

Результати ретроспективного аналізу перебігу періоду гестації та пологів при переносі вагітності

О.І. Буткова, І.А. Жабченко, Л.В. Діденко, Т.М. Коваленко

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», м. Київ

За даними ретроспективного клініко-статистичного аналізу 130 історій пологів у жінок з переносом вагітності (на базі клінічного архіву ДУ «ІПАГ НАМН України» за 2008–2012 роки), частота переносу вагітності склала 10,8%.

Найбільш значущими факторами ризику переносу вагітності визначено: обтяжений акушерський анамнез (65%); ускладнений перебіг даної вагітності (95,6%); екстрагенітальні захворювання (66,1%).

Ключові слова: вагітність, переносування, фактори ризику.

Проблема переносної вагітності (ПВ) і запізнілих пологів представляє науковий і практичний інтерес для акушерів-гінекологів, перинатологів і неонатологів, оскільки частота цієї патології залишається високою – коливається в межах 3–13,5%, неонатальна захворюваність досягає 29% і не має тенденції до зниження [1–5]. Особливе значення має визначення розбіжності між переносною та пролонгованою вагітністю, а також розробка тактики ведення вагітності та пологів при цих ситуаціях [2].

Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб X перегляду, переносною вважається вагітність, яка триває 42 тиж (294 доби) або більше. За даними літератури, слід визначати справжнє (біологічне) переносування і удаване (хронічне), або пролонгована вагітність [3–5].

Переносна вагітність (postterm pregnancy) – патологічний стан, коли дитина народжується з ознаками переносування [2]. Встановлено, що по мірі зростання терміну переносування вагітності ознаки переносування плода зростають, а його стан погіршується [7, 9, 11]. В останні роки в акушерстві введено термін пролонгованої вагітності (фізіологічного продовження), коли залежно від різних причин відбувається уповільнення дозрівання плода. При цьому термін при пролонгованій вагітності немає виражених мікро- і макроознак переносування, тобто такі плаценти не відрізняються від плацент при доношеній вагітності [6, 7]. Відомо, що плід може народитися з ознаками незрілості і при вагітності, яка триває менше за 294 дні [4]. Вочевидь, термін зрілості плода знаходиться в широких межах.

Важливість і актуальність проблеми переносування вагітності пояснюється великою кількістю ускладнень в пологах, високим відсотком випадків оперативного розродження та негативними перинатальними наслідками [3, 8].

Заслужує на увагу висока частота розвитку плацентарної дисфункції при переносній вагітності [10, 11]. Як наслідок, плацентарна дисфункція, яка супроводжується переносуванням, збільшує ризик перинатального ураження плода та виникненням нестабільних захворювань новонародженого. При переносі в 1,5–2 рази збільшується перинатальна смертність, підвищується відсоток інвалідизації дітей [8]. Плацентарна дисфункція призводить до зниження адаптації новонароджених [6]. Також плацентарна дис-

функція зумовлює значну частоту інших ускладнень для матері та плода: загрозу переривання, прееклампсію, слабкість пологової діяльності, затримку росту плода [9].

За даними літератури, головними передумовами розвитку переносування вагітності є: ендокринна патологія, спадковість, інфантилізм, порушення механізмів розвитку пологової діяльності, порушення функціонального стану центральної нервової системи, зміни співвідношень активності стимуляторів та інгібіторів міометрія тощо [7, 11].

В останні роки погляд на переносну вагітність змінився: поряд із справжнім переносуванням, коли дитина народжується з ознаками незрілості, реєструються випадки пролонгування вагітності, яке є необхідним для дозрівання плода, але без ознак переносування [4].

Багато авторів розглядають переносування вагітності як результат взаємодії багатьох факторів з порушенням нейрогуморальної регуляції, патологічним станом матки та плода [2, 4, 7, 11].

Враховуючи відсутність чітких ознак переносування, неоднозначність тактики ведення вагітних і способів розродження, багато питань патогенезу, діагностики і профілактики переносної вагітності залишаються невирішеними, мають часто суперечливий характер і потребують подальшого вивчення.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено ретроспективний клініко-статистичний аналіз 130 історій пологів жінок, що народили після 41-го тижня вагітності, за період з 2008 по 2012 р. За отриманими результатами визначено можливі фактори ризику виникнення переносування вагітності.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

З метою встановлення частоти пролонгованої та переносної вагітності, а також визначення факторів ризику їх виникнення проаналізовано 130 історій пологів вагітних за 2008–2012 роки, які знаходились в клініці ДУ «ІПАГ НАМН України» та народили після 41-го тижня вагітності. За результатами цих досліджень, частота переносної вагітності становить 10,8%, що свідчить про високу частоту її розвитку.

Аналізуючи статистичні показники за даними історій пологів у жінок з переносуванням вагітності, звертає на себе увагу наявність комплексу факторів ризику, що можуть сприяти ПВ. При цьому враховували преморбідний фон, дані акушерсько-гінекологічного анамнезу (перенесені інфекційні захворювання, хронічні екстрагенітальні захворювання, гінекологічні захворювання, менструальна функція), вивчали паритет жінок та акушерський анамнез. За даними історій пологів проаналізовано наявність ускладнень перебігу вагітності та пологів у жінок із про-

Фактори ризику розвитку переносеної/продовженої вагітності в обстежених жінок

Показник захворювання	Значення показника захворювання	
	Абс. число	%
Вік > 30 років	27	20,7
Інфекції дитячого віку	120	92,3
Екстрагенітальні захворювання:		
соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи;	25	19,2
захворювання шлунково-кишкового тракту;	24	18,5
захворювання щитоподібної залози;	22	16,9
ожиріння;	8	6,1
хронічні захворювання органів дихання;	21	16,1
хронічний пієлонефрит;	23	17,7
захворювання серцево-судинної системи.	11	8,5
Гінекологічні захворювання:		
порушення менструальної функції;	18	13,8
патологія шийки матки;	35	26,9
полікістоз яєчників;	14	10,8
вагініт;	25	19,2
лейоміома матки;	8	6,1
безплідність;	7	5,4
хронічний сальпігоофорит.	16	12,3
Ускладнений перебіг вагітності:		
гестози ранні;	22	16,9
пreeклампсія;	6	4,6
загроза переривання вагітності;	24	18,5
ГРВІ, грип, ангіна;	18	13,8
багатоводдя;	21	16,1
маловоддя;	25	19,2
плацентарна дисфункція;	18	13,8
хронічне носійство TORCH-інфекцій;	37	28,5
анемія вагітних.	22	16,9

лонгуванням/переносуванням вагітності та проведено оцінку стану новонароджених дітей. Дані щодо факторів ризику переносеної/продовженої вагітності представлено в таблиці.

Результати клініко-статистичного аналізу історій пологів у жінок, які народили після 41-го тижня вагітності, свідчать, що у більшості жінок був обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез, наявність екстрагенітальних захворювань (соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи, хронічні захворювання органів дихання, захворювання щитоподібної залози, захворювання шлунково-кишкового тракту).

Серед гінекологічних захворювань переважали хронічні запальні захворювання (патологія шийки матки, хронічний сальпінгіт, вагініт). З таблиці видно, що високий відсоток жінок мали ендокринно залежні захворювання (полікістоз яєчників, безплідність, порушення менструальної функції). Значний відсоток жінок з переносуванням вагітності мали обтяжливий акушерський анамнез (медичні аборти – 16,9%, самовільні викидні – 14,6%, внутрішньоматкову загибель плода – 9,2%, патологічні пологи в анамнезі – 24,6%).

Аналізуючи показники перебігу вагітності, звертає на увагу значний відсоток ускладнень, серед яких переважали: загроза переривання вагітності – 59,2%; ранні гестози – 16,9%; анемія – 16,9%; маловоддя – 19,2%; багатоводдя – 16,1%; плацентарна дисфункція – 13,8%.

Клініко-статистичні дані свідчать про патологічний перебіг вагітності у більшості жінок із переносуванням та високий відсоток розродження шляхом операції кесарева розтину – 40% спостережень.

Серед ускладнень у пологах звертає на увагу частота аномалій пологової діяльності – 23,8%, несвоєчасний вилів навколоплодових вод – 33,1%, дистрес плода – 18,5%, травми пологових шляхів – 45,4%.

Таким чином, при вивченні даних ретроспективного клініко-статистичного аналізу історій пологів жінок з переносеною вагітністю, які відбулися в клініках ДУ «ІПАГ НАМН України» за 2008–2012 роки, до анамнестичних факторів ризику слід відносити: наявність соматоформної дисфункції вегетативної нервової системи, ожиріння, захворювання нирок та щитоподібної залози, порушення менструального циклу, полікістоз яєчників, фіброзно-кістозна хвороба молочних залоз, також до групи ризику слід відносити жінок із хронічними запальними захворюваннями статевих шляхів та обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом (аборти, викидні, припинення розвитку плода, патологічний перебіг попередніх вагітностей та пологів). Групою ризику є вікові першороділлі та жінки, які пізно стають на облік у жіночій консультації та нерегулярно спостерігаються лікарем.

Особливе місце серед груп ризику становлять жінки з ускладненим перебігом вагітності. Практично всі види акушерської патології, які своєчасно не лікуються, можуть призводити до порушень формування домінанти пологів та призводити до переносування (плацентарна дисфункція, гестози, анемія вагітних, запальні захворювання під час вагітності, багатоводдя, маловоддя, великий плід тощо).

Ретроспективний аналіз історій пологів свідчить про високий відсоток ускладнень під час розродження, що є наслідком ускладненого перебігу вагітності, несвоєчасної діагностики цих ускладнень та недостатнього їх лікування.

До факторів ризику можна віднести помилки в діагностиці терміну вагітності, тобто несвоєчасне встановлення переносування вагітності, коли незрілість плода і плаценти встановлюється вже після пологів.

Передбачувані фактори ризику не завжди дають повне пояснення причинам переносеної вагітності. Проблема переносування тісно пов'язана із механізмом початку полого-

вої діяльності. Найчастіше виникнення пологової діяльності є результатом впливу кількох факторів, які пов'язані з етіологією переносування.

Вивчення факторів ризику переносування вагітності та своєчасне виявлення вагітних з цією патологією, їх госпіталізація, підготовка до пологів та розродження допоможуть уникнути ускладнень в пологах як для матері, так і для плода.

ВИСНОВКИ

1. При вивченні даних ретроспективного клініко-статистичного аналізу за період з 2008 по 2012 рік архіву ДУ

Результаты ретроспективного анализа течения периода гестации и родов при перенашивании беременности

О.И. Буткова, И.А. Жабченко, Л.В. Диденко, Т.Н. Коваленко

По данным ретроспективного клинико-статистического анализа 130 историй родов у женщин с перенашиванием беременности (на базе клинического архива ГУ «ИПАГ НАМН Украины» за 2008–2012 гг.) частота перенашивания беременности составила 10,8%.

Наиболее значимыми факторами риска перенашивания беременности определены: отягощенный акушерский анамнез (65%), осложненное течение данной беременности (95,6%), экстрагенитальные заболевания (66,1%).

Ключевые слова: беременность, перенашивание, факторы риска.

«ИПАГ НАМН Украины» частота переносування вагітності склала 10,8%.

2. На підставі клініко-статистичного аналізу визначені наступні найбільш значущі анамнестичні фактори ризику:

а) екстрагенітальні захворювання (66,1%), дитячі інфекційні захворювання (98,2%), ожиріння (29,2%);

б) обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез встановлено у 65% жінок.

3. Висока частота ускладненого перебігу пологів у 95,6% жінок, що зумовлює високий відсоток народження дітей із порушеним станом (44,1%) та високими показниками перинатальної смертності (23%).

The results of retrospective analysis of the course of gestation and deliveries under postmaturity of pregnancy

O.I. Butkova, I.A. Zhabchenko, L.V. Didenko, T.N. Kovalenko

According to data of retrospective clinical-static analysis of 130 recordings of deliveries of women with postmaturity of pregnancy (on the basis of clinical archive of GI «IPOG of NAMS of Ukraine» for 2008–2012). Frequency of postmaturity of pregnancy was 10.8%.

The most significant risk factors of postmaturity of pregnancy were defined: burdened obstetric anamnesis (65.0%); complicated course of the current pregnancy (95.6%); extragenital diseases (66.1%).

Key words: pregnancy, postmaturity, risk factors.

Сведения об авторах

Буткова Ольга Ивановна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 483-80-59

Жабченко Ирина Анатольевна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 483-80-59

Диденко Людмила Васильевна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 483-80-59

Коваленко Тамара Николаевна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 483-80-59

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Артамонов В.С. Особенности иммунологической реактивности организма и содержание цинка в крови при переносной беременности // В.С. Артамонов, С.И. Даракаш // Акушерство и гинекология. – 1986. – № 10. – С. 44–46.
2. Стрижаков А.Н. Переносная беременность / А.Н. Стрижаков, И.В. Игнатко. – М.: Издательский дом «Династия», 2006. – 145 с.
3. Жулковский В.В. Способ антенатальной ультразвуковой диагностики переносной беременности //

- Збірник наук. праць. – К.: Інтермед, 2006. – 285 с.
4. Чернуха Е.А. Переносная и пролонгированная беременность. – М., 2007. – С. 17–19.
5. Буйнова О.Е. Регуляторно-адаптивный статус у женщин при переносной и пролонгированной беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Краснодар, 2009. – 16 с.
6. Резниченко Г.И. Дифференцированная диагностика, тактика ведения и прогнозирование исхода родов при переносной и пролонгированной

- беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – К., 1991. – 21 с.
7. Омаров Н.С. Патогенез и дифференциальная диагностика переносной и пролонгированной беременности // Н.С. Омаров, М.С. Аслятилова // Жур. Медицина. Наука и практика. – Махачкала. – № 3. – 2007. – С. 176–186.
8. Василенко Л.В. Сравнительная характеристика переносной и пролонгированной беременности и их исход для матери и ребенка: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – К., 1982. – 18 с.

9. Лавриненко В.П. Профилактика переносування вагітності у жінок з хронічним пієлонефритом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – К., 2004. – 15 с.
10. Бисерова Н.Н. Факторы риска пролонгированной беременности / Н.Н. Бисерова, Л.В. Фатеева // Акуш. и гинеко. – 1996. – № 2. – С. 48–49.
11. Alexander J.M. Prolong pregnancy: induction of labour and cesarean birth // J.M. Alexander, D.D. McIntire, K.J. Leveno // Obstet. Gynecol. – 2001. – V. 97. – 911 p.

Статья поступила в редакцию 16.05.2014