

Особливості перебігу вагітності і пологів у жінок – вимушених переселенок

С.І. Жук, О.Д. Щуревська

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

«Народження дитини під час війни є випробуванням жіночого характеру за аналогією, як бій є випробуванням для чоловіка».
Angela Devis [14]

У статті наведено дані щодо особливостей перебігу вагітності і пологів у жінок – вимушених переселенок. Описані основні фактори ризику акушерської патології у даної групи вагітних. Наведена роль хронічного стресу у виникненні патології матері і плода. Акцентовано увагу на необхідності розроблення і проведення профілактичних заходів, психологічної підтримки і корекції у таких пацієнток.

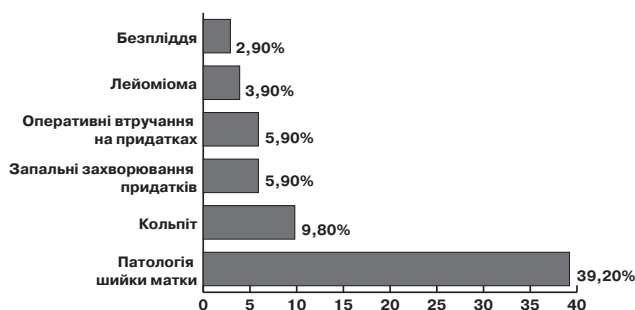
Ключові слова: вагітність, пологи, ускладнення, жінки-переселенки.

Останні 2 роки історії нашої країни перенасичені драматичними подіями, зокрема анексією АР Крим і початком антитерористичної операції на Донбасі і в Луганській області. У зв'язку з цим спостерігаються багато негативних змін не тільки в соціально-економічних показниках всієї держави, а й медико-демографічних, зокрема: зменшення чисельності населення, велика кількість загиблих і поранених, зростання кількості осіб, які змушені через ці події залишити свої домівки і стати біженцями, та інше [9].

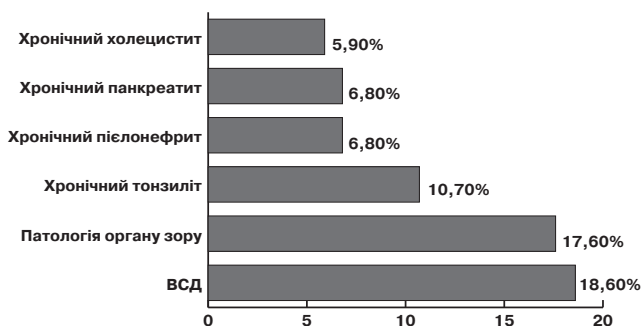
Відповідно до даних Міністерства соціальної політики України станом на 1 лютого 2016 року офіційно взято на облік 1 704 937 переселенців, або 1 346 276 сімей з Донбасу і АР Крим, проте справжні цифри можуть відрізнятись і бути значно вищими, при цьому основну частину серед них складають жінки і діти. Зміна місця проживання, погіршення матеріального становища, необлаштованість життя, серйозні психологічні травми, недоступність (або погіршення) медичного забезпечення ведуть не тільки до погіршення якості їхнього життя, а й серйозних порушень у стані здоров'я.

Найбільш вразливою частиною населення, яка опиняється під дією цих чинників, є вагітні, оскільки віддалених наслідків щодо них і їхнього потомства на сьогодні просто не можна спрогнозувати. Тому вони потребують обов'язкового контролю дослідження задля оцінювання ситуації в цілому, покращення якості медичного обслуговування, виявлення факторів ризику розвитку акушерської і перинатальної патології, розроблення профілактичних і лікувальних заходів і, за необхідності, впровадження нових форм роботи з ними.

З цієї метою було проведено ретроспективне дослідження особливостей перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду у 102 жінок-переселенок, які знаходились під спостереженням в жіночій консультації і були розроджені в Київському міському пологовому будинку № 2 протягом 2014–2015 рр. З



Мал. 1. Гінекологічний анамнез обстежуваних жінок – вимушених переселенок



Мал. 2. Екстрагенітальна патологія обстежених жінок – вимушених переселенок

них – 57 (55,88%) вагітних були з Донецької області, 38 (37,25%) – з Луганської області і 7 (6,86%) – з АР Крим.

Усі жінки перебували на обліку в жіночій консультації, проте в кожному четвертому випадку (26 жінок – 25,5%) була пізня явка, що пов'язано як зі зниженням медичної активності цієї категорії пацієнтів, гіршою доступністю чи недоступністю медичної допомоги через міграцію, так і, можливо, відсутністю інформації щодо наявних лікувально-профілактичних закладів, до яких потрібно звертатися.

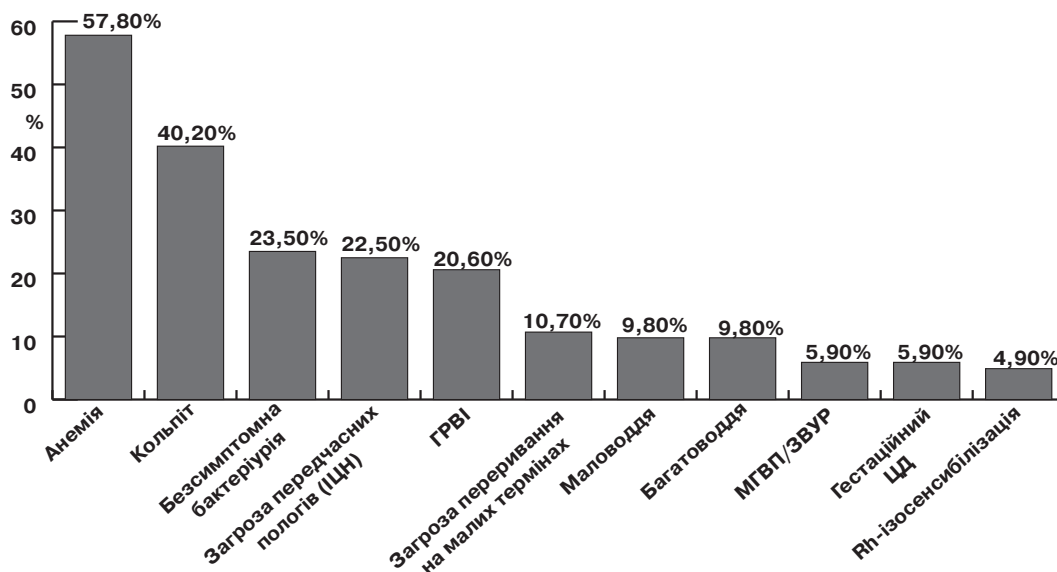
Серйозним стресором для даних жінок стала втрата роботи і погіршення матеріального становища, позаяк майже всі ці вагітні стали безробітними, хоча до 2014–2015 рр. працювали більше половини з них – 54 (52,9%) жінки, а домогосподарками були 47 (46,07%) жінок і лише 1 (0,9%) жінка навчалася (студентка).

Додатковим негативним психотравмувальним фактором для даної категорії жінок, який також впливає на перебіг вагітності і пологів (поряд з погіршенням матеріального ста-

Таблиця 1

Паритет обстежуваних жінок – вимушених переселенок

Першовагітні, n (%)	Повторновагітні, n (%)	
	Першороділлі	Повторнороділлі
51 (50)	17 (16,6)	34 (33,3)



Мал. 3. Структура ускладнень вагітності у досліджуваних жінок – вимушених переселенок (за даними ретроспективного аналізу)

новища, необлаштованістю побуту, значним рівнем психологічних проблем), є відсутність близької людини протягом вагітності і пологів, адже кожна десята з них була самотньою. Оскільки загальна частота партнерських пологів в КМПБ № 2 становить більше 85%, а дані жінки народжували з партнером лише в кожному другому випадку (52,9%), можна зробити висновок, що навіть серед тих жінок, які перебували в зареєстрованому шлюбі, частина з них були «відносно одинокі» і також потребували відповідної підтримки (допомоги).

Незважаючи на те що на сьогодні немає єдиної думки в акушерській практиці щодо доцільності періодизації репродуктивного віку, ми все ж звернули увагу на те, що основна частина жінок (66,6%) належала до так званих зрілих першороділей (середній вік склав 28,28±4,35 року). Це теж є фактором ризику ускладненого перебігу вагітності і пологів, оскільки для даної категорії пацієнток притаманні певні соціально-психологічні проблеми, характерний ускладнений репродуктивний анамнез і певний «багаж» соматичної і гінекологічної патології.

Структура гінекологічної патології у жінок-переселенок наведена на мал. 1 і відповідає загальнопопуляційній. Проте відзначено зростання частоти невиношування вагітності протягом попереднього року (2014 р. – початок збройного конфлікту в зоні АТО) – у 9 (8,8%) жінок перша вагітність перервалася на малому терміні (у 8 з них – мимовільні викидні, у 1 – позаматкова вагітність), що пов'язано з цілком об'єктивними причинами і відповідає даним літератури. Зокрема M.R. Araneta і співавтори (2004) при порівнянні результатів вагітностей, які наступали протягом військових дій і післявоєнного періоду, також констатують зростання частоти спонтанних абортів і ектопічних вагітностей [13].

У структурі екстрагенітальної патології (мал. 2) чільне місце посідає вегетосудинна дистонія (18,6%), що в психіатричній практиці описується як «маска» психічної патології, і представлена переважно стергими атиповими афективними симптомокомплексами, частіше депресивного характеру, рідше – маніакального, а також невротичними і особистісними розладами. Це є результатом дисфункції надсегментарного відділу вегетативної нервової системи внаслідок хронічного стресу (переживання за стан плода, вагітність, матеріально-побутові, сімейні негаразди і таке ін.). Дана патологія може спричинювати ускладнення гестаційного процесу і пологів, а також в подальшому негативно впливати на психічний розвиток дитини [2, 6].

Іншою серйозною проблемою у цих вагітних стала наявність непролікованих вогнищ хронічної інфекції (хронічний тонзиліт – 10,6%, хронічний пієлонефрит – 6,8%), що надалі закономірно реалізувалось у високій частоті інфекційних ускладнень протягом гестації і пологів (мал. 3, 4).

Численні проспективні дослідження свідчать, що у жінок, які перенесли серйозний стрес, перебіг вагітності асоціюється зі зростанням числа негативних ускладнень для матері і новонародженого, зокрема: зменшенням тривалості вагітності і зростанням частоти передчасних пологів, підвищенням ризику хромосомно нормальних спонтанних абортів на малих термінах, низькою оцінкою новонароджених за шкалою Апгар, низькою масою тіла при народженні, меншою окружністю голови, нейроендокринною дисрегуляцією, підвищенням ризику метаболічних і психіатричних розладів у потомства [2, 12, 15–17].

Серед обстежених жінок неускладнений перебіг вагітності спостерігався лише у 8 жінок (7,8%). Решта мали поєднані ускладнення вагітності (див. мал. 3), серед яких 57,8% становила анемія (легкого – 47,0% і середнього – 10,8% ступенів) внаслідок неповноцінного (дефіцитного) і незбалансованого харчування. Анемія в даному випадку виступає маркером соціального неблагополуччя, адже ця патологія добре піддається профілактичним і корекційним заходам.

Висока частота загрози переривання вагітності на ранніх і пізніх термінах (майже у кожній 4-й жінки) відповідає наве-



Мал. 4. Структура ускладнень під час пологів у жінок – вимушених переселенок

Маса тіла новонароджених дітей в обстежених жінок-переселенок

Показник	Маса тіла новонароджених, г				
	≤2500	2501-3000	3001-3500	3501-4000	>4000
Абс. число	4	24	32	29	13
%	3,92	23,52	31,37	28,43	12,74

деним вище літературним даним [12, 15–17]. На сьогоднішній день їхній патогенез пояснюють зривом адаптаційно-компенсаторних механізмів гомеостазу, що розвивається внаслідок дії різноманітних, у тому числі психогенних, стресових факторів, які супроводжують практично всю вагітність жінок-переселенок, в результаті чого активується симпатоадреналова система, підвищується продукція катехоламінів, посилюються маткові скорочення і розвивається відповідна клінічна картина [6].

Кожна 5-а жінка (20,6%) протягом вагітності перенесла ГРВІ. Значна питома вага запальних захворювань (кольпіт, безсимптомна бактеріурія) є результатом відсутності предгравідарної підготовки і контрольованої санації протягом гестації, що надалі реалізувалося у високій частоті інфекційних ускладнень пологів у даній категорії жінок (див. мал. 4).

Вагітність у всіх обстежених жінок-переселенок закінчилась терміновими пологоми, з них 76,5% пологів фізіологічні і 23,5% – патологічні.

Операції кесарева розтину (15,7%) виконували за наступними показаннями: сідничне передлежання, великий плід – 5 випадків, дистрес плода – 4, рубець на матці, відмова від спроби вагінальних пологів – 3, клінічно вузький таз – 2 (під час однієї з операцій – гіпотонічна кровотеча, перев'язка судин матки), фіброміома, що перешкоджає народженню плода, – 1. Тобто практично в половині випадків показаннями до операції стала макросомія плода.

Серед пологів, які відбулися природним шляхом – пологів, 87,2% були ускладненими. Основними ускладненнями стали: у 59,4% випадків – несвоєчасне вилиття навколоплідних вод (раннє вилиття – 32,5% і ПРПО – 26,4%) і у 32,5% – травми пологових шляхів.

Вище було виділено і описано акушерські і соціальні фактори ризику у жінок-переселенок, які надалі вплинули на особливості розродження. Проте головну роль слід віддати все таки психологічним чинникам (хронічний стрес) і нелікованим інфекційно-запальним процесам сечостатевого тракту.

Серед усіх пологів за рік єдиний випадок досить рідкісного ускладнення на тлі атипового перебігу гестозу – напад еклампсії у другий період пологів, дистрес плода – відбувся саме у жінки-переселенки з Луганської області, у результаті чого пологи були завершені шляхом накладання акушерських щипців. Породілля і новонароджений живі.

Антропометричні дані новонароджених у жінок-переселенок є «відзеркаленням» перебігу гестаційного процесу, маркером перенесеного хронічного стресу і одним із факторів, що визначають варіант розродження [8].

Основним чинником, який визначає масу тіла плода при народженні, є його внутрішньоутробне живлення. Недостатнє харчування матерів протягом вагітності, про що опосередковано свідчить значна частота анемії, веде до того, що в першу чергу нутрієнти отримує ЦНС плода, а решта тканин (печінки, нирок, підшлункової залози, скелетних м'язів) зазнають відповідної перебудови, яка надалі реалізується патологією в дорослому віці [4, 6, 10].

Численні дослідження впливу внутрішньоутробного періоду на розвиток людини, формування особистості, емоційне і фізичне здоров'я дали поштовх для розвитку нового напрямку науки під назвою «fetal programming» – *програмування плода*, в якому йдеться про те, що віддалені

наслідки впливу тих чи інших факторів під час вагітності можуть проявитись через десятиріччя після народження, і їхній ефект буде настільки сильний, що його неможливо спрогнозувати. Британський вчений Д. Баркер результатами своїх епідеміологічних досліджень довів, що у випадках, коли маса тіла новонародженого нижча за 3000 г, в майбутньому значно зростає ризик таких хвороб, як цукровий діабет (ЦД) 2-го типу (інсулінорезистентний), ожиріння, артеріальна гіпертензія, а також ризик смерті від інфарктів та інсультів [11].

Середня маса тіла новонароджених у жінок-переселенок – 3419±499,5 г, проте, як видно з табл. 2, 27,44% дітей мали масу тіла менше 3000 г (менше 2500 г – 3,92% дітей), що робить їх групою ризику виникнення наведеної вище патології.

Іншою серйозною проблемою є народження дітей з великою масою тіла. Причинами макросомії у плода зазвичай є ожиріння у матері, її надмірне харчування, гестаційний ЦД [4]. Під час аналізу історій пологів і обмінних карт жінок-переселенок не зареєстровано жодного випадку гестаційного ЦД (нормальні показники глюкозотолерантного тесту). Під час оцінювання антропометричних даних вагітних було виявлено, що у жодної жінки-переселенки, яка народила дитину з макросомією, не було ожиріння (ІМТ>30), практично всі вони мали нормальну масу тіла на початок вагітності, лише у 3 був незначний надлишок маси тіла (ІМТ у межах 25–29,9).

Проте незбалансований характер харчування вагітної протягом вагітності може зумовлювати підвищення рівня глюкози і інсуліну плода. Це спричинює зростання рівня лептину і його секретії адипоцитами, внаслідок чого підвищується рівень глюкози, інсуліну, лептину і модулюється метаболічна відповідь нейронів гіпоталамуса з розвитком макросомії плода і новонародженого, що програмує ріст ІМТ у потомства [4, 6, 17]. Програмувальний вплив на ІМТ дитини має надмірне збільшення маси тіла у здорових жінок з нормальним ІМТ, що було відзначено у жінок-переселенок (середнє збільшення маси тіла склало в даній групі 16,68±6,4 кг).

Іншим фактором, який також має суттєве значення у розвитку макросомії плода, є хронічний стрес матерів протягом вагітності. Адаптивні гормони стресу зумовлюють гіперглікемію, натомість пригнічуючи секрецію інсуліну, що підвищує резистентність організму, особливо в критичних ситуаціях. При хронічних стресах надмірна патологічна стимуляція може спричинювати зрив адаптації, метаболічні розлади і, як наслідок, підвищення ІМТ, як у вагітної, так і у плода [10].

У літературі описується так званий феномен військових років – під час і після тривалих війн значно зростає народжуваність хлопчиків. Зокрема, наводяться дані демографічної статистики європейських країн, що воювали у Першій світовій війні, згідно з якою народжувалося на 1–2,5% більше хлопчиків, ніж у мирні роки. Максимальний приріст спостерігався в Німеччині, де співвідношення новонароджених зросло до 108,5. Те саме явище описано в роки Другої світової війни. У Великій Британії і Франції до 1943 року це співвідношення теж зросло на 1,5–2% порівняно з мирними роками [3].

Проте у даному дослідженні не було виявлено такої закономірності – гендерне співвідношення становило 1:1.

Обвиття пуповиною (ОП) є тим фактором, на який не звертають уваги при сприятливому завершенні пологів, не завжди реєструють в медичній документації, а при несприят-

ливому результаті, навпаки, переоцінюють, вважаючи основною, якщо не єдиною причиною несприятливого закінчення пологів. Згідно з даних різних авторів, наявність ОП у 7,7-21,4% випадків є причиною асфіксії новонародженого, а в 0,6-1,7% – мертвородження (1).

Частота однократного ОП у новонароджених, за даними літератури, становить 20-38%, двократного – 2%, трикратного – 0,2%.

Відповідно до обробленої документації ОП новонароджених у жінок-переселенок фіксували лише в історія пологів, які проводились через природні пологові шляхи (86 випадків), при цьому задокументовано 49 (56,98%) випадків ОП, з них у 38 (44,2%) випадках – однократне, у 9 (10,5%) випадках – двократне, у 2 (2,3%) випадках – трикратне, що значно перевищує літературні дані. Серед загальноновизнаних факторів ризику виникнення ОП [8] у даної категорії пацієнтів були виділені наступні: хронічний стрес матері протягом вагітності, перші пологи, багатоводдя, маловоддя, великий відсоток дітей з низькою масою тіла.

Рівень захворюваності новонароджених був досить високий – 18,6% (за рахунок пологового травматизму, внут-

рішньоутробного інфікування, кон'югаційної жовтяниці і наслідків гіпоксично-ішемічного пошкодження ЦНС), що продовжує вже запущене хибне коло: хвора жінка-хворий плід-хворий новонароджений-хвора дитина-хворий підліток-хворі батьки.

ВИСНОВКИ

Таким чином, можна констатувати, що вагітні жінки – вимушені переселенки належать до групи високого ризику акушерських ускладнень, які виникають на тлі хронічного психологічного стресу, погіршення життєзабезпечення і відсутності контролю за станом їхнього здоров'я. Це, у свою чергу, веде до зростання захворюваності немовлят, що має негативні віддалені наслідки.

У зв'язку з цим постає нагальна необхідність розроблення і запровадження особливих форм роботи з такими пацієнтками, яка буде включати: створення загальної бази даних жінок-переселенок і їхніх дітей, психологічний і медичний моніторинг стану їхнього здоров'я, проведення необхідних профілактичних і лікувальних заходів за потребою, інформаційна підтримка і таке ін.

Особенности течения беременности и родов у женщин – вынужденных переселенок С.И. Жук, О.Д. Щуревская

В статье приведены данные об особенностях течения беременности и родов у женщин – вынужденных переселенок. Описаны основные факторы риска акушерской патологии у данной группы беременных. Показана роль хронического стресса в возникновении патологии матери и плода. Акцентировано внимание на необходимости разработки и проведения профилактических мероприятий, психологической поддержки и коррекции у таких пациенток.

Ключевые слова: беременность, роды, осложнения, женщины-переселенки.

The course of pregnancy and childbirth in women – forced migrants Shupik S.I. Zhuk, O.D. Shchurevska

The article presents data retrospective study of pregnancy and childbirth in women – forced migrant. The basic obstetric risk factors for disease in this group of pregnant women described. The role of chronic stress in causing the pathology of the mother and fetus showed. The attention to the need for the development and implementation of preventive measures, psychological support and correction proved.

Key words: pregnancy, childbirth, complications, women-migrants.

Сведения об авторах

Жук Светлана Ивановна – Кафедра акушерства, гинекологии и медицины плода Национальной медицинской академии последилового образования имени П.Л. Шупика, 04074, г. Киев, ул. Мостицкая, 11; тел.: (044) 460-54-45. E-mail: zhuksvitlana@ukr.net

Щуревская Оксана Дмитриевна – Кафедра акушерства, гинекологии и медицины плода Национальной медицинской академии последилового образования имени П.Л. Шупика, 04074, г. Киев, ул. Мостицкая, 11; тел.: (044) 460-54-45. E-mail: oxanalikar@mail.ru

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Акушерство та гінекологія: національне керівництво: у 4 т. / В.М. Запорожан, В.К. Чайка, Л.Б. Маркін [та ін.]; за ред. В.М. Запорожана. – К.: Медицина, 2013. – Т. 1: Акушерство: національний підручник. – 2013. – 1031 с.
2. Брехман Г.И., Яхав Р., Гогопольский М.Х. Пренатальный стресс как фактор биполярного аффективного расстройства // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2010. – Т. 15, № 1. – С. 23–29.
3. Геодакян В. Мальчик или девочка. Соотношение полов – величина, регулируемая природой // Наука и жизнь. – 1965. – № 1. – С. 55–58.
4. Гржибовский А.М., Бигрен Л.О., Теддер Ю.Р. Внутриутробное программирование хронических заболеваний взрослых // Экология человека. – 2003. – № 5. – С. 14–25.
5. Ласая Е.В. Невротические и соматоформные расстройства у беременных // Медицинские новости. – 2003. – № 5. – С. 3–7.
6. Нетребенко О.К. Метаболическое программирование в антенатальный период // Современная педиатрия. – 2013. – № 1. – С. 96–101.
7. Патология пуповины/ Под ред. В.Е. Радзинского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 96 с.
8. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. – М.: Изд-во журнала Status Praesens, 2011. – 688 с.
9. Стрес і хвороби системи кровообігу. Посібник / Під ред. В.М. Коваленка, В.М. Корнацького. – К., 2015. – 354 с.
10. Фізіологія, біохімія і психологія стресу/ Барабой В.А., Резніков О.Г. Монографія. – К.: Інтерсервіс, 2013. – С.314.
11. Barker D. The origins of the developmental origins theory // J Intern Med. – 2007. – Vol. 261. – P. 412–417.
12. Cooke RW, Foulder-Hughes L. Growth impairment in the very preterm and cognitive and motor performance at 7 years // Arch Dis Child. – 2003. – № 6, vol. 88. – P. 482–487.
13. Conception and pregnancy during the Persian Gulf War: The risk to women veterans / Araneta M.R, Kamens D.R, Zau A.Z. та ін. // Annals of epidemiology. – 2004. – P. 412–417.
14. Davis A. Wartime women giving birth: Narratives of pregnancy and childbirth, Britain c. 1939–1960 / Angela Davis // Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences. – 2014. – № 47. – P. 257–266.
15. Dejin-Karlsson E. Psychosocial factors, lifestyle, and fetal growth: The added value of both pre- and post-natal assessments // European Journal of Public Health. – 2003. – Vol. 13. – P. 210–217.
16. Psychosocial stress during pregnancy is related to adverse birth outcomes: results from a large multi-ethnic community-based birth cohort / Loomans E.M, Van Dijk, Aimée E, Vrijkotte, Tanja G.M та ін. // European Journal of Public Health. – 2013. – № 23. – P. 485.
17. Vieten C., Astin J. Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: Results of a pilot study // Arch Womens Ment Health, 2008. – № 11. – P. 67–74.

Статья поступила в редакцию 03.03.2016