

УДК 618.2-084+613.88

КОРОЛЮК Н.П., БЕНЮК В.О., КУРОЧКА В.В., МАНЖУЛА Л.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,  
кафедра акушерства і гінекології №3

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ОДИНОКИХ ЖІНОК

*Соціально-економічні, морально-психологічні і медично-демографічні особливості материнства у одиноких жінок дозволяють вважати, що це явище поєднане із несприятливими наслідками соціального та медичного характеру.*

*Мета дослідження – оцінити вплив психологічних і соціальних чинників на перебіг вагітності та пологів, стан новонароджених у одиноких жінок.*

*Матеріали і методи дослідження. Проведений клініко-статистичний аналіз обстежуваних, вивчено перебіг та ускладнення вагітності, пологів і стан новонароджених. Основна група – 110 одиноких матерів та їх новонароджені (110); контрольна група - 110 заміжніх матерів та їх новонароджені (110).*

*Результати дослідження. В статті представлені дані про перебіг вагітності та пологів в залежності від шлюбного стану жінок. Середній вік одиноких жінок склав  $29,3 \pm 0,5$  роки, заміжніх -  $23,7 \pm 0,6$  років; серед одиноких 24,5% жінок старше 30 років. У 73,6% жінок основної групи вагітність незапланована, що втричі перевищує показники групи контролю. Виявлено у 71,8% одиноких жінок обтяжений соматичний анамнез та у 64,5% - обтяжений гінекологічний анамнез, що зумовлює високу частоту плацентарної дисфункції (60%), загрози переривання вагітності (47,2%). Високий рівень серцево-судинних захворювань (23,6%) та сечостатевої системи (20%) у одиноких обумовлює у 4 рази вищий рівень передчасних пологів порівняно з заміжніми (7,2% та 1,8% відповідно). У 30% одиноких жінок пологи завершилися шляхом операції кесарів розтин, що у 2,8 разів перевищує показник заміжніх жінок (10,9%) В основній групі дистрес плода виявлено у 14,9%, що в 1,6 разів частіше порівняно з групою контролю (9,3%). Пологовий травматизм спостерігався у 55,4% одиноких породілей, це вдвічі перевищує показники контрольної групи. Ускладнення післяпологового періоду у одиноких матерів зустрічалися у 18,7%, що в 3 рази частіше порівняно з заміжніми.*

*Висновок. Одинокі жінки становлять групу високого ризику щодо розвитку акушерських та перинатальних ускладнень, це обумовлено рядом медичних та соціальних причин.*

*Ключові слова: вагітність та пологи, одинокі жінки, перинатальні ускладнення.*

Однією з основних особливостей сучасної демографічної ситуації є чітка тенденція до збільшення кількості пологів у одиноких жінок. У високорозвинених країнах частота вагітностей і пологів у одиноких жінок коливається від 6 до 22% [7]. Значна частка позашлюбних народжень припадає на юні та вікові групи жінок, проте за останнє десятиліття відзначається ріст позашлюбних народжень серед жінок репродуктивного віку [1,4].

Перебіг вагітності і пологів у одиноких жінок має високий ризик перинатальних ускладнень. Для них характерним є збільшення частоти преєклампсії, анемії, плацентарної дисфункції та невиношування [3,6]. Соціально-економічні, морально-психологічні і медично-демографічні

особливості материнства у одиноких жінок дозволяють вважати, що це явище поєднане із несприятливими наслідками соціального і медичного характеру [2,5].

### МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Оцінити вплив психологічних і соціальних чинників на перебіг вагітності та пологів, стан новонароджених у одиноких жінок.

### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Основна група – 110 одиноких матерів, які під час вагітності перебували на обліку у жіночих консультаціях, та їх новонароджені (110) в період

перебування у пологовому будинку; контрольна група - 110 заміжніх матерів та їх новонароджені (110). Проведений клініко статистичний аналіз та дослідження обстежуваних: оцінювали вік вагітної, статеву та репродуктивну функцію, екстрагенітальну та гінекологічну захворюваність, перебіг та ускладнення вагітності, пологів та стан новонароджених. Для опрацювання отриманого матеріалу використовували статистичні програми Statistica for Windows і Microsoft Excel 7.0 із застосуванням методів варіаційної статистики.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Середній вік обстежуваних жінок склав  $29,3 \pm 0,5$  роки у основній та  $23,7 \pm 0,6$  років – у контрольній групі. Серед одиноких  $24,5\%$  жінкам були старше 30 років. У  $73,6\%$  жінок основної групи вагітність незапланована, що втричі ( $23,6\%$ ) перевищує показники групи контролю ( $p < 0,05$ ). В основній досліджуваній групі у  $3,6\%$  одиноких жінок дана вагітність небажана.

Невід'ємною частиною планування сім'ї є контрацепція. При зборі анамнезу з'ясували, що  $61,8\%$  заміжніх жінок та  $20\%$  одиноких жінок використовували різні методи контрацепції ( $p < 0,05$ ). Кожна третя одинока жінка не запобігала вагітності, серед них у  $34,5\%$  початок статевого життя після 25 років.

Для нормального розвитку вагітності має значення психологічний стан вагітної. У більшості випадків одинока жінка сподівається, що народження дитини може змінити взаємини з батьком дитини до офіційного оформлення сімейних стосунків. Ставлення жінок до народження дитини, як регулятора сімейних відносин, відрізняється залежно від їх шлюбного стану. Вивчаючи мотивацію народження дитини серед одиноких матерів, ми з'ясували, що  $37,2\%$  хочуть мати дитину від коханої людини та  $30\%$  бачать у дитині сенс життя. За результатами дослідження -  $80\%$  жінок основної групи добровільно обрали шлях позашлюбного материнства,  $21,4\%$  жінок не можуть офіційно оформити сімейні стосунки через відмову батька дитини.

При вивченні соціального стану жінок: у контрольній групі  $67,2\%$  жінок-службовців з інтелектуально-розумовою працею, що в 1,6 разів перевищує показники основної групи; у 3 рази більше заміжніх жінок з вищою освітою. Серед одиноких жінок  $24,5\%$  домогосподарок, що в 5 разів ( $5,4\%$ ) перевищує показники групи контролю ( $p < 0,05$ ).

Виявили обтяжений соматичний анамнез у  $71,8\%$  вагітних в основній групі та у  $41,8\%$  – в групі контролю ( $p < 0,05$ ). Аналіз соматичного анамнезу виявив наявність вогнищ хронічної інфекції у  $44,5\%$  вагітних основної групи, що втричі перевищувало групу контролю. Ендокринні захворювання зустрічалися у  $33,6\%$  одиноких та  $17,2\%$  заміжніх жінок; захворювання серцево-судинної системи у  $23,6\%$  і  $12,7\%$  відповідно; хвороби шлунково-кишкового тракту –  $19,1\%$  та  $11,8\%$ ; патологія сечовидільної системи –  $20\%$  і  $9\%$  відповідно. Інші варіанти екстрагенітальної патології мали місце в поодиноких випадках і за групами достовірно не відрізнялися ( $p > 0,05$ ).

Гінекологічний анамнез обтяжений у  $64,5\%$  вагітних основної групи, тоді як в контрольній групі лише у  $24,5\%$  вагітних ( $p < 0,05$ ). До початку вагітності у обстежуваних жінок хронічні запальні захворювання матки та додатків зустрічалися у  $33,6\%$  основної та  $21,8\%$  контрольної групи; патологія шийки матки - у  $19\%$  і  $10,9\%$  та кісти яєчників - у  $11,8\%$  і  $6,3\%$ . Неплідність в анамнезі відмічали пацієнтки основної групи у 1,5 рази частіше, ніж у контрольній.

За результатами клінічної, психологічної та соціальної характеристики у більшості одиноких жінок вагітність протікала у несприятливих морально-психологічних умовах: у  $21,8\%$  жінок - відмова з боку батька;  $48,1\%$  наважились на позашлюбну вагітність, будучи впевненими, що дитина не поліпшить стосунки з його батьком; у  $82,7\%$  одиноких жінок доводиться розраховувати на матеріальну допомогу з боку своїх батьків.  $78,2\%$  одиноких жінок, вирішили народити дитину, виходячи із внутрішніх мотивів, незважаючи на стресовий стан.

Одинокі жінки стали на облік в жіночій консультації на 4 тижні пізніше, ніж заміжні вагітні ( $16 \pm 0,6$  та  $12,4 \pm 0,5$  тижнів відповідно).  $61,8\%$  одиноких стало на облік після 12 тижнів вагітності, кожна четверта - у другій половині вагітності. Рівень обслуговування в жіночій консультації задовольняє жінок, проте серед них у 2 рази більше пацієнток основної групи, які не впевнені в ефективності допомоги. Інформацію від лікаря жіночої консультації про вагітність та пологи отримують  $41,8\%$  одиноких жінок та  $80,9\%$  жінок контрольної групи.

Аналізуючи перебіг даної вагітності у обстежуваних жінок, слід зазначити, що загроза переривання вагітності та передчасних пологів в основній групі зустрічалась у  $47,2\%$  випадків, що в 2 рази перевищувало показники групи

контролю ( $p < 0,05$ ). Перебіг вагітності ускладнився раннім гестозом у 26,3 % жінок основної групи та у 19 % групи контролю; анемією у 50,9 % та у 32,7 % відповідно. Плацентарна дисфункція спостерігалася у 60% одиноких вагітних, що майже втричі (27,2 %) перевищувало показники вагітних контрольної групи ( $p < 0,05$ ).

Одинокі жінки рідше звертаються до медичних установ, що зумовлено соціальними факторами. В 1,5 рази менше одиноких жінок, порівняно з заміжніми, стають на облік у I триместрі вагітності. У 2 рази рідше відвідування одинокими вагітними лікаря жіночої консультації. Рівень госпіталізації у стаціонар під час вагітності для корекції ускладнень в основній групі у 1,3 разу нижчий, ніж серед заміжніх вагітних. Рівень допологової госпіталізації у основній групі в 1,2 рази вищий, ніж у контрольній.

Одним із важливих показників перинатального благополуччя є термін вагітності на момент пологів. Частота термінових пологів складала в основній групі – 71,8 %, у контрольній – 87,3 %; передчасних пологів – 7,2 % і 1,8 % відповідно; у 41-42 тижні – 21 % і 10,9 % відповідно. Передчасні пологи у одиноких жінок спостерігалися в 4 рази частіше в порівнянні з заміжніми жінками ( $p < 0,05$ ) та відбулися за медичними показаннями у 50,2 % жінок з серцево-судинною патологією та у 25,2 % - з захворюваннями сечостатевої системи.

Рівень оперативного розродження шляхом кесаревого розтину при передчасних пологах серед вагітних основної групи складав 71,2 % (у контрольній групі – 13,6 %), більшість операцій проведено в ургентному порядку. Дострокове оперативне розродження в основній групі вагітних проведено за життєвими показаннями з боку матері.

Сумарний рівень патології при розродженні складав в основній групі 62,6 %, у контрольній – 30,1 %. Ці відмінності мали місце за рахунок передчасного розриву плодових оболонок (основна група – 39,3 %, контрольна – 26,2 %) та дистресу плода (основна група – 14,9 %, контрольна – 9,3 %).

Акушерські операції та втручання мають особливе значення для зниження материнської, дитячої, перинатальної захворюваності і смертності. У групі одиноких розродження шляхом операції кесарів розтин (30%) у 2,8 разів частіше, ніж у заміжніх жінок (10,9%) ( $p < 0,05$ ). В обох групах жінок рівень оперативного розродження знаходиться у прямій залежності від віку вагіт-

ної. Проте серед одиноких породілей, яким проведено кесарів розтин, 49,1 % відноситься до вікової групи 20–29 років, у контрольній групі – 21,3 %.

У даному дослідженні 18,7 % породіль з основної групи мали ускладнення післяпологового періоду, з яких 9,8 % інфекційно-запального характеру. У контрольній групі рівень інфекційних ускладнень у 4 рази нижче і складав 2,4 %.

Механізми виношування плода і народження дитини підлягають значному впливу численних соціальних факторів, у тому числі шлюбного стану вагітної. У результаті даного дослідження виявлено високий рівень (71,8 %) екстрагенітальної захворюваності серед одиноких вагітних, що зумовлює високу частоту плацентарної дисфункції (60%). Кожна друга одинока вагітна (44,5 %) переводиться у пологове відділення з відділення патології вагітних. Частота індукованих пологів в основній групі 21%, що перевищує у 2 рази (10,9%) групу контролю ( $p < 0,05$ ). Високий рівень захворюваності серцево-судинними захворюваннями (23,6 %) та сечостатевої системи (20%) у одиноких вагітних обумовлює у 4 рази вищий рівень передчасних пологів порівняно з заміжніми жінками (7,2 % та 1,8 % відповідно). В основній групі дистрес плода виявлено у 14,9 %, що в 1,6 разів частіше порівняно з групою контролю (9,3%) ( $p < 0,05$ ). Пологовий травматизм спостерігався у 55,4% одиноких породілей, це вдвічі перевищує показники контрольної групи (31,8%) ( $p < 0,05$ ). Ускладнення послідового та раннього післяпологового періодів у одиноких матерів зустрічалися у 18,7 %, що в 3 рази частіше порівняно з заміжніми ( $p < 0,05$ ).

Перебіг раннього послідового періоду у одиноких породілей ускладнився гіпотонічною кровотечею у 10% жінок та у 5 разів перевищив цей показник у контрольній групі (1,8%), що зумовило підвищення втричі частоти патологічної крововтрати в основній групі, порівняно з контрольною групою ( $p < 0,05$ ). Високий рівень екстрагенітальної патології, гінекологічних захворювань, обтяжений перебіг вагітності і пологів, високий відсоток оперативного розродження (30%) в одиноких жінок зумовлює підвищення у 4 рази частоти післяпологових інфекційних ускладнень (9,8%), порівняно з заміжніми ( $p < 0,05$ ). Це впливає на час перебування породілі у післяпологовому відділенні. Вдвічі більше одиноких породіль затримуються в стаціонарі через показання з боку матері порівняно з заміжніми.

У нашому дослідженні частота тазового передлежання плода у одиноких вагітних склала 8,2% та перевищила цей показник у заміжніх в 3 рази (2,7%) ( $p < 0,05$ ). 11,8% дітей, що народились поза шлюбом, мали ознаками переносування, цей показник у 1,8 разів перевищує групу контролю. У 3,6% новонароджених основної групи виявлені вадами розвитку, в групі контролю - не виявлено. Частота пологового травматизму новонароджених в основній групі склала 10,9%, що у 1,6 рази перевищує показники контрольної групи (6,4%), серед них переважають ушкодження центральної нервової системи ( $p < 0,05$ ). У зв'язку з тяжкістю свого стану переведено у спеціалізовані дитячі лікарські заклади 11,8% новонароджених основної групи, що в 1,5 разів більше групи контролю (7,2%). Перебіг раннього неонатального періоду у дітей, які народились поза шлюбом, визначається комплексом факторів, що є результатом особливостей шлюбного стану незаміжніх матерів, знання і облік яких потрібні лікарям для ефективного медичного обслуговування одиноких жінок та їх дітей.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, одинокі жінки становлять групи високого ризику щодо розвитку акушерських та перинатальних ускладнень. Це обумовлено рядом не лише медичних, але й соціальних причин. Отримані результати необхідно враховувати у практичній охороні здоров'я при розробці комплексу прогностичних і лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на зниження акушерської та перинатальної патології.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ситник А. П. Клінічні та медико-соціальні аспекти позашлюбної вагітності та пологів / А. П. Ситник // Репродуктивное здоровье женщины. - 2008. - № 4. - С. 132-134.
2. Овчарова Р.В., Мягкова М.А. Материнство в неполной семье: монография. - Курган : Изд-во Курганского гос. ун-та, 2014. - 356 с.
3. Данилова С.С. Одинокое материнство в общественном мнении // Социологические исследования. - 2009. - № 5. - С. 138-141.
4. Чеховська І.В. Соціальний захист одиноких матерів: аналіз основних положень законодавства. Міжнародний юридичний вісник: актуальні проблеми сучасності (теорія та практика). - 2017. - № 1 (5). - 191-201.
5. Tunali B., Power T.G. Coping by redefinition:

cognitive appraisals in mothers of children with autism and children without autism // J. Autism Dev. Disord. - 2002. - Vol. 32, № 1. - P.: 25-34.

6. Winkvist A., Akhtar H.Z. God should give daughters to rich families only: attitudes towards childbearing among low-income women in Punjab, Paki-stan // Soc. Sci. Med. - 2000. - Vol. 51, № 1. - P.: 73-81.
7. Manning W.D. Childbearing in cohabiting unions: racial and ethnic differences // Fam. Plann. Perspect. - 2001. - Vol. 33, № 5. - P.: 217-223.

## РЕЗЮМЕ

### ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ОДИНОКИХ ЖЕНЩИН

КОРОЛЮК Н.П., БЕНЮК В.О.,  
КУРОЧКА В.В., МАНЖУЛА Л.В.

Социально-экономические, морально-психологические и медико-демографические особенности материнства у одиноких женщин позволяют считать, что это явление сопряжено с неблагоприятными последствиями социального и медицинского характера.

**Цель исследования:** оценить влияние психологических и социальных факторов на течение беременности и родов, состояние новорожденных у одиноких женщин.

**Материалы и методы исследования.** Проведен клинико-статистический анализ обследуемых, изучено течение и осложнения беременности, родов, состояние новорожденных. Основная группа - 110 одиноких матерей и их новорожденных (110) контрольная группа - 110 замужних матерей и их новорожденных (110).

**Результаты исследования.** В статье представлены данные о течении беременности и родов в зависимости от брачного состояния женщин. Средний возраст одиноких женщин составил  $29,3 \pm 0,5$  года, замужних -  $23,7 \pm 0,6$  лет; среди одиноких 24,5% женщин старше 30 лет. У 73,6% женщин основной группы беременность незапланированная, что в 3 раза превышает показатели группы контроля. Выявлено у 71,8% одиноких женщин отягощенный соматический анамнез и у 64,5% - отягощенный гинекологический анамнез, что обуславливает высокую частоту плацентарной дисфункции (60%), угрозы прерывания беременности (47,2%). Высокий уровень сердечно - сосудистых заболеваний (23,6%) и мочепо-

ловой системы (20%) у одиноких обуславливает в 4 раза выше уровень преждевременных родов по сравнению с замужними женщинами (7,2% и 1,8% соответственно). У 30% одиноких женщин роды закончились путем операции кесарево сечение, что в 2,8 раза превышает показатели замужних женщин (10,9%) В основной группе дистресс плода выявлен в 14,9%, что в 1,6 раз чаще сравнительно с группой контроля (9,3%). Родовой травматизм наблюдался у 55,4% одиноких рожениц, это в 2 раза превышает показатели контрольной группы. Осложнения послеродового периода в одиноких матерей встречались в 18,7%, что в 3 раза чаще сравнительно с замужними женщинами.

**Вывод.** Одинокие женщины составляют группу высокого риска по развитию акушерских и перинатальных осложнений, это обусловлено рядом медицинских и социальных причин.

**Ключевые слова:** беременность и роды, одинокие женщины, перинатальные осложнения.

## SUMMARY

### PECULIARITIES OF PREGNANCY AND LABOR PREGNANCY IN SINGLE WOMEN

KOROLYUK N., BENYUK V.,  
KUROCHKA V., MANZHULA L.

Socio-economic, moral-psychological and medical-demographic features of maternity in single women suggest that this phenomenon is combined with adverse social and medical consequences.

**The purpose of the study** - assess the impact of psychological and social factors on the course of pregnancy and childbirth, the state of newborns in single women.

**Materials and methods.** Conducted clinical and statistical analysis of the subjects, studied the

course and complications of pregnancy and childbirth, the state of newborns. The main group - 110 single mothers and their newborns (110), control group - 110 married mothers and their newborns (110).

**The results of the study.** The article presents data on the course of pregnancy and childbirth depending on the marital status of women. The average of single women was  $29.3 \pm 0.5$  years, married –  $23.7 \pm 0.6$  years; among the lone 24.5% women are over 30 years old. In 73.6% of women in the main group pregnancy is unplanned, which is 3 times higher than that of the control group. It was detected in 71.8% of single women suffering a somatic anamnesis and 64.5% - burdened gynecological anamnesis, which causes high of placental dysfunction (60%), of the threat of abortion (47.2%). The high cardiovascular diseases (23.6%) and diseases of the genitourinary system (20%) in single women causes a 4 times higher level of preterm labor compared to married (7.2% and 1.8 % respectively). In 30% of single women, childbirth was completed by cesarean section, which is 2.8 times higher than married (10.9%). In the main group, fetal distress was found to be 14.9%, which is 1.6 times more often than the control group (9.3%). Maternal traumatism was observed in 55.4% of single pregnant women, which is 2 times that of the control group. Complications of the postpartum period in single mothers are found to be 18.7%, which is 3 times more often than the married ones.

**Conclusion.** Lonely women constitute high-risk groups for the development of obstetric and perinatal complications, due to a number of medical and social causes.

**Key words:** pregnancy and childbirth, single women, perinatal complications.