

# Особливості перебігу вагітності у жінок з пролонгованою та переносеною вагітністю (Дані ретроспективного аналізу)

І.А. Жабченко, І.С. Ліщенко

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

Проблема переносеної вагітності і запізнілих пологів є надзвичайно актуальною у сучасному акушерстві та перинатології через те, що частота цієї патології є високою, залишається у межах 3,5–16,0% і не має тенденції до зниження. Також важливість цієї проблеми зумовлена значною кількістю ускладнень перебігу запізнілих пологів, а також високою неонатальною захворюваністю та перинатальною смертністю переносених дітей.

**Мета дослідження:** визначення особливостей перебігу періоду гестації у жінок з пролонгованою та переносеною вагітністю та формування групи ризику щодо переносування.

**Матеріали та методи.** З метою визначення груп ризику вагітних щодо переносування вагітності було проведено ретроспективний клініко-статистичний аналіз 197 історій вагітності й пологів жінок, які знаходились на лікуванні та розродженні у відділенні патології вагітності і пологів ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», за 2011–2015 рр. Вивчено соціально-побутовий стан, гінекологічний та акушерський анамнез, перебіг вагітності та ступінь інфікування жінок із пролонгованою та переносеною вагітністю.

До основної групи увійшли 156 жінок, розроджених після 41-го тижня вагітності: 2011 р. – 26 (16,8%), 2012 р. – 26 (8%), 2013 р. – 57 (36,5%), 2014 р. – 34 (21,9%), 2015 р. – 26 (16,8%). З них пологи у 41 тиж – 110 (70%), у 41–42 тиж – 33 (21%), у 42 тиж – 13 (9%). До групи контролю увійшла 41 вагітна, які були розроджені своєчасно.

**Результати.** Середній вік вагітних основної групи становив 28,7±1 рік, а контрольної групи – 27±1 рік. Серед них достовірно переважали вагітні віком понад 35 років (12,8%), у контрольній групі – 9,7% ( $p<0,05$ ). З ожирінням I ступеня було виявлено відповідно 29 жінок (18,6%) в основній групі та лише 3 вагітні (7,3%;  $p<0,05$ ) – у контрольній групі. Достовірно визначено, що жінки з пролонгуванням та переносуванням вагітності частіше хворіли на ГРВІ протягом життя, ніж вагітні контрольної групи: 47 (21,4%) та 5 (12,2%;  $p<0,05$ ) відповідно.

Під час аналізу особливостей соматичного анамнезу у жінок основної та контрольної груп було виявлено високий рівень захворюваності. Нерегулярний менструальний цикл відзначала кожна п'ята (20,5%) вагітна основної групи та лише 3 вагітні (7,3%;  $p<0,05$ ) контрольної групи. Пізній початок менструацій достовірно частіше фіксували у вагітних основної групи – 16 (10,3%) жінок порівняно з контрольною групою.

Питома вага жінок, які не народжували, у групі пацієнток з пролонгованою та переносеною вагітністю становила 73,7% (контрольна група – 48,7%;  $p<0,01$ ). Кожна друга жінка основної групи була першовагітною. Лише 26,3% пацієнток основної групи мали пологи в анамнезі. Для жінок основної групи характерним є збільшений інтергенетичний інтервал, а саме – від 4 до 10 років і більше (78,8%), контрольній групі – 52,3% ( $p<0,01$ ).

Найчастіше під час даної вагітності у жінок основної групи діагностували плацентарну дисфункцію за допомогою ультразвукового та доплерометричного обстеження (34,0%), контрольної групи – 17,1% ( $p<0,05$ ) та ГРВІ (22,4%), контрольної групи – 9,7% ( $p<0,05$ ). Також кожна третя вагітна з основної групи лікувала загрозу раннього мимовільного абортів (30,8%) та анемію різних ступенів вираженості (28,2%). Ускладнювали перебіг даної вагітності й вагітні у 17,9% випадків (контрольна група – 7,3%;  $p<0,05$ ).

Виявлено, що у переважній більшості вагітних з переносуванням причиною запальних захворювань жіночих статевих органів і фонових захворювань шийки матки є саме асоціація збудників. Так, у 68,0% вагітних основної групи виявлено асоціації збудників ППСШ (контрольна група – 34,1%;  $p<0,05$ ), а саме – епідермального стрептокока з умовно-патогенною флорою кишкової групи. Наявність асоціації збудників TORCH-інфекцій відзначали у 75,6% вагітних основної групи (у контрольній групі – 29,3%;  $p<0,05$ ).

**Заключення.** У жінок з пролонгованою та переносеною вагітністю часто виявляли ускладнення перебігу гестації, а саме: рецидивуючу загрозу викидня (30,8%), плацентарну дисфункцію (34,0%) та вагітні (17,9%). Ураховуючи результати даного дослідження, до груп ризику з переносування необхідно включати вагітних із рецидивуючою загрозою викидня, першовагітних, жінок раннього та пізнього репродуктивного віку, вагітних, які мали в анамнезі запізнілі пологи, вагітних з виявленими до вагітності метаболічними порушеннями, вагітних із перенесеними у дитинстві частими ГРВІ, жінок з хронічними захворюваннями серцево-судинної системи та травного тракту, вагітних із запальними захворюваннями жіночих статевих органів і фоновими захворюваннями шийки матки.

**Ключові слова:** вагітність, переносування, пролонгована вагітність, ускладнення вагітності, групи ризику, ожиріння, плацентарна дисфункція.

Етіологія та патогенез переносеної вагітності (ПВ) до сьогодні вивчені недостатньо. Однак переносування не може розглядатися як випадкова варіація нормальної вагітності, його слід трактувати як патологічне явище, зумовлене станом організму як матері, так і плода. Про ПВ слід думати за наявності у вагітної запізнілих пологів та хронічних запальних захворювань в анамнезі, метаболічних захворювань, порушень менструального циклу, «незрілої» або «недостатньо зрілої» шийки матки (ШМ) у терміні вагітності понад 41 тиж, аномальної кількості амніотичної рідини. З метою ранньої діагностики та профілактики перинатальних ускладнень важливим є виділення групи вагітних з високим ризиком щодо переносування [1, 3, 4, 13].

Багатьма авторами відзначається наявність прямої корелятивної залежності між показниками перинатальної смертності та тривалістю переносування. Терміни «переносеність» та «перезрілість» не є тотожними. Пролонгованою

(хронологічно) слід вважати вагітність, яка триває понад 294 доби та закінчується народженням доношеної дитини без ознак «перезрілості». Переношеною ж є вагітність, яка триває понад 294 доби та закінчується народженням доношеної дитини з ознаками «перезрілості». До них належать: темно-зелене забарвлення пуповини та/або плодових оболонки, мацеровані стопи та кисті, незначна кількість або відсутність сироподібної змазки, щільні кістки черепа, вузькі шви та обидва тім'ячки [2]. Однак велика кількість діагностичних критеріїв переношеної вагітності не дає можливості знизити кількість випадків розвитку даної патології. У Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду термін «продовжена вагітність» відсутній, однак розподілення на переношену та продовжену вагітність є доцільним, оскільки тактика ведення вагітності та пологів у цих випадках є різною [5].

На сьогодні недостатньо чітко проводиться допологова діагностика продовженої та істинної ПВ, що призводить до злиття цих понять. У дослідженнях різних авторів, присвячених проблемі перенесування, не сформульовано єдиної думки щодо фізіологічної тривалості вагітності. Суб'єктивність більшості діагностичних критеріїв для визначення терміну вагітності і пологів пояснює складність діагностики перенесування, неможливість чіткого встановлення дати пологів. Важливість і актуальність проблеми ПВ пояснюється великою кількістю ускладнень під час пологів та високим відсотком розроджувальних операцій. При невідповідності гестаційного терміну, розрахованого за датою останньої менструації, необхідно орієнтуватися на куприково-тім'яний розмір, вимірний під час ультразвукового дослідження у I триместрі [2].

У більшості випадків перенесування супроводжується плацентарною дисфункцією, одним з механізмів розвитку якої є порушення матково-плацентарної гемодинаміки і зменшення газообміну між матір'ю і плодом, що розвивається, внаслідок старіння і поширення кальцинозу у плаценті. Ускладненнями плацентарної дисфункції є дистрес плода, який призводить до уражень ЦНС, супроводжується зниженням адаптації новонароджених у неонатальний період, високою захворюваністю, порушенням фізичного та інтелектуального розвитку дітей [6, 10, 11, 14, 15].

Окремою проблемою в останні роки постає питання щодо ролі інфекційного чинника у порушенні своєчасного дозрівання ШМ перед пологами. Ступінь зрілості ШМ є важливим показником готовності організму вагітної до пологів. Саме період її розкриття (перший період пологів) великою мірою зумовлює результат пологового процесу для матері та новонародженого, тривалість пологів та частоту оперативного розродження. «Незріла» ШМ не здатна до адекватного розкриття у відповідь на скорочення матки. Спроба проведення родозбудження за цих умов призводить до:

- затяжних травматичних пологів,
- дистресу плода,
- оперативного втручання,
- інфекційних ускладнень (хоріоамніоніт, ендометрит),
- пошкодження м'яких тканин пологового каналу,
- травм новонародженого [7].

Наукові дослідження з даного питання доводять, що чим менш «зрілою» є ШМ у терміні вагітності  $\geq 40$  тиж, тим частіше у вагітних діагностують бактеріальний вагіноз (БВ) та вагініти/цервіцити. Причому їхня вираженість тим більш значуща, чим більшим є термін перенесування вагітності. Водночас підвищення рН піхвового середовища при БВ зумовлює зниження активності колагенази, еластази та інших ферментів нейтрофільних лейкоцитів, що беруть участь у перебудові ШМ перед пологами. При «незрілій» ШМ у 67,0% випадків виявлено цитологічну картину БВ, при «зрілій» – у 26,0%. Дисбіотичні порушення у вагінальному біотопі призводять до змін місцевого імунітету, знижують функціональний резерв

клітин, змінюючи їхню метаболічну активність (зміни синтезу білка клітинами ендочервіксу) та погіршуючи біомеханічні властивості ШМ [8, 9, 16]. Така ситуація визначає доцільність оцінювання стану мікробіоценозу піхви напередодні пологів та проведення його корекції (у разі необхідності).

Чинний наказ МОЗ України викладає лише загальний алгоритм дії лікаря при вже встановленому діагнозі. У той самий час досі залишаються невизначеними прогностичні та діагностичні критерії щодо формування групи ризику з розвитку ПВ.

Ураховуючи відсутність патогномонічних ознак перенесування, неоднозначність тактики ведення вагітних і способів розродження, багато питань щодо патогенезу, діагностики і профілактики ПВ залишаються невирішеними, мають часто суперечливий характер і потребують подальшого вивчення.

Визначення груп ризику вагітних щодо розвитку ПВ допоможе у подальшому розробити алгоритм ведення таких жінок як під час гестації, так і під час пологів.

**Мета дослідження:** визначення особливостей перебігу періоду гестації у жінок з продовженою та переношеною вагітністю та формування групи ризику щодо перенесування.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для визначення груп ризику вагітних щодо ПВ було проведено ретроспективний клініко-статистичний аналіз 197 історій вагітності і пологів жінок, які знаходились на лікуванні та розродженні у відділенні патології вагітності і пологів ДУ „Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», за 2011–2015 рр. Вивчено соціально-побутовий стан, гінекологічний та акушерський анамнез, перебіг вагітності та ступінь інфікування жінок із продовженою та переношеною вагітністю.

До основної групи увійшли 156 жінок, розроджених після 41-го тижня вагітності: 2011 р. – 26 (16,8%), 2012 р. – 26 (8%), 2013 р. – 57 (36,5%), 2014 р. – 34 (21,9%), 2015 р. – 26 (16,8%). З них пологи у 41 тиж – 110 (70%), 41–42 тиж – 33 (21%), у 42 тиж – 13 (9%).

До групи контролю увійшла 41 вагітна, які були розроджені своєчасно.

Усім вагітним проводили клініко-лабораторне та інструментальне обстеження, вивчали особливості соматичного, гінекологічного і репродуктивного анамнезу.

Статистичне оброблення результатів проводили за допомогою методів описової та варіаційної статистики з використанням критерію Стьюдента та методу кутового перетворення Фішера. Обчислення отриманих результатів здійснювали комп'ютерним методом з рекомендаціями О.П. Мінцера.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Наведені вище дані свідчать, що питома вага продовженої та переношеної вагітності залишається стабільно високою.

Найчастіше до клінічних груп входять вагітні віком від 26 до 30 років. Середній вік вагітних основної групи становив  $28,7 \pm 1$  рік, а контрольної групи –  $27 \pm 1$  рік. Серед них в основній групі достовірно переважали вагітні віком понад 35 років (12,8%), у контрольній групі – 9,7% ( $p < 0,05$ ). Аналізуючи показники, доцільно розглядати пізній репродуктивний вік як чинник високого ризику щодо ПВ. Разом з тим збільшення в основній групі кількості обстежуваних жінок віком понад 35 років пов'язано також із соціальними, фінансовими та професійними чинниками.

Серед обстежених вагітних основної групи у м. Київ мешкало 107 (68,6%) жінок, решта 49 (31,4%) були з інших областей України. У контрольній групі ці показники становили 29 (70,7%) і 12 (29,3%) жінок відповідно.

Одруженими були 137 (87,8%) жінок основної та 37 (90,2%) жінок контрольної груп. Кожна з них жінка основної групи зазначила, що має цивільний шлюб.

Дані щодо ІМТ у вагітних обстежуваних груп, абс. число (%)

Категорія	ІМТ, кг/м <sup>2</sup>	Основна група, n=156	Контрольна група, n=41
Нормальна маса тіла	18,5–24,9	45 (28,8) *	26 (63,4)
Надмірна маса тіла	25,0–29,9	69 (44,3) *	12 (29,3)
Ожиріння, у тому числі:		42 (26,9) *	3 (7,3)
I ступеня	30,0–34,9	29 (18,6)*	3 (7,3)
II ступеня	35,0–39,9	9 (5,8)	-
III ступеня	≥40,0	4 (2,6)	-

Примітка. \* – Різниця достовірна щодо показників контрольної групи (p<0,05).

Таблиця 2

Анамнестичні дані щодо перенесених інфекційних захворювань, абс. число (%)

Показник	Основна група, n=156	Контрольна група, n=41
Вітряна віспа	90 (57,9)	29 (70,7)
Епідемічний паротит	15 (18,3)	4 (9,8)
Кір	14 (8,7)	3 (7,3)
Краснуха	37 (23,0)	13 (31,7)
Скарлатина	5 (1,6)	-
Вірусний гепатит	2 (7,1)	-
Ангіна	51 (4,8)	2 (4,9)
ГРВІ	47 (21,4) *	5 (12,2)

Примітка. \* – Різниця достовірна щодо показників контрольної групи (p<0,05).

Таблиця 3

Екстрагенітальні захворювання в анамнезі в обстежених жінок, абс. число (%)

Показник	Основна група, n=83	Контрольна група, n=17
Захворювання ССС	28 (33,7)	5 (29,4)
Хвороби очей	14 (16,8)	3 (17,6)
Захворювання ЛОР-органів	9 (10,8)	-
Захворювання щитоподібної залози	12 (14,5)	2 (11,8)
Захворювання сечовивідних шляхів	14 (16,8)	2 (11,8)
Захворювання ТТ, печінки й ЖВШ	16 (19,3)	2 (11,8)

Професійний розподіл у групах був такий: займалися розумовою працею – 88 (56,4%), не працювали – 52 (33,3%), навчалися у ВНЗ – 2 (1%) та 14 (9,3%) жінок працювали фізично. Серед вагітних контрольної групи переважали домогосподарки – 19 (46,3%) жінок, державних працівників було 10 (24,4%), робочі спеціальності мали 12 (29,3%) жінок.

Отже, за сімейним і соціально-побутовим станом, місцем проживання вагітні основної та контрольної груп були практично зрівняні. Це у подальшому сприяло більш об'єктивному визначенню справжніх причин пролонгування та переносування вагітності.

Установлено, що частіше в основній групі виявляли 0 (I) та А (II) групи крові: 0 (I) – 62 вагітні (39,8%) та 50 жінок (32%) з А (II) групою крові відповідно. Негативну резус-приналежність серед обстежених мали 20 (12,9%) жінок, а решта 136 (87,1%) жінок були з позитивним резус-фактором.

Давно вже відомо, що надмірна маса тіла та ожиріння різного ступеня є фактором ризику ПВ. Дані, представлені у табл. 1, це підтверджують. З ожирінням I ступеня (ст.) було відповідно 29 (18,6%) жінок основної групи та лише 3 вагітні (7,3%; p<0,05) контрольної групи. Ожиріння II ст. та III ст. відзначено у 9 (5,8%) та 4 (2,6%) вагітних відповідно. У контрольній групі жінок з II та III ст. ожиріння не зафіксовано взагалі.

Дані щодо перенесених інфекцій в анамнезі у вагітних досліджуваних груп представлено у табл. 2.

Наведені дані свідчать про високий рівень перенесених дитячих інфекцій та вірусних захворювань в анамнезі у вагітних обох груп. Переважна більшість вагітних хворіли на

вітряну віспу, краснуху та епідемічний паротит. Жінки з пролонгуванням та переносуванням вагітності частіше хворіли на ГРВІ, ніж вагітні контрольної групи, – 47 (21,4%) жінок основної та 5 (12,2%) пацієнок контрольної груп (p<0,05).

Під час аналізу особливостей соматичного анамнезу у жінок основної та контрольної груп було виявлено високий рівень захворюваності.

З екстрагенітальних захворювань, на які хворіють обстежені вагітні основної групи, переважають захворювання серцево-судинної системи (ССС) та захворювання травного тракту (ТТ) (табл. 3).

Середній вік менархе в обстежених жінок становив 13,7±0,5 року. Нерегулярний менструальний цикл відзначала кожна п'ята вагітна (20,5%) основної групи та лише 3 вагітні (7,3%; p<0,05) контрольної групи. Пізній початок менструації фіксували достовірно частіше у вагітних основної групи – 16 (10,3%) жінок порівняно з контрольною групою. Лише в 1 вагітній контрольної групи менархе настало після 15-річного віку (2,4%; p<0,05). У більшості обстежених жінок менструації були помірними й безболісними.

Обливісті гінекологічного анамнезу представлено у табл. 4. Слід відзначити, що кількість (28,2%) вагітних із неускладненим гінекологічним анамнезом в основній групі достовірно менша, тоді як у вагітних контрольної групи таких жінок було більше (43,9%; p<0,05).

Аналізуючи гінекологічний анамнез у жінок з пролонгованою та перенесеною вагітністю, слід відзначити високий показник запальних захворювань жіночих статевих органів

Гінекологічна захворюваність в обстежених жінок, абс. число (%)

Анамнестичні дані	Основна група, n=126	Контрольна група, n=41
Необтяжений анамнез	44 (28,2) *	18 (43,9)
Гінекологічна патологія	112 (71,8) *	23 (56,1)
Поєднана гінекологічна патологія	45 (28,8) *	5 (12,2)

Примітка. \* – Різниця достовірна щодо показників контрольної групи (p<0,05).

Паритет обстежених жінок, абс. число (%)

Паритет	Основна група, n=156	Контрольна група, n=41
Не народжували	115 (73,7) *	20 (48,7)
1-а вагітність	84 (53,8)	23 (56,1)
Повторна вагітність:	72 (46,2)	18 (43,9)
– 2-а вагітність	42 (26,9)	7 (17,1)
– 3-я вагітність	17 (10,9)	8 (19,5)
– 4-а вагітність	5 (3,2)	–
– 5-а вагітність	5 (3,2)	2 (4,9)
– понад 5 вагітностей	3 (1,9)	1 (2,4)
Пологи:	41 (26,3) *	21 (51,3)
– одні	20 (12,8)	15 (36,6)
– двоє	12 (7,7)	6 (14,6)
– троє і більше	9 (5,8)	–

Примітка. \* – Різниця достовірна щодо показників контрольної групи (p<0,05).

Акушерський анамнез обстежених жінок, абс. число (%)

Акушерський анамнез	Основна група, n=156	Контрольна група, n=41
Пологи	41 (26,3)	11 (26,8)
Передчасні пологи	–	1 (9,1)
Термінові пологи, з них:	41 (100)	10 (90,9)
– пологи після 41 тиж	8 (19,5)	–
– кесарів розтин	2 (4,9)	1 (7,7)
Мимовільні викидні	18 (25,0)**	3 (16,6)
Штучні аборти	32 (44,4)*	11 (61,1)
Завмерла вагітність	22 (30,5)**	2 (11,2)

Примітки: \* – статистично достовірні відмінності порівняно з контрольною групою (p<0,05);

\*\* – відсоток вираховано від загальної кількості повторновагітних – від 72 в основній групі та від 18 – у контрольній.

– 33,9% проти 21,7% у вагітних контрольної групи. Найвність фонових й передракових захворювань ШМ зафіксовано відповідно у 32% вагітних основної групи та у 26% жінок контрольної групи, лейоміоми матки – у 16,9% вагітних з пролонгованою вагітністю. Це свідчить про значну частоту запальних та ендокринних розладів у жінок даних груп.

Серед обстежених жінок були як першо-, так і повторновагітні в обох групах (табл. 5). Питома вага жінок, які не народжували, у групі пацієток з пролонгованою та перенесеною вагітностями становила 73,7% (контрольна група – 48,7%; p<0,01). Кожна друга жінка основної групи була першовагітною. Лише 26,3% пацієток основної групи мали пологи в анамнезі.

Отже, першовагітні жінки входять до групи ризику з перенесування.

Під час дослідження акушерського анамнезу (табл. 6) у жінок основної групи привертає на себе увагу значна кількість завмерлих вагітностей у ранньому терміні – 30,5%, у контрольній групі – 11,2% (p<0,05), а також мимовільних викиднів у терміні до 8 тиж вагітності – 25,0%, у контрольній групі – 16,6% (p<0,05). Отже, кожна четверта (25,6%) вагітна із пролонгованою та перенесеною вагітністю мала обтяжений акушерський анамнез. Слід зауважити, що кожна п'ята (19,5%) жінка з пологами в анамнезі вперше народжувала після 41 тиж вагітності.

Аналізуючи дані щодо інтергенетичного інтервалу між вагітностями, слід зазначити, що для жінок основної групи характерним є збільшений інтергенетичний інтервал, а саме – від 4 до 10 років і більше (78,8%), у контрольній групі – 52,3% (p<0,01). Це може бути пов'язано із наявністю акушерських втрат в анамнезі, а саме – мимовільних та штучних абортів, завмерлих вагітностей. Водночас кожна друга жінка (47,5%) контрольної групи мала інтергенетичний інтервал до 3 років.

Відомості щодо ускладнень досліджуваної вагітності у жінок представлено у табл. 7.

Як свідчить проведений аналіз, найчастіше у вагітних основної групи діагностували плацентарну дисфункцію за допомогою ультразвукового та доплерометричного обстеження (34,0%; контрольна група – 17,1%; p<0,05) та ГРВІ (22,4%; контрольна група – 9,7%; p<0,05). Також кожна третя вагітна із основної групи лікувала загрозу раннього мимовільного аборту (МА) – 30,8% та анемію різних ступенів вираженості – 28,2%. Ускладнювали перебіг даної вагітності й вагітні – у 17,9% випадків (контрольна група – 7,3%; p<0,05).

Проведений аналіз інфекційної складової причин перенесування вагітності свідчить про поширеність у жінок основної групи інфекцій TORCH-групи та інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). Виявлено, що у пере-

Ускладнення теперішньої вагітності (за даними архіву), абс. число (%)

Ускладнення вагітності	Основна група, n=156	Контрольна група, n=41
Загроза раннього МА	48 (30,8)	9 (21,9)
Загроза пізнього МА	18 (11,5)	4 (9,7)
Загроза передчасних пологів	19 (12,2)	6 (14,6)
ГРВІ під час вагітності	35 (22,4)*	4 (9,7)
Гестаційний пієлонефрит/ загострення хронічного пієлонефриту	8 (5,1)	2 (4,9)
Безсимптомна бактеріурія	5 (3,2)	2 (4,9)
Плацентарна дисфункція	53 (34,0) *	7 (17,1)
Багатоводдя	16 (10,3)	5 (12,2)
Анемія	44 (28,2)	10 (24,4)
Вагініт	28 (17,9) *	3 (7,3)

Примітка. \* – Різниця достовірна щодо показників контрольної групи ( $p < 0,05$ ).

важної більшості вагітних з переносуванням причиною запальних захворювань жіночих статевих органів і фонових захворювань ШМ є саме асоціація збудників. Так, у 68,0% вагітних основної групи виявлено асоціації збудників ППШ, у контрольній групі – 34,1% ( $p < 0,05$ ), а саме – епідермального стрептокока з умовно-патогенною флорою кишкової групи. Стосовно групи TORCH-інфекцій слід зазначити, що наявність асоціації збудників зафіксували у 75,6% вагітних (у контрольній групі – 29,3%;  $p < 0,05$ ). Найчастіше реєстрували поєднання хронічної цитомегаловірусної та герпесвірусної інфекцій.

## ВИСНОВКИ

Отже, результати проведеного аналізу свідчать, що у жінок з пролонгованою та перенешеною вагітністю часто вияв-

## Особенности течения беременности у женщин с пролонгированной и перенесенной беременностью (Данные ретроспективного анализа) И.А. Жабченко, И.С. Лищенко

Проблема перенесенной беременности и запоздалых родов является чрезвычайно актуальной в современном акушерстве и перинатологии из-за того, что частота этой патологии является высокой, остается в пределах 3,5–16,0% и не имеет тенденции к снижению. Также важность этой проблемы обусловлена значительным количеством осложненных течения запоздалых родов, а также высокой неонатальной заболеваемостью и перинатальной смертностью перенесенных детей.

**Цель исследования:** определение особенностей течения периода гестации у женщин с пролонгированной и перенесенной беременностью и формирование группы риска по перенашиванию.

**Материалы и методы.** С целью определения групп риска беременных по перенашиванию беременности был проведен ретроспективный клинико-статистический анализ 197 историй беременности и родов женщин, которые находились на лечении и родоразрешении в отделении патологии беременности и родов ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии имени академика А.М. Лукьяновой НАМН Украины», за 2011–2015 гг. Изучены социально-бытовое положение, гинекологический и акушерский анамнез, течение беременности и степень инфицирования женщин с пролонгированной и перенесенной беременностью.

В основную группу вошли 156 женщин, родоразрешенных после 41 нед беременности: 2011 г. – 26 (16,8%), 2012 г. – 26 (8%), 2013 г. – 57 (36,5%), 2014 г. – 34 (21,9%), 2015 г. – 26 (16,8%). Из них роды в 41 нед – 110 (70%), 41–42 нед – 33 (21%), в 42 нед – 13 (9%). В группу контроля вошла 41 беременная, родившие своевременно.

**Результаты.** Средний возраст беременных основной группы составил  $28,7 \pm 1$  год, а в контрольной группе –  $27 \pm 1$  год. Среди них достоверно преобладали беременные старше 35 лет (12,8%), в контрольной группе – 9,7% ( $p < 0,05$ ). С ожирением I степени было выявлено соответственно 29 женщин (18,6%) в основной группе и только 3 беременные (7,3%;  $p < 0,05$ ) – в контрольной группе. Достоверно установлено, что женщины с пролонгацией и перенашиванием беременности чаще болели ОРВИ в течение жизни, чем беременные контрольной группы: 47 (21,4%) и 5 (12,2%;  $p < 0,05$ ) соответственно.

После анализа особенностей соматического анамнеза у женщин основной и контрольной групп было обнаружено высокий уровень заболеваемости. Не-

явля ускладнення перебігу гестації, а саме: рецидивуючу загрозу викидня (30,8%), плацентарну дисфункцію (34,0%) та вагініти (17,9%). Ураховуючи дані акушерського та гінекологічного анамнезу, також до груп ризику щодо переносування вагітності можна зараховувати:

- першовагітних жінок;
- жінок раннього та пізнього репродуктивного віку;
- вагітних, які мали в анамнезі запізнілі пологи;
- вагітних з виявленими до вагітності метаболічними порушеннями;
- вагітних із перенесеними у дитинстві частими ГРВІ;
- жінок з хронічними захворюваннями серцево-судинної системи та травного тракту;
- вагітних із запальними захворюваннями жіночих статевих органів і фоновими захворюваннями шийки матки.

регулярный менструальный цикл отмечала каждая пятая (20,5%) беременная основной группы и только 3 беременные (7,3%;  $p < 0,05$ ) контрольной группы. Позднее начало менструаций достоверно чаще фиксировали у беременных основной группы – 16 (10,3%) женщин по сравнению с контрольной группой. Удельный вес нерожавших женщин в группе пациенток с пролонгированной и перенесенной беременностями составил 73,7% (контрольная группа – 48,7%;  $p < 0,01$ ). Каждая вторая женщина основной группы была первобеременной. Лишь 26,3% пациенток основной группы имели роды в анамнезе. Для женщин основной группы характерным был увеличенный интергенетический интервал, а именно – от 4 до 10 лет и более (78,8%), в контрольной группе – 52,3% ( $p < 0,01$ ). Чаще всего во время данной беременности у женщин основной группы диагностировали плацентарную дисфункцию с помощью ультразвукового и доплерометрического обследования (34,0%; контрольная группа – 17,1%;  $p < 0,05$ ) и ОРВИ (22,4%; контрольная группа – 9,7%;  $p < 0,05$ ). Также каждая третья беременная в основной группе лечила угрозу раннего самопроизвольного аборта (30,8%) и анемию различной степени выраженности (28,2%). Осложняли течение данной беременности и вагинита в 17,9% случаев (контрольная группа – 7,3%;  $p < 0,05$ ).

Виявлено, що у подавляючого більшіства беременных с перенашиванием причиной воспалительных заболеваний женских половых органов и фоновых заболеваний шейки матки является именно ассоциация возбудителей. Так, у 68,0% беременных основной группы выявлено ассоциации возбудителей ИППП (контрольная группа – 34,1%;  $p < 0,05$ ), а именно – эпидермального стрептококка с условно-патогенной флорой кишечной группы. Наличие ассоциации возбудителей TORCH-инфекций отмечали у 75,6% беременных основной группы (в контрольной группе – 29,3%;  $p < 0,05$ ).

**Заключення.** У жінок з пролонгированной и перенесенной беременностью часто выявляли осложнения течения гестации, а именно: рецидивующую угрозу выкидыша (30,8%), плацентарную дисфункцию (34,0%) и вагинит (17,9%). Учитывая результаты данного исследования, в группы риска по перенашиванию необходимо включать беременных с рецидивующей угрозой выкидыша, первобеременных, женщин раннего и позднего репродуктивного возраста, беременных, имевших в анамнезе запоздалые роды, беременных с выявленными до беременности метаболитическими нарушениями, беременных с перенесенными в детстве частыми ОРВИ, женщин с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы и пищеварительного тракта, беременных с воспалительными заболеваниями женских половых органов и фоновыми заболеваниями шейки матки.

**Ключевые слова:** беременность, перенашивание, пролонгированная беременность, осложнения беременности, группы риска, ожирение, плацентарная дисфункция.

## The features of the course of pregnancy in women with prolonged and post-term pregnancy (Data from a retrospective analysis)

I. Zhabchenko, I. Lishchenko

The problem of post-term pregnancy and late birth is extremely relevant in modern obstetrics and perinatology due to the fact that the incidence of this pathology is high, remains in the range of 3,5–16,0% and has no tendency to decrease. Also, the importance of this problem is due to the significant number of complications during late delivery, as well as the high neonatal morbidity and perinatal mortality of post-term babies.

**The objective:** to determine the features of the course of pregnancy in women with prolonged pregnancies and form risk groups for prolonged pregnancy.

**Materials and methods.** In order to determine the risk groups of pregnant women to prolonged pregnancy we conducted a retrospective clinical and statistical analysis of 197 histories of pregnancy and childbirth of women who were treated and given delivery in the department of pathology of pregnancy and childbirth of «The Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named after academician A.M. Lukyanova NAMS of Ukraine» for the years 2011–2015. The social situation, gynecological and obstetric history, the course of pregnancy and the extent of infection of women with prolonged and post-term pregnancy were studied.

The main group consisted of 156 women, giving birth after 41 weeks of pregnancy: 2011 – 26 (16,8%), 2012 – 26 (8%), 2013 – 57 (36,5%), 2014 – 34 (21,9%), 2015 – 26 (16,8%). Of these, childbirth in 41 weeks – 110 (70%), 41–42 weeks – 33 (21%), in 42 weeks – 13 (9%). The control group consisted of 41 pregnant women who gave birth in a timely manner.

**Results.** The average age of the main group of pregnant women was 28,7±1 year, and in the control group it was 27±1 year. Pregnant women over 35 years of age (12,8%) prevailed significantly among them, in the control group – 9,7%; p<0,05). With obesity I – 29 women (18,6%) of the main group and only 3 pregnant women (7,3%; p<0,05) of the control group were respectively identified. It was reliably established that women with prolonged pregnancy more often had ARVI during their lifetimes than pregnant women of the control group 47 (21,4%) and 5 (12,2%; p<0,05), respectively.

After analyzing the features of somatic history in women of the main and control

groups, we found a high incidence rate. An irregular menstrual cycle was noted by every fifth pregnant woman (20,5%) of the main group and only 3 pregnant women (7,3%; p<0,05) of the control group. Late onset of menstruation was significantly more common in pregnant women of the main group – 16 women (10,3%) compared with the control group.

The proportion of non-pregnant women in the group of patients with prolonged and post-term pregnancies was 73,7% (control group – 48,7%; p<0,01). Every 2nd woman in the main group was first pregnant. Only 26,3% of patients in the main group had a birth history. For the women of the main group, the intergenetic interval is increased, namely from 4 to 10 years or more (78,8%, control – 52,3%; p<0,01). Most often, during this pregnancy, placental dysfunction occurred in women of the main group, which was diagnosed by ultrasound and Doppler examination (34,0%, control – 17,1%; p<0,05) and ARVI (22,4%, control – 9,7%; p<0,05). Also, every third pregnant woman from the main group treated the threat of early spontaneous abortion (30,8%) and anemia of varying severity (28,2%). Complicated during this pregnancy and vaginitis in 17,9% of cases (control group, 7,3%; p<0,05). It was revealed that in the overwhelming majority of pregnant women with post-term pregnancies the cause of inflammatory diseases of the female genital organs and background diseases of the BV is precisely the association of pathogens. Thus, in 68,0% of pregnant women of the main group, associations of STI pathogens were detected (control group – 34,1%; p<0,05), namely, epidermal streptococcus with conditionally pathogenic flora of the intestinal flora. The presence of the association of TORCH pathogens was noted by 75,6% of the pregnant women of the main group (the control group – 29,3%; p<0,05).

**Conclusions.** In women with prolonged pregnancies, complications of gestation were often found, namely: recurrent miscarriage threat (30,8%), placental dysfunction (34,0%) and vaginitis (17,9%). Taking into account the data of our study, it is necessary to include first-pregnant, women of early and late reproductive age, pregnant women who had a late birth, pregnant women with metabolic disorders detected before pregnancy, pregnant women with frequent acute respiratory viral infections, women with chronic heart diseases vascular system and gastrointestinal tract, pregnant with inflammatory diseases of the female genital organs and background diseases of the cervix.

**Key words:** pregnancy, post-term pregnancy, prolongation, prolonged pregnancy, complications of pregnancy, risk groups, obesity, placental dysfunction.

## Сведения об авторах

**Жабченко Ирина Анатольевна** – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии имени академика А.М. Лукьяновой НАМН Украины», 04050, г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел.: (044) 483-90-81, (067) 504-35-18

**Лищенко Инесса Сергеевна** – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии имени академика А.М. Лукьяновой НАМН Украины», 04050, г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел.: (067) 500-09-45

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Чернуха Е.А. Переношенная и пролонгированная беременность // Е.А. Чернуха. – М., 2007. – С. 17–19.
- Жук С.І. Регуляція скорочувальної активності матки. Сучасні можливості / С.І. Жук // Жіночі лікар. – 2018. – № 2 (76). – С. 11–14.
- Резніченко Г.І. Переношена вагітність і запізнілі пологи / Г.І. Резніченко. – Запоріжжя: Паритет, 1998. – С. 180–181.
- Лавріненко В.П. Профілактика переносування вагітності у жінок з хронічним пієлонефритом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – К., 2004. – 15 с.
- Заманова Л.Э. Прогнозирование перинатальных осложнений при переносной беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Республика Казахстан. – 2009. – 24 с.
- Щербина А.М. Особливості впливу переносування вагітності на формування перинатальної патології нервової системи плода / А.М. Щербина, О.В. Моргулян // Тавричеський медико-біол. вестник. – 2012. – Т. 15, № 2, ч. 2 (58). – С. 223–225.
- Жабченко І.А. Современный взгляд на перенашивание и пролонгирование беременности / И.А. Жабченко, А.Е. Яремко, Т.Н. Коваленко // Здоров'я України. Гінекологія. Акушерство. Репродуктологія (тематичний номер). – 2014. – № 2. – С. 16–17.
- Богадельников И.В. Дисбактериоз – желаемое и действительное / И.В. Богадельников // Новости медицины и фармации. – 2011. – № 6. – С. 2–3.
- Рахматулина М.Р. Бактериальный вагиноз, ассоциированный с Atopobium vaginae: современные принципы диагностики и лечения / М.Р. Рахматулина, К.И. Плахова // Репродукт. эндокринология. – 2016. – № 3. – С. 34–38.
- Smith G.C. Life-table analysis of the risk of perinatal death at term and post term in singleton pregnancies / G.C. Smith // Am.J.Obstet. – 2001. – Vol. 184. – 346 p.
- Campbell M.K. Post-term birth: risks factors and outcomes in a 10-year cohort of Norwegian births / M.K. Campbell // J. Obstet.Gynecol. – 1997. – Vol. 89. – P. 543–548.
- Hemmitt B.E. Annual summary of vital statistics 2005 / B.E. Hemmitt, A.M. Minino, J.A. Martin // Pediatrics. – 2007. – P. 345–360.
- Rao A. Cervical length and maternal factors in expectantly managed prolonged pregnancy; prediction of onset of labor and mode of delivery // A. Rao, E. Celik // Ultrasound Obstet.Gynecol. – 2008. – № 32 (5). – P. 646–651.
- Vercouste L. Perinatal risk at term and post-term revisited / L. Vercouste, J. Nizard // J.Obstet. Biol.Reprod. – 2007. – Vol. 36 (7). – P. 663–70.
- Divon M.G. Fetal and neonatal mortality in the post-term pregnancy / M.G. Divon, B. Haglund, H. Nisell // Am.J.Obstet. Gynecol. – 1998. – Vol. 178. – P. 726.
- Swadpanich U. Antenatal lower genital tract infection screening and treatment programs for preventing preterm delivery / U. Swadpanich, P. Lumbiganon, W. Prasertcharoensook // Cochrane Database Syst. Rev. – 2008. – P. 77–86.

Статья поступила в редакцию 18.01.2019