



УДК 618.2:618.4]-06-055.28-057.66

ПЕРИНАТАЛЬНІ АСПЕКТИ ЗДОРОВ'Я ЖІНОК, ЯКІ БАГАТО НАРОДЖУВАЛИ

О. В. Цмур, Т. В. Гаранко

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», медичний факультет, кафедра акушерства та гінекології, м. Ужгород

Вступ

Несприятливі демографічні показники на території України впродовж останніх років свідчать про стійкий від'ємний приріст населення. Станом на 1 грудня 2010 року чисельність населення становила 45 млн 795 тис. 911 осіб, а 1 березня 2011 року – 45 млн 750 тис. [Ю.В. Вороненко, В.Ф. Москаленко. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. 2000 р.]

У середньому по Україні показник коефіцієнта народжуваності складає 10,6 народжених на 1000 жителів. Найвищий (більше ніж 14 немовлят на 1000 осіб) – у Волинській, Закарпатській та Рівненській областях. [Ю.В. Вороненко, В.Ф. Москаленко. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. 2000 р.]

Позитивний приріст населення в Закарпатській області (+1,4) спостерігається в основному за рахунок багатородячих жінок, які найчастіше трапляються серед ромського населення [Ю.В. Вороненко, В.Ф. Москаленко. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. 2000 р.]

За даними Всеукраїнського перепису 2001 року в Україні проживає 47,6 тис. осіб ромського походження. В Закарпатській області – 14004. Цей факт може пояснити високий показник народжуваності в Закарпатській області, адже в 95% випадків у звичайній сім'ї ромів більше 4 дітей.

Мета дослідження

Вивчити особливості репродуктивного здоров'я та перинатальних ускладнень у багатородячих жінок ромського походження

Матеріали і методи

Було вивчено, проаналізовано, проведено клініко-статистичну обробку 150 індивідуальних карт вагітних, 150 історій пологів

та 150 карт розвитку новонароджених. Всі жінки спостерігалися та народжували в умовах Ужгородського міського перинатального центру (УМПЦ). Групи дослідження поділені за національною ознакою: I група – основна (75 жінок ромського походження), II група – контрольна (75 жінок українського походження).

Результати досліджень

Середній вік жінок I групи (основної) становить 26,7 р., II групи (контрольної) – 23,8 р.

Щодо місця проживання, то 44% (33 із 75) жінок I групи (основної) та 65,3% (49 із 75) II групи (контрольної) жителі міста, 56% (42 із 75) жінок I групи та 34,7% (26 із 75) II групи жителі села.

Визначальними рисами способу життя ромської сім'ї є традиційне домінування чоловіка як годувальника і економічна залежність жінки від чоловіка. Роль жінки пов'язана насамперед із материнством, доглядом за дітьми та веденням домашнього господарства. Зазвичай, ромські жінки не працюють, а такі заняття, як ворожіння і жебракування, не підвищують їх статус. Поєднання материнства і професійної зайнятості, що характерно для багатьох сучасних жінок, у ромській родині не є прийнятним.

Підтвердженням вищевказаного є результат аналізу зайнятості жінок основної і контрольної групи. Як виявилось, в I групі (основній) показник зайнятості складає 0%, на відміну від II групи (контрольної), де 84% (63 із 75) жінок одночасно з народженням та вихованням дітей мають соціально значимий статус (рис. 1).

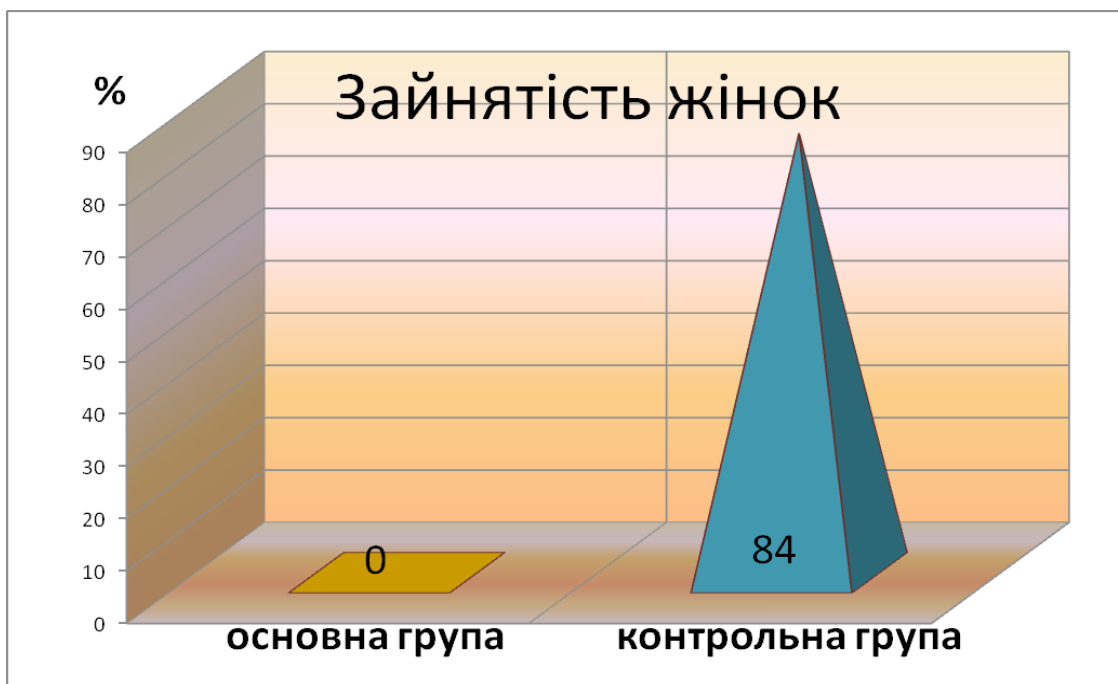


Рис. 1. Зайнятість жінок

При проведенні аналізу сімейного стану виявилось, що лише 8% (6 із 75) жінок I групи перебувають у зареєстрованому шлюбі,

на відміну від II групи, де ця цифра складає 93,3% (69 із 75) (рис. 2).

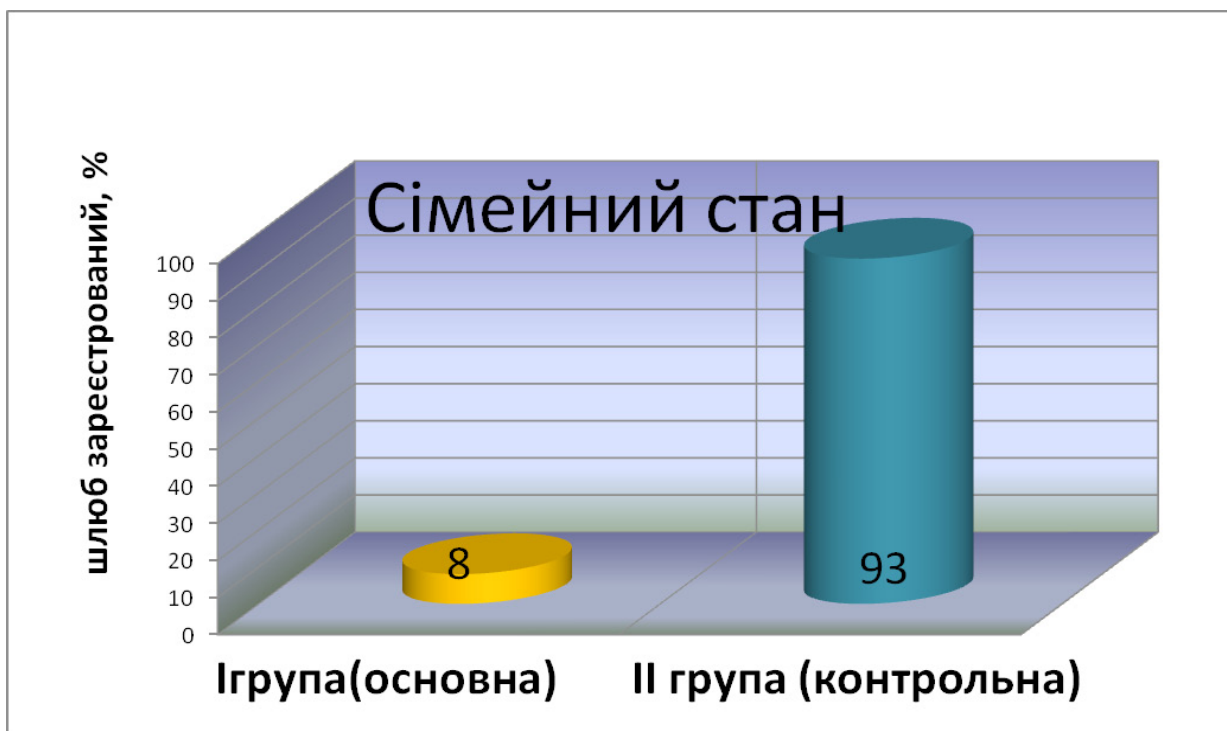


Рис. 2. Сімейний стан

В результаті дослідження виявлено, що на обліку в жіночих консультаціях у зв'язку з вагітністю перебували 66,7% (50 із 75) жінок I групи (основної) та 100% (75 із 75) жінок II контрольної групи (рис. 3). Цікавим є те,

що до введення соціальної допомоги при народженні дитини, лише 3,2% жінок ромського походження спостерігалися у жіночих консультаціях у зв'язку з вагітністю, а за останні роки ця цифра зросла майже до 92%.

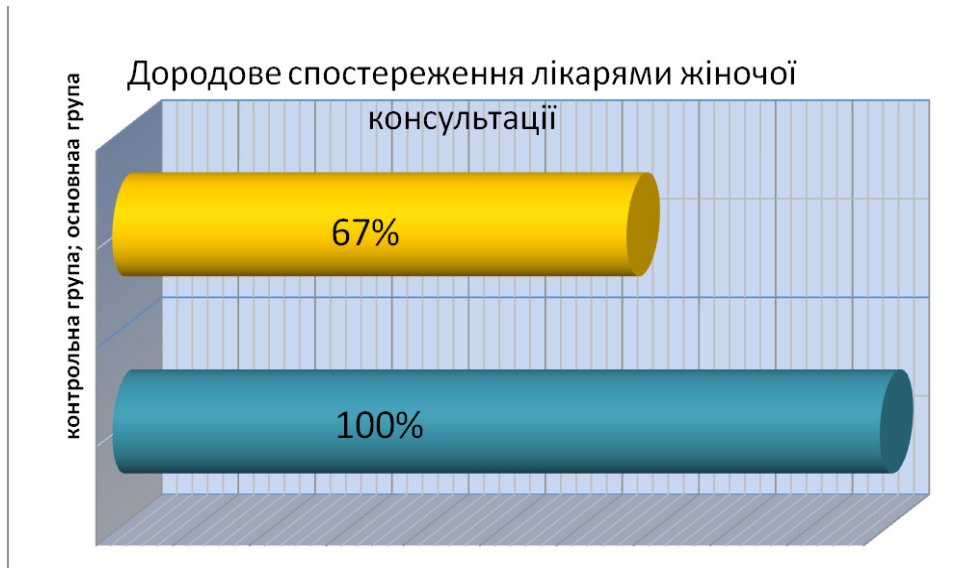


Рис. 3. Дородове спостереження лікарями жіночої консультації

Із загального анамнезу стало відомо, що початок менструацій в обох групах жінок настає в майже однаковому віці, на відміну від початку статевого життя з різницею в 5 років: в I групі – в 13,3; в II групі – 18,8 (рис. 4).

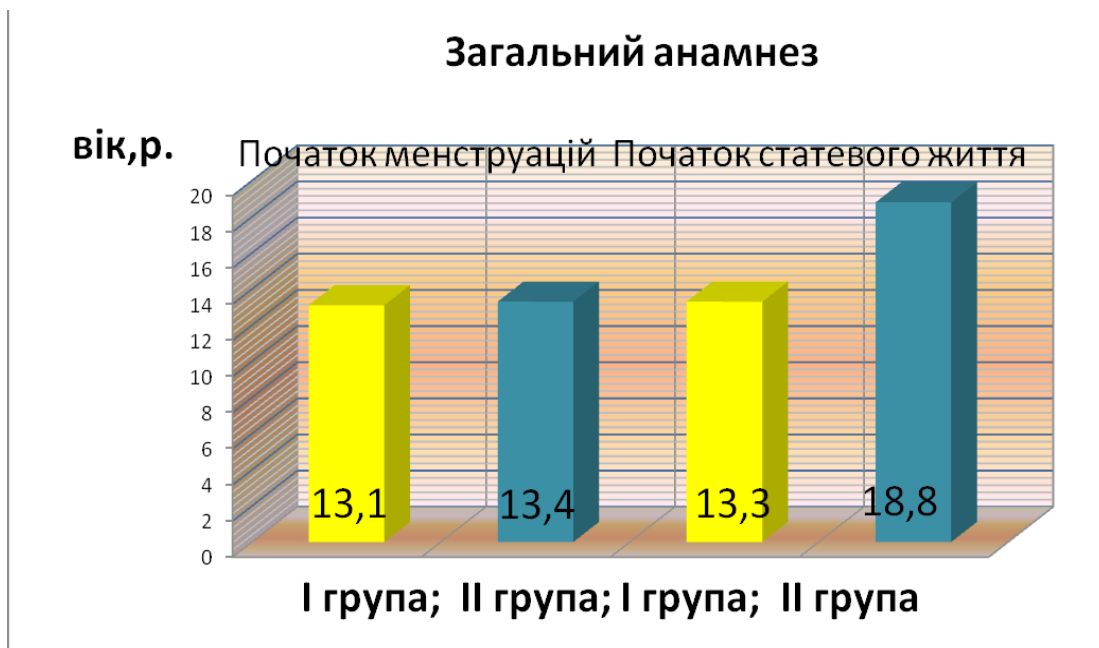


Рис. 4. Загальний анамнез

Отримані результати в I групі відтворюють специфіку моделі ромської сім'ї, яка пов'язана з традиційним поглядом на статево-стосунки, який припускає можливість сексуальних стосунків без офіційно зареєстрованого шлюбу. Реєстрація шлюбу для них є не обов'язковою і небажаною, у зв'язку з наданням фінансової допомоги в разі виховання дітей матерями-одиначками. Існуючі в ромській спільноті звичаї припускають ранній

початок статевого життя, але з одним чоловіком, тобто в громадянському шлюбі, що, відповідно, зумовлює ранній початок дітородної функції ромської жінки.

При статистичному дослідженні анамнестичних даних загальної захворюваності жінок досліджуваних груп (табл. 1) бачимо, що в жінок I групи (основної) переважають захворювання дихальної системи, а в жінок II групи (контрольної) – травної.



Таблиця 1

Загальний анамнез

Загальні захворювання	I група, %	II група, %
гострі респіраторні вірусні інфекції	82	52
дитячі інфекції	50	40
bronхіт	20	1,3
туберкульоз легень	8	0
пневмонія	6	0
захворювання шлунково-кишкового тракту	2	6,7

На нашу думку, високий відсоток захворювань дихальної системи серед жінок I групи (основної) можна пояснити поганими житловими та санітарно-гігієнічними умовами, способом життя, недостатнім харчуванням, в результаті чого вони часто мають ослаблений імунітет (про що свідчать епідемії туберку-

льозу), що обумовлює їх сприйнятливність до інфекцій.

При обробці даних спеціального гінекологічного анамнезу виявлено, що у жінок I групи (основної) переважають запальні захворювання жіночих статевих органів (табл. 2).

Таблиця 2

Спеціальний анамнез

Гінекологічні захворювання	I група, %	II група, %
запальні захворювання жіночих статевих органів	84	23
кольпіт	80	20
кіста яєчника	8	2,7

Із анамнестичних даних досліджуваних груп жінок ми дізналися, що дату останніх місячних та дату перших поштовхів жінки I гру-

пи пам'ятають погано, на відміну від жінок II групи (рис. 5).

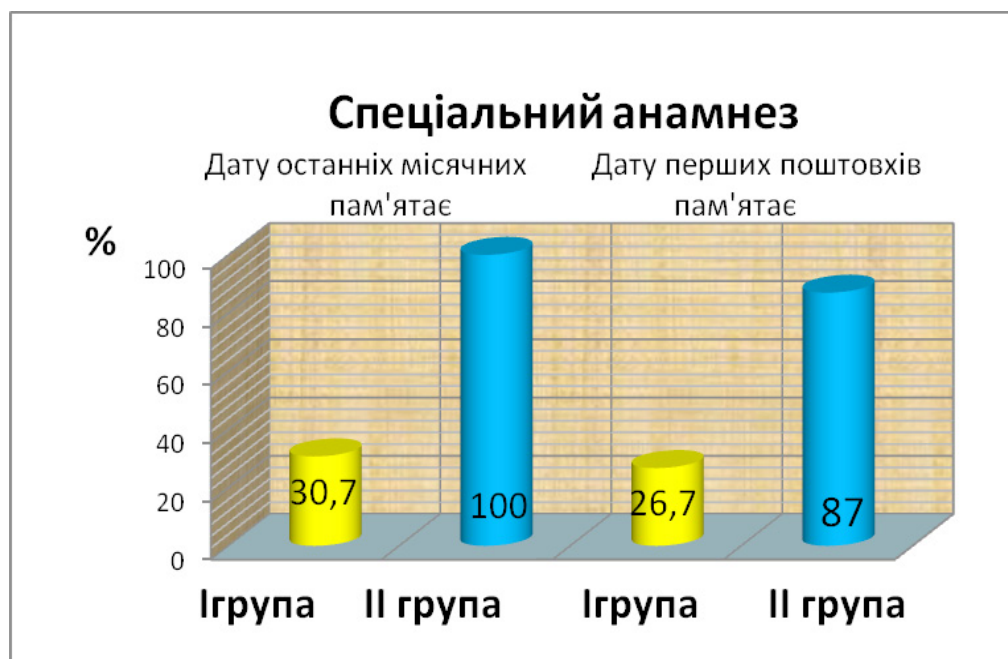


Рис. 5. Спеціальний анамнез



Найбільшої уваги заслуговує той факт, що повторновагітних жінок у I групі (основній) є 91%, на відміну від II групи (контрольної), де кількість повторновагітних складає лише 51%.

Для I групи (основної), з середнім віком жінок 26,7 р., враховано показник кількості випадків вагітності для однієї жінки до даного віку, і він складає 4,9. Показник випадків вагітності, які закінчилися пологамі складає 3,7. Також відомо про 5 мертвнонароджень.

Отже, різницю, яка дорівнює 1,2 випадку на одну жінку, складають самовільні та медичні аборти. З анамнезу відомо, що в 75 жінок I групи зареєстровано 52 випадки самовільного абортів та 23 – медичного.

Враховуючи середній вік жінок (26,7 р.) I (основної) групи, вік, від якого жінки цієї групи починають жити статевим життям (13,3) та кількість вагітностей (4,9), можна зробити висновок, що перерви між вагітностями були невеликими і складають приблизно 1,5 р.

Щодо II групи, з середнім віком 23,8 р., показник кількості випадків вагітностей на одну жінку до даного віку складає 1,76. Показник кількості випадків вагітностей, які закінчилися пологамі – 1,63. Мертвнонароджень – 0.

Це означає, що у 0,13 випадку на одну жінку вагітність закінчується самовільним чи медичним абортів. В анамнезі 75 жінок II групи зареєстровано 7 випадків самовільного та 3 випадки медичного абортів.

При ретроспективному аналізі індивідуальних карт вагітних виявлено: незважаючи на те, що 33,3% жінок I групи (основної) є необстеженими, відсоток ускладнень у жінок основної групи, який складає 60%, є значно вищим ніж у жінок II групи, де ускладнення вагітності виявлено в 27% вагітних. Найчастіше траплялися такі ускладнення вагітності, як набряки вагітних, анемія вагітних, багатоводдя, маловоддя, затримка внутрішньоутробного розвитку плода (ЗВУР), які складають досить високий перинатальний ризик. (табл. 3).

Таблиця 3

Перебіг вагітності

Ускладнення вагітності	I група, %	I група, число жінок із 50	II група, %	II група, число жінок із 50
кольпіт	80	40	30	15
набряки вагітних	36	18	0	0
анемія вагітних	36	18	0	0
багатоводдя	22	11	2	1
варикозне розширення вен нижніх кінцівок	18	9	6	3
маловоддя	16	8	4	2
ЗВУР	12	6	0	0
загроза передчасних пологів	12	6	14	7
порушення матково-плацентарного кровообігу	10	5	0	0
пієлонефрит вагітних	8	4	0	0
вроджені вади розвитку	8	4	0	0
гіпотрофія плоду	6	3	0	0
пreekлампсія	4	2	0	0
крупний плід	2	1	2	1
ранній гестоз	2	1	4	2
нейро-циркуляторна дистонія по гіпертонічному типу	0	0	2	1



В анамнезі кесарів розтин був у 18% жінок основної групи, найчастішими показаннями до якого стали відшарування плаценти, неправильне положення плода, тяжкі гестози, анатомічно та клінічно вузький таз, на відміну від жінок контрольної групи, де відсоток жінок із кесаревим розтином в анамнезі складає 4%, а найчастішим показанням був дистрес плода.

Як в основній, так і в контрольній групах відсоток пологів, які настали в тер-

мін від 37 до 41 тижня (строкових пологів), майже однаковий (I група – 84%, II група – 85%), на відміну від відсотку передчасних пологів, який більший у жінок II групи – 15% (в I групі – 11%), та відсотку запізнених пологів, які трапляються лише в жінок I групи – 5,3%.

Щодо ускладнень пологів, то в I групі в 65,3% (49 із 75) жінок пологи пройшли з ускладненнями; в II групі – у 28% (21 із 75) (табл. 4).

Таблиця 4

Перебіг пологів

Ускладнення пологів	I група, %	I група, число жінок із 75	II група, %	II група, число жінок із 75
передчасний розрив плодових оболонок	16	12	9,3	7
дефект посліду	10,7	8	0	0
кровотеча в пологах	6,7	5	1,3	1
дородовий розрив плодових оболонок	5,3	4	0	0
передчасне відшарування нормально розташованої плаценти	5,3	4	0	0
дистрес плода в пологах	4	3	4	3
аномалії пологової діяльності	4	3	2,7	2
коротка пуповина	0	0	2,7	2

Пологовий травматизм матері: розрив м'яких тканин промежини – в 8% (6 із 75) жінок I групи та 16% (12 із 75) II групи, що можна пояснити більшим відсотком першородячих серед жінок II групи.

При проведенні аналізу оперативних втручань у групах порівняння виявилось, що відсоток кесаревих розтинів майже однако-

вий. У 86,7% (65 із 75) жінок I групи (основної) та 88% (66 із 75) II групи розродження проведено природними шляхами, кесарів розтин було здійснено 11,3% (10 із 75) жінкам I групи та 12% (9 із 75) II групи. Однак відсоток оперативних втручань у природних пологах значно переважає у жінок I групи (основної) (табл. 5).

Таблиця 5

Оперативні втручання

Оперативні втручання	I група, %	I група, число жінок із 75	II група, %	II група, число жінок із 75
кесарів розтин	13,3	10	12	9
амніотомія	5,3	4	2,7	2
інструментальна ревізія матки	5,3	4	0	0
ручна ревізія порожнини матки	5,3	4	0	0
вакуум-екстракція	4	3	0	0
акушерські щипці	4	3	1,3	1



Достатньо часто під час пологів спостерігалася слабкість родової діяльності, яка коригувалася медикаментозно (в I групі – у 10,7% (8 із 75) жінок, в II групі – у 2,7% (2 із 75)), що можна пояснити великим відсотком жінок, які багато народжували, які входять до складу основної групи.

Цікавим фактом є те, що середнє значення загальної крововтрати у жінок I групи (основної) склало 250 мл, при цьому межа коливання складає від 150 до 380 мл, а у жінок II групи (контрольної) – 130 мл.

Післяпологовий період у 2,7% (2 із 75) жінок I групи (основної) ускладнився післяпологовим ендометритом. В II групі (контрольної) післяпологові септичні ускладнення не спостерігалися.

Накладання вторинних швів на розриви промежини більш характерно для жінок II групи (контрольної) в зв'язку з більшим травматизмом у перших пологах (49% першородячі), на відміну від II групи (основної), де частіше траплялися повторні пологи (91%).

При проведенні аналізу карт розвитку новонароджених виявлено, що обвиття пуповиною навколо шиї плода відзначено в 17,3% (13 із 75) жінок I групи та у 6,7% (5 із 75) II групи; випадки асфіксії новонароджених: в основній групі 4% (шкала Апгар 3-6 балів), в контрольній групі у 1%; у жінок I групи (основної) частіше народжуються хлопчики (64%), а у жінок II групи (контрольної) – дівчатка (60%); середня маса тіла новонароджених складала 2900 г

в I групі та 3330 г в II-ій; оцінка за шкалою Апгар – 7,5 бала в I-ій та 8,6 в II-ій.

В подальшому діти, народжені жінками основної групи в більшості випадків відносяться до II-III груп здоров'я (91%), а діти жінок контрольної групи – до I (94%) або II (6%).

Висновки

В результаті проведеного клініко-статистичного дослідження було виявлено, що жінки ромського походження проживають, переважно, в незареєстрованому шлюбі і є домогосподарками. Вони рано починають жити статевим життям, рано вперше вагітніють, що є причиною великого відсотка юних першородок (13-14 р.). Середня кількість вагітностей становить 4,9 випадку на 1 жінку. Низький життєвий рівень, погані житлові умови, в яких проживають ромські багатодітні сім'ї, відсутність практики здорового способу життя та нераціональне харчування призводять до частих соматичних та гінекологічних захворювань, які в свою чергу призводять до погіршення перинатального здоров'я. Підтвердженням цього є гірші перинатальні наслідки вагітності та розродження в жінок основної групи ніж у жінок контрольної.

Для покращення вищенаведеної ситуації необхідно проводити пропаганду здорового способу життя, планування сім'ї, усвідомленого ставлення до вагітності і пологів, активного спостереження вагітності, виявлення і ведення груп ризику.

Резюме. У статті наведено основні перинатальні аспекти здоров'я жінок, які багато народжували. Проаналізовано перебіг вагітності, пологів, післяпологового періоду та стану немовлят. Виявлено, що перинатальні наслідки в жінок основної групи гірші, ніж у жінок контрольної.

Ключові слова: особливості, перебіг вагітності, пологи, післяпологовий період, ускладнення, ромське походження, багатоводдя.

Perinatal aspects of women's health that many birth.

O. V. Tsmur, T. V. Harapko

Summary. The article presents the main aspects of perinatal health of women, many giving birth. Analyzed pregnancy, childbirth, postpartum and infant state. Found that perinatal outcomes in women worse than the main group of control women.

Key words: features, course of pregnancy, childbirth, postpartum, complications, of Roma origin, polyhydramnios.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абрамович С.А. Течение и исход беременности и родов у многорожавших женщин / С.А. Абрамович, Н.В. Толстопятова // XI итоговая (межвузовская) научная конференция молодых ученых и студентов: тез. докл. – Ставрополь, 2003. – С. 4–5.



2. Анартаева М.У. Влияние медико-социальных факторов на показатели материнской смертности / М.У. Анартаева //Вестник СПб. Гос. мед. акад. им. И.И. Мечникова. – 2004. – С. 211–212.
3. Вороненко Ю.В. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я: Підручник / Ю.В. Вороненко, В.Ф. Москаленко. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 344 с.
4. Манкевич Я.Б. Особенности течения и исхода беременности у многорожавших женщин старшей возрастной группы / Я.Б. Манкевич, Е.П. Патрикеева //XII итоговая (межвузовская) научная конф. молодых ученых и студентов: Тез. докл. – Ставрополь, 2004. – С. 29–30.
5. Міжнародний фонд «Відродження». Харківський інститут соціальних досліджень. Вивчення правових потреб ромського населення в Закарпатській та Черкаській областях / Кол. Авт. – Х.: ХІСД, 2012. – 48 с.
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України №676 від 31.12.2004 р. Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги.
7. Український інститут соціальних досліджень. Аналітичний звіт «Аналіз реальних проблем та потреб ромів в Україні» / Центр «Соціальний моніторинг»// Київ: жовтень 2003. – С. 22–39.
8. Bullough C. Current strategies for the reduction of maternal mortality / C. Bullough, N. Meda, K. Makowiecka et al. ///Br. J. Obstet. Gynecol. – 2005. – Vol. 112. – P. 1180–1188.