

Реалії сучасної акушерської практики

С.І. Жук¹, О.Д. Щуревська¹, Т.В. Пехньо²

¹Національна медична академія імені П.Л. Шупика, м. Київ

²Київський міський пологовий будинок № 2

У статті наведено дані ретроспективного дослідження особливостей перебігу вагітності у жінок–вимушених переселенок. Проаналізовано вплив міграції на антропометричні показники новонароджених. Установлено зростання частоти народження дітей з масою тіла менше 3000 г, з чіткою сезонністю внаслідок недостатнього чи неповноцінного харчування матері або зриву регуляторних процесів на рівні плаценти внаслідок хронічного стресу.

Ключові слова: вагітність, жінки-переселенки, плід, внутрішньоутробне програмування, стрес.

Анексія АР Крим і м. Севастополь та війна на Донбасі суттєво змінили життя усіх громадян України незалежно від місця їхнього проживання. Найуразливішими під час будьяких докорінних змін у суспільстві, а особливо, якщо вони пов'язані з військовими чи противійськовими (як у Криму) протистояннями, є найменш захищені категорії населення, у першу чергу – вагітні жінки і діти [1].

Згідно з даними Мінсоцполітики, зареєстровано близько 1,6 млн вимушених переселенців, що становить близько 4% всього населення нашої держави. Ми не могли залишитись осторонь даної проблеми, оскільки також надаємо допомогу вагітним жінкам, адже від стану їхнього здоров'я, перебігу вагітності і пологів, якості надання медичної допомоги залежить здоров'я майбутнього покоління.

За 2014–2016 рр. на базі пологового будинку (КМПБ) № 2 м. Києва було розроджено 532 жінки-переселенки, що склало 3,5–3,9% усіх пологів, що є досить значною цифрою. Усі ці жінки покинули свої домівки у пошуках більш спокійного життя для себе і майбутнього потомства і зіткнулися не тільки з серйозною проблемою адаптації до нового для себе психологічного і фізіологічного стану – вагітності, а й мали наслідки перенесеного тривалого стресу надзвичайної сили внаслідок бойових дій чи їхньої реальної загрози; переїзду, пов'язаного з усвідомленням можливості неповернення; необхідності починати життя у новому середовищі, без звичних соціальних зв'язків та, часто, без необхідного матеріального забезпечення – необлаштованості життя; порушення культурних норм і складу сім'ї – умовно «одинокі»; соціального тиску; серйозних психологічних травм; недоступності (або погіршення) медичного забезпечення.

Під час огляду даних літератури було звернуто увагу, що всі країни світу у своїй звітності щодо аналізу вагітності і пологів у жінок-переселенок представляють абсолютно різноспрямовані дані і різні статистичні результати, які залежать від регіону проживання, расової/етнічної належності мігранток, рівня економічного розвитку приймаючої держави, доступності і якості надання медичної допомоги та ін. Проте описані загальні ризики і можливі несприятливі наслідки: зростання частоти спонтанних абортів і ектопічних вагітностей, частоти ППСШ, перед-

часні пологи, низька оцінка за шкалою Апгар, низька маса тіла плода при народженні, підвищення ризику мервонароджуваності на 80%, додаткове застосування медикаментів, ускладнений перебіг пологів, розвиток подальшої післяпологової депресії, рання відмова від грудного вигодовування та ін., що надалі знаходить відображення у стані здоров'я їхніх дітей [3].

Оскільки більшість основних подій розвитку людини відбувається протягом внутрішньоутробного періоду, він є визначальним у сценарії всієї подальшої життєдіяльності індивідуума і причиною розвитку патології у дорослому віці (цукрового діабету, гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця, нервово-психічних захворювань), тобто внутрішньоутробного програмування (D.Barker, 2004) [4]. Суть теорії внутрішньоутробного програмування (ВУП) полягає у тому, що за дії несприятливих факторів у критичні періоди для розвитку органів і систем порушуються властиві ранньому онтогенезу закономірності формування регуляторних механізмів на клітинному, тканинному і системному рівнях і включаються механізми «виживання за будь-яку ціну». Найчастіше «стратегія виживання» запускається при дефіциті харчування плода внаслідок недостатнього чи неповноцінного харчування матері або внаслідок зриву регуляторних процесів на рівні плаценти [5]. У результаті може відбутися завершення вагітності (переривання на різних термінах) або сповільнення росту плода і народження дітей з низькою масою тіла (менше 3000 г). Тобто, жінки-переселенки можуть бути групою ризику з народження таких дітей.

Задля оптимізації акушерської допомоги даному контингенту вагітних і роділь і з метою вивчення впливу міграції на стан здоров'я їхніх немовлят було проаналізовано перебіг вагітності, пологів і антропометричні показники новонароджених у жінок-переселенок з Донецької та Луганської областей за даними КМПБ № 2 за 2014–2016 рр.

На сьогодні доведено, що процес росту плода меншою мірою (лише на 20%) залежить від генетичного впливу батьків, а більше залежить від стану організму матері під час вагітності (на прикладі сурогатного материнства) [6]. Тому антропометричні дані, зокрема маса тіла новонароджених, є його віддзеркаленням, оскільки змінюється залежно від характеру харчування жінки і дії багатьох несприятливих чинників, серед яких особливе місце посідають стреси.

Як видно з табл. 1, визначається односпрямована щорічна тенденція до зниження середньої маси тіла новонароджених у жінок-переселенок протягом періоду спостереження і підвищення частоти народження дітей зі ЗВУР (у середньому по пологовому будинку – 3,2%).

Під час аналізу даних щодо маси плода привертає увагу досить висока частота народження дітей з масою тіла менше 3000 г – до 30%, при цьому, починаючи з 2015 року, визначається чітка сезонність – зима, весна, літо (табл. 2). Це можна пов'язати з се-

Таблиця 1

Середня маса тіла новонароджених у жінок-переселенок за даними КМПБ № 2

Показник	2014 р.	2015 р.	2016 р.
Середня маса тіла новонароджених, г	3496,9±500,1	3435,7±480,48	3390,56±517,44
Частота народження дітей зі ЗВУР, %	5,6	6,4	7,6

Таблиця 2

Динаміка показників маси тіла новонароджених у жінок-переселенок протягом 2014–2016 рр. (за даними КМПБ № 2), %

Маса тіла, г	2014				2015				2016			
	Зима	Весна	Літо	Осінь	Зима	Весна	Літо	Осінь	Зима	Весна	Літо	Осінь
<3000	16,6	29,4	16,6	30,2	27,1	29,2	28,2	20,3	26,9	28,8	33	12,7
3000-4000	66,8	41,4	61,2	52,8	62,5	60,0	62,9	66,8	57,9	61,6	44,5	75,1
>4000	16,6	29,2	22,2	17	10,4	10,8	8,9	12,9	15,2	9,6	22,2	11,2

Таблиця 3

Паритет жінок-переселенок протягом 2014–2016 рр. (за даними КМПБ № 2), %

Паритет	2014 р.	2015 р.	2016 р.
1-і пологи	64,9	69,3	74
2-і пологи	32,8	24,8	20,1
3-і пологи	2,3	4,1	5,9
4-і пологи	0	1,8	0

Таблиця 4

Залежність маси тіла дитини при народженні від маси тіла матері і її збільшення за період вагітності

ІМТ до вагітності/збільшення маси тіла за період вагітності	Маса тіла новонародженого, г					
	<3000		3000-4000		>4000	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
ІМТ <25/ нормальне збільшення маси тіла	64	46,3	155	50,1	32	37,6
ІМТ <25/надлишкове збільшення маси тіла	39	28,2	82	26,5	30	35,2
ІМТ 25-29,9/нормальне збільшення маси тіла	18	13,0	36	11,6	10	11,7
ІМТ 25-29,9/надлишкове збільшення маси тіла	8	5,8	15	4,8	7	8,2
ІМТ >30/ нормальне збільшення маси тіла	7	5,0	15	4,8	5	5,8
ІМТ >30/ надлишкове збільшення маси тіла	2	1,4	6	1,9	1	1,2

зонними особливостями факторів навколишнього середовища, які безпосередньо впливають на функціональний стан: якісний та кількісний склад продуктів харчування, наявність вітамінів, режим освітлення, температура повітря та ін. Вищий рівень маси тіла восени пов'язаний з тим, що критичний період припадає на літо, яке є найбільш сприятливим як щодо режиму харчування, так і якісного складу їжі матері. Ці дані відповідають концепції раннього програмування у зв'язку з аліментарним дефіцитом (Bateson P., 2004): дефіцит харчування на ранніх етапах онтогенезу має необоротні наслідки для плода; порушення харчування залежно від періоду онтогенезу, на який він припадає, має неоднакові наслідки; організм у період інтенсивного росту є найбільш чутливим до аліментарного дефіциту; перманентні ефекти порушення харчування можуть проявлятися зниженням загальної кількості клітин, порушенням структури органів та зміною гормональних співвідношень [7].

У 2014 році, коли була перша хвиля міграції, такої закономірності не прослідковується (максимальні цифри припадають на весну і осінь), що можна пов'язати більше з дією стресових чинників.

Середній вік роділь-переселенок становив 28,5±4,4 року, 28,75±4,9 року і 29,14±3,8 року за роками відповідно. Якщо врахувати їхній паритет (табл. 3), можна зробити висновок про зростання частки «зрілих» першороділей з кожним роком, що суттєво перевищує середні показники – 25,6±3,5 року по пологовому будинку.

В основному у вагітних із серйозним багажем соматичної і гінекологічної патології під час психологічного тестування було виявлено високий рівень тривожності, патологічні типи реагування на стрес, переважання неадекватних типів ставлення до вагітності, що вимагало відповідної роботи психологів з ними і розуміння цієї специфіки акушерами-гінекологами як на амбулаторному, так і на стаціонарному етапі для своєчасної корекції і вибору індивідуальної тактики ведення.

У даному випадку не тільки зміна умов проживання і харчування, недостатня інформаційна підтримка чи медичне забезпе-

чення, а і вікові параметри, а також особливості психологічного статусу, можуть бути причинами відсутності повноцінної прегравідарної підготовки, несвоєчасного взяття на облік з приводу вагітності (кожен 4-й випадок), нерегулярного відвідування жіночої консультації (у кожному 2-у випадку), можливого недотримання рекомендацій і призначень лікарів і, як наслідок, ускладненого перебігу вагітності і стану їхніх новонароджених.

Відповідно до результатів даного дослідження лише 7,8% жінок мали неускладнений перебіг вагітності. У структурі ускладнень чільне місце посідає анемія середнього і легкого ступеня (57,8% – у 2014 р., 63,9% – у 2016 р., у той час як у середньому по пологовому будинку – 16,4–18,6%).

Анемія вагітних на сьогодні є одним з найпоширеніших ускладнень гестації, яке добре піддається профілактичним і корекційним заходам, багато у чому залежить від аліментарних факторів, у зв'язку з чим такий значний відсоток у жінок-мігранток може бути показником соціального неблагополуччя і теж є наслідком їхнього неповноцінного і незбалансованого харчування. Більшість досліджень дефіциту нутрієнтів і Fe під час вагітності акцентують увагу лікарів не тільки на безпосередніх короткотривалих ефектах (зростання частоти невиношування вагітності, ЗВУР плода і ін.), але й віддалених, до яких належать когнітивні і поведінкові розлади у дітей у старшому віці, що визначає серйозність даної проблеми [2].

Як видно з табл. 4, суттєвої різниці між групами щодо збільшення маси тіла за період вагітності і маси плода при народженні немає (крім групи з масою тіла дітей більше 4000 г) – у більшості жінок нормальні вихідний ІМТ і збільшення маси тіла. Але привертає увагу досить велика частота (майже у кожній 4-ї роділлі) патологічного збільшення маси тіла, що є наслідком як незбалансованого харчування, так і ускладненого перебігу вагітності.

Отже, отримані дані свідчать про те, що жінки-вимушені переселенки є групою ризику з народження дітей з низькою масою тіла. Факторами, які до цього призводять, є: високий рівень стресового навантаження, ускладнений перебіг вагітності і не-

повноцінне /нерациональне харчування з чітко вираженою сезонністю. Особливо значущі зміни у наборі маси плода мають місце у ІІІ триместрі вагітності, коли вже сформована вся його ендокринна система. Теорія внутрішньоутробного програмування ґрунтується на наявності так званих критичних періодів для розвитку і функціонування регуляторних механізмів на всіх рівнях: клітинному, тканинному і системному [8]. Тому «критичним періодом» у даному випадку є саме пізні терміни вагітності. Стрес матері спричиняє зростання рівня глюкокортикоїдів в організмі, що розвивається, а недостатнє харчування призводить до дисбалансу анаболічних (інсулін, тироксин) і катаболічних (кортизол, катехоламіни) гормонів. У результаті пригнічується синтез інсуліноподібного фактора росту (ІІІФР), який є одним з найважливіших ендокринних чинників регуляції росту плода і ендокринним посередником соматотропного гормону.

Як хроніострес, так і недостатнє харчування зумовлюють зростання рівня глюкокортикоїдів, які є регуляторами функціонального дозрівання тканин та адаптації плода до умов як внутрішньоутробного, так і постнатального існування. Їхню роль не потрібно недооцінювати, оскільки вони справляють не тільки короткотривалі, а й пролонговані організувальні ефекти – зумовлюють такі зміни в органах-мішенях під час критичних періодів, які практично не піддаються маніпуляціям. Тому саме вони є найбільш значущими для програмування фенотипових ознак організму до та після народження.

Соціально-емоційний стрес під час вагітності у жінок-переселенок може активувати функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-адреналової системи не тільки у внутрішньоутробних плодів, а і формувати стійкий гіперкортицизм на тлі зниження рівня статевих гормонів, гіперінсулінемії та гіперглікемії тривало після народження.

Реалии современной акушерской практики С.И. Жук, О.Д. Щуревская, Т.В. Пехньо

В статье приведены данные ретроспективного исследования особенностей течения беременности у женщин – вынужденных переселенок. Проанализировано влияние миграции на антропометрические показатели новорожденных. Установлен рост частоты рождения детей с массой тела менее 3000 г, с четкой сезонностью вследствие недостаточного или неполноценного питания матери или срыва регуляторных процессов на уровне плаценты вследствие хронического стресса.

Ключевые слова: беременность, женщины-переселенки, плод, внутриутробное программирование, стресс.

Сведения об авторах

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

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

Пехньо Татьяна Васильевна – Киевский городской родильный дом № 2, 04074, г. Киев, ул. Мостицкая, 11; тел.: (044) 432-85-71

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Зарубінський О. Діти війни (дослідження проблем дитинства в Україні за умов військової агресії) / О. Зарубінський. – К.: УДДЕ, 2015. – 31 с.
2. Дзгоева Ф.Х. Питание во внутриутробный период жизни: фетальное программирование метаболического синдрома / Дзгоева Ф.Х. // Ожирение и метаболизм. – 2015. – № 12. – С. 10–17.

3. Gitau R. Maternal stress in pregnancy and its effect on the human foetus: An overview of research findings / Gitau R. // Stress. – 2001. – № 4. – P. 195–203.
4. Barker DJ. The developmental origins of chronic adult disease / Barker DJ. // Acta Paediatrica. – 2004. – № 93. – P. 26–33.
5. Fowden A.L. Intrauterine Programming of Physiological Systems: Causes and

Consequences. / Fowden A.L., Giussani D.A., Forhead A.J. // Physiology. – 2006. – № 1. – P. 29–37.
6. Elevated plasma cortisol concentrations: a link between low birth weight and the insulin resistance syndrome? / Phillips D.I., Barker D.J., Fall C.H. та ін. // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 1998. – № 83. – P. 757–760.
7. Developmental plasticity and human

health / Bateson P., Barker D., Clutton-Brock T. та ін. // Nature. – 2004. – № 430. – P. 419–421.
8. Langley-Evans SC. Fetal Nutrition and Adult Disease: Programming of Chronic Disease through Fetal Exposure to Undernutrition / Langley-Evans SC. – Wallingford: CAB International, 2004. – 129 p. – (Experimental models of hypertension and cardiovascular disease).

Отже, народження дітей з масою тіла менше 3000 г є лише непрямим відображенням багатьох процесів, що беруть участь у фетальному програмуванні, але як феномен має серйозне значення, оскільки він надалі визначає не тільки якість здоров'я окремо взятої дорослої людини, а і всього суспільства в цілому, у тому числі і наступних поколінь.

Сьогодні необхідно сконцентрувати увагу на цій проблематиці з метою проведення профілактичних заходів, у тому числі і в післяпологовий період, оскільки кількість і тяжкість отриманих плодом негативних впливів може бути зменшена за повноцінного постнатального догляду, особливо за виділення цих дітей у групи ризику і подальшого спостереження за їхнім здоров'ям, налагодження і підтримки грудного вигодовування, контролю раціону і стану самої матері-годувальниці.

Тому можна запропонувати наступні заходи:

1. Реєстрація, облік і формування баз даних жінок-вимушених переселенок і їхніх дітей.
2. Координація взаємодії між неурядовими організаціями і службами охорони здоров'я.
3. Психологічний і медичний моніторинг стану їхнього здоров'я.
4. Цілеспрямована робота психологів з даним контингентом пацієнток.
5. Корекція програм ведення вагітності і пологів з урахуванням можливих прогнозованих ускладнень у цієї категорії жінок.
6. Проведення необхідних профілактичних і лікувальних заходів у вагітних, роділець і породілець, віднесення їх до групи високого акушерського і перинатального ризику.
7. Налагодження і підтримка грудного вигодовування.
8. Створення і розповсюдження інформаційних матеріалів профілактичного напрямку.

Realities of modern obstetric practice S.I. Zhuk, O.D. Schurevska, T.V. Pehno

The article presents data retrospective features of pregnancy in women forced migrants. The influence of migration on neonatal anthropometric indices were analysed. There were conducted the increase in the frequency of children born with weight less than 3000 g, with a clear seasonality due to insufficient or inadequate maternal nutrition or disrupt the regulatory processes at the level of the placenta due stress.

Key words: pregnancy, women forced migrants, fetus, fetal programming, stress.

Статья поступила в редакцию 30.03.17