Garovic V, McClements L. (2020). Mechanisms of Key Innate Immune Cells in Early- and Late-Onset Preeclampsia. Frontiers in Immunology. 11 1864. doi: 10.3389/fimmu.2020.01864. PMID: 33013837; PMCID: PMC7462000.
3. Artomenko VV, Dubossarska YuO, Zhylyk Nla, Zhuk SI, Kamin'skyi VV, Konkov DH, et al. (2022). Unifikovani klinichni protokoli pervynnoi, vtorynnoi (spetsializovanoi) ta tretynnoi (vysokospetsializovanoi) medychnoi dopomohy «Hipertenzivni rozlady pid chas vahitnosti, polohiv ta u pislapolohovomu periodi». Zdorov'ia Ukrainy. (1-2): 28-35. [Артьоменко ВВ, Дубоссарська ЮО, Жилка НЯ, Жук СІ, Камінський ВВ, Коньков ДГ, та інш. (2022). Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді». Здоров'я України. (1-2): 28-35].
4. Brownfoot F, Rolnik D. (2024). Prevention of preeclampsia. Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology. 93: 102481.
5. Chang K, Seow K, Chen K. (2023). Preeclampsia: Recent Advances in Predicting, Preventing, and Managing the Maternal and Fetal Life-Threatening Condition. International Journal of Environmental Research and Public Health. 20(4): 2994. doi: 10.3390/ijerph20042994. PMID: 36833689; PMCID: PMC9962022.
6. Derzhavna statystyka Ukrainy. (2024). Demohrafichna ta sotsialna statystyka. [Державна статистика України. (2024). Демографічна та соціальна статистика]. URL: https://www.ukrstat.gov.ua/operativ/oper_new.html.
7. Dines V, Šuvakov S, Kattah A, Vermunt J, Narang K, Jayachandran M et al. (2023). Preeclampsia and the Kidney: Pathophysiology and Clinical Implications. Comprehensive Physiology. 13(1): 4231-4267.
8. D'Souza R, Kingdom J. (2016). Preeclampsia. Canadian Medical Association Journal. 188: 1178-1178.
9. Gracia V, Vargas C, Sánchez J, Collantes-Cubas J. (2023). Preeclampsia: Narrative review for clinical use. Heliyon. 9(3):

- e14187. doi: 10.1016/j.heliyon.2023.e14187. PMID: 36923871; PMCID: PMC10009735.
10. Gumusoglu S, Chilukuri A, Santillan D, Santillan M, Stevens H. (2020). Neurodevelopmental Outcomes of Prenatal Preeclampsia Exposure. *Trends in Neurosciences*. 43: 253-268.
 11. Han C, Chen Y, Dong J. (2021). Prothrombotic state associated with preeclampsia. *Current Opinion in Hematology*. 28: 323-330.
 12. MacDonald T, Walker S, Hannan N, Tong S, Kaitu'u-Lino T. (2021). Clinical tools and biomarkers to predict preeclampsia. *EBioMedicine*. 75: 103780. Epub 2021 Dec 23. doi: 10.1016/j.ebiom.2021.103780. PMID: 34954654; PMCID: PMC8718967.
 13. Masini G, Foo L, Tay J, Wilkinson I, Valensise H et al. (2021). Preeclampsia has two phenotypes which require different treatment strategies. *American journal of obstetrics and gynecology*. 226(2S): S1006-S1018. Epub 2021 Jun 10. doi: 10.1016/j.ajog.2020.10.052. PMID: 34774281.
 14. Miller D, Motomura K, Galaz J, Gershater M, Lee E et al. (2021). Cellular immune responses in the pathophysiology of preeclampsia. *Journal of Leukocyte Biology*. 111: 237-260.
 15. Mintser AP. (2018). Statisticheskie metody issledovaniya v klinicheskoy meditsine. *Prakticheskaya meditsina*. 3: 41-45.
 16. Nirupama R, Divyashree S, Janhavi P, Muthukumar S, Ravindra P. (2020). Preeclampsia: Pathophysiology and Management. *Journal of gynecology obstetrics and human reproduction*. 50(2): 101975. Epub 2020 Nov 7. doi: 10.1016/j.jogoh.2020.101975. PMID: 33171282.
 17. Opichka M, Rappelt M, Gutterman D, Grobe J, McIntosh J. (2021). Vascular Dysfunction in Preeclampsia. *Cells*. 10(11): 3055. doi: 10.3390/cells10113055. PMID: 34831277; PMCID: PMC8616535.
 18. Overton E, Tobes D, Lee A. (2022). Preeclampsia diagnosis and management. *Best practice & research. Clinical anaesthesiology*. 36(1): 107-121.
 19. Roberts J. (2024). Preeclampsia epidemiology(ies) and pathophysiology(ies). *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*. 94: 102480.
 20. Roberts J, Rich-Edwards J, McElrath T, Garmire L, Myatt L. (2021). Subtypes of Preeclampsia: Recognition and Determining Clinical Usefulness. *Hypertension*. 77: 1430-1441.
 21. Spichak KO, Govsieiev DO. (2023). An analysis of perinatal outcomes in pregnant women with arterial hypertension in Poland and Ukraine during times of conflict. *Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics*. 2(94): 70-76.
 22. Tsentr medychnoi statystyky MOZ Ukrainy. (2025). Statystychni dani 2022-2024 r. [Центр медичної статистики МОЗ України. (2025). Статистичні дані 2022-2024 р.]. URL: <http://medstat.gov.ua>
 23. Wan Y, Arvizu M, Rich-Edwards J, Wang L, Rosner B, Stuart J et al. (2021). Hypertensive Disorders of Pregnancy and Subsequent Risk of Premature Mortality. *Journal of the American College of Cardiology*. 77(10): 1302-1312.
 24. Wang Y, Li B, Zhao Y. (2022). Inflammation in Preeclampsia: Genetic Biomarkers, Mechanisms, and Therapeutic Strategies. *Frontiers in Immunology*. 13: 883404. doi: 10.3389/fimmu.2022.883404. PMID: 35880174; PMCID: PMC9307876.
 25. Wu P, Green M, Myers J. (2023). Hypertensive disorders of pregnancy. *BMJ*. 381: e071653. doi: 10.1136/bmj-2022-071653. PMID: 37391211. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-071653>.

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 28.04.2025 р., прийнята до друку 16.09.2025 р.