

©І.А. Жабченко, Г.Є. Яремко, І.С. Ліщенко

## РЕТРОСПЕКТИВНА ОЦІНКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ ПЕРЕНОШЕНОЇ ВАГІТНОСТІ

ДУ "Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України"

РЕТРОСПЕКТИВНА ОЦІНКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ ПЕРЕНОШЕНОЇ ВАГІТНОСТІ. Проблема переношеної вагітності (ПВ) та запізнілих пологів у сучасному акушерстві розглядається як складний біологічний процес, тісно пов'язаний з такими факторами, як хронологічна тривалість вагітності, механізм початку та тривалості пологів, внутрішньоутробний стан плода та фетоплацентарного комплексу. Актуальність цієї проблеми обумовлена значними змінами у фізіології складної біологічної системи мати-плацента-плід, які призводять до численних ускладнень у перебігу запізнілих пологів, а також до високої неонатальної захворюваності та перинатальної смертності переношених дітей. Частота ПВ коливається в межах 3,5-13,5 % від загальної кількості пологів, складаючи в середньому 8-10 %. Як свідчать дані опрацьованих літературних джерел, переносуванню вагітності сприяють перенесені дитячі інфекційні захворювання, запальні процеси органів малого тазу, інфекції, що передаються статевим шляхом, ендокринні порушення, вік понад 30 років. Перебіг вагітності при цьому нерідко ускладнюється раннім гестозом, загрозою викидня, преєклампсією, плацентарною дисфункцією, маловоддям. У пологах при ПВ зростає частота таких ускладнень, як допологове вилиття вод, слабкість пологової діяльності, кровотечі, оперативне розродження, дистрес плода. Проведення комплексного дослідження етіопатогенетичних чинників переносування/продовження вагітності є актуальним і перспективним. Визначення групи ризику вагітних щодо розвитку переносування вагітності допоможе нам у подальшому розробити алгоритм ведення таких жінок як під час гестації, так і в пологах.

РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ. Проблема переношенной беременности (ПБ) и запоздалых родов в современном акушерстве рассматривается как сложный биологический процесс, тесно связанный с такими факторами, как хронологическое продолжение беременности, механизм начала и продолжительности родов, внутриутробное состояние плода и фетоплацентарного комплекса. Актуальность этой проблемы обусловлена значимыми изменениями в физиологии сложной биологической системы мать-плацента-плод, которые приводят к множественным осложнениям течения запоздалых родов, а также к высокой неонатальной заболеваемости и перинатальной смертности переносимых детей. Частота ПБ колеблется в пределах 3,5-13,5 % от общего количества родов, составляя в среднем 8-10 %. Как свидетельствуют данные проработанных литературных источников, перенашиванию беременности способствуют перенесенные детские инфекционные заболевания, воспалительные процессы органов малого таза, инфекции, которые передаются половым путем, эндокринные нарушения, возраст свыше 30 лет. Течение беременности при этом нередко осложняется ранним гестозом, угрозой выкидыша, преэклампсией, плацентарной дисфункцией, маловодием. В родах при ПБ увеличивается частота таких осложнений, как раннее излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, кровотечения, оперативные роды, дистресс плода. Проведение комплексного исследования этиопатогенетических признаков перенашивания/продолжения беременности является актуальным и перспективным. Определение группы риска беременных по перенашиванию беременности поможет нам в дальнейшем разработать алгоритм ведения таких женщин, как во время беременности, так и в родах.

A RETROSPECTIVE STUDY OF RISK FACTORS FOR PROLONGED PREGNANCY. Prolonged pregnancy (PP) and labour are considered as a complex biological process closely associated with such factors as chronological prolongation of pregnancy, onset and duration of labour, conditions of a fetus and a fetoplacental complex. The urgency of this problem is due to significant physiological changes of an intricate biological mother-placenta-fetus system that lead to multiple complications during prolonged labour, as well as to a high neonatal morbidity and perinatal mortality of postmature infants. The frequency of PP is 3,5-13,5% with an average 8-10% from total labour. Such factors as childhood infectious diseases, inflammatory pelvic diseases, sexually transmitted diseases, endocrine disorders, and maternal age over 30 years contribute significantly to PP. Early toxicosis, threatened miscarriage, preeclampsia, placental dysfunction and oligohydramnios are not rare during PP. In addition, premature rupture of fetal membranes, weakness of labor, bleeding, operative delivery, and fetal distress often complicate labour. A comprehensive study of etiopathogenesis of post-term pregnancy is topical and perspective. Identification of pregnant women with greater risk of PP and its level estimation will help us to develop an algorithm of effective care during the pregnancy and childbirth.

**Ключові слова:** фактори ризику, переношена вагітність, пологи.

**Ключевые слова:** переносимая беременность, факторы риска, роды.

**Key words:** prolonged pregnancy, risk factors, labour

**ВСТУП.** Актуальність цієї проблеми обумовлена значними змінами у фізіології складної біологічної системи мати-плацента-плід, які призводять до численних ускладнень у перебігу запізнілих пологів, а також до високої неонатальної захворюваності та перинатальної смертності переношених дітей. Частота ПВ коливається в межах 3,5-13,5 % від загальної кількості пологів, складаючи в середньому 8-10 % [1, 2].

Згідно наказу МОЗ України № 901 від 27.12.2006р. та міжнародної класифікація хвороб (МКХ) - 10 (шифр

048) «Переношена вагітність», вагітністю, що перенується, слід вважати вагітність, яка триває понад 42 тижні (294 дні) від першого дня останнього нормального менструального циклу. Розподіл на переносену та пролонговану вагітність не здійснюється. Пологи, що відбулись після 42 повних тижнів вагітності (на 294 добу або пізніше), називаються запізнілими пологами. Згідно цього ж наказу, при терміні вагітності понад 41 тиждень, відсутності ознак вагітності, що перенується, та задовільному стані пло-

да рекомендується очікувальна тактика; за наявності ознак, характерних для переносування, показана підготовка пологових шляхів з подальшою індукцією пологової діяльності [3].

Водночас доведено, що ризик раптової антенатальної загибелі плода (один випадок на 500 вагітних) та частота уражень центральної нервової системи (ЦНС) у новонароджених різко зростають саме після 41 тижня вагітності, який є перехідним терміном між доношеною та переносною вагітністю, і, за сучасними нормативами, цей термін вагітності не передбачає активних дій з підготовки жінки до розродження [4, 5]. Перезрілість плода з її негативними наслідками (великий плід, щільні кістки черепа, відсутність можливості до конфігурації голівки в пологах, дистрес плода) та висока частота аномалій пологової діяльності при ПВ зумовлює зростання частоти кесаревого розтину до 33,3 %, що само по собі підвищує ризики акушерських ускладнень [6, 7].

Як свідчать дані літературних джерел, переносуванню вагітності сприяють перенесені дитячі інфекційні захворювання, запальні процеси органів малого тазу, інфекції, що передаються статевим шляхом, ендокринні порушення, вік понад 30 років. Перебіг вагітності при цьому нерідко ускладнюється раннім гестозом, загрозою викидня, прееклампсією, плацентарною дисфункцією, маловоддям. У пологах при ПВ зростає частота таких ускладнень, як допологове вилиття вод, слабкість пологової діяльності, кровотечі, оперативне розродження, дистрес плода [2, 6].

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.** У більшості випадків переносування супроводжується розвитком плацентарної дисфункції, 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 в плаценті. Ускладненнями плацентарної дисфункції є дистрес плода, який призводить до уражень ЦНС, супроводжується зниженням адаптації новонароджених у неонатальному періоді, високою захворюваністю, порушенням фізичного та інтелектуального розвитку дітей. Справжньо ПВ триває понад 294 дні та закінчується народженням дитини з ознаками біологічної перезрілості, що і визначає високий ризик формування у неї анте/інтранатального дистрес-синдрому та утрудненої неонатальної адаптації [7].

Однак, ознаки перезрілості новонародженого визначаються лише у 20-30 % запізнених пологів при хронологічному подовженні вагітності, тому деякими дослідниками було запропоновано поняття «продовжена вагітність», яка розглядається як варіант норми, триває понад 294 дні та обумовлена уповільненим дозріванням плода. При цьому вагітність закінчується народженням доношеної зрілої дитини без ознак біологічної перезрілості [8, 9]. Однак, до цього часу недостатньо чітко проводиться допологова діагностика продовженої та справжньої ПВ, що призводить до злиття цих понять. Чинний наказ МОЗ України викладає лише загальний алгоритм дії лікаря при вже встановленому діагнозі. В той же час, досі залишаються невизначеними прогностичні та діагностичні критерії щодо визначення групи ризику з розвитку ПВ.

Метою роботи було проведення ретроспективної оцінки факторів ризику щодо розвитку переносної вагітності у жінок, які народили після 41 тижня вагітності, за даними 130 історій пологів ДУ «ІПАГ НАМИ України» за 2008-2012 роки.

Етіологія та патогенез ПВ до цього часу вивчені недостатньо, однак, про дану патологію слід думати за наявності у вагітної запізнених пологів та хронічних запальних захворювань в анамнезі, ендокринних захворювань, порушень менструального циклу, «незрілої» або «недостатньо зрілої» шийки матки в терміні вагітності понад 41 тиждень, гіпоплазії плаценти та маловоддя. З метою ранньої діагностики та профілактики перинатальних ускладнень важливим є виділення групи вагітних з високим ризиком щодо розвитку переносування вагітності [2, 4, 7].

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.** Аналізуючи статистичні показники історій пологів жінок, які народили після 41 тижня вагітності, враховували преморбідний фон, перенесені інфекційні захворювання, наявність екстрагенітальних захворювань, дані акушерсько-гінекологічного анамнезу, вивчали паритет жінок.

На основі проведеного ретроспективного аналізу архівного матеріалу встановлено, що переносна/продовжена вагітність зустрічалась у 10,8 % жінок.

При вивченні вікової структури виявлено, що запізнені пологи у 43 % жінок відбулись у віці 26-30 років. Переважна більшість (62 %) жінок були першовагітними та народжували вперше 75 %. Вивчення соматичного анамнезу дозволило виявити деякі особливості. Так, 93 % жінок мали в анамнезі перенесені дитячі інфекції, вірусний гепатит перенесли 12 % жінок, дані за хронічне захворювання нирок були у 18 % пацієнток, захворювання щитовидної залози - у 17 % жінок, ожиріння - у 29 % жінок, надлишкова маса тіла - у 43 % жінок.

Аналіз гінекологічного анамнезу у жінок з запізненими пологами показав, що чинниками ризику щодо розвитку переносування вагітності можуть бути: патологія шийки матки (27 %), запальні захворювання статевих органів (31 %), порушення оваріально-менструального циклу (14 %).

Як свідчать дані акушерського анамнезу у жінок із запізненими пологами, то теперішній вагітності передували медичні аборти (44 %), самовільні викидні (38 %), запізнені пологи (13 %), патологічні пологи (47 %). Вивчення перебігу даної вагітності свідчить, що найбільш значущими факторами ризику розвитку ПВ були: ранній гестоз (17 %), загроза викидня (41 %), анемія (17 %). Крім того, слід зазначити досить високий відсоток таких ускладнень гестаційного періоду, як хронічне носійство інфекцій групи TORCH (28 %), плацентарна дисфункція (45 %), маловоддя (19 %), багатоводдя (16 %), дистрес плода (14 %).

Згідно отриманих клініко-статистичних даних, поєднання таких чинників як маловоддя, плацентарна дисфункція та фетальний дистрес виявлено у 75 % жінок, що також свідчить про високий ризик розвитку переносування вагітності.

Ретроспективний аналіз перебігу запізнених пологів свідчить про високий відсоток ускладнень під

час них. Так, у 24 % жінок спостерігались аномалії пологової діяльності, у 33 % вагітних відбулось допологове вилиття навколоплодових вод. Патологічний перебіг пологів після 41 тиж. гестації обумовив підвищення відсотку таких акушерських операцій, як епізіо-, перінеотомія (45,4 %), операцій ручної та інструментальної ревізії стінок порожнини матки (40 %). Оперативне розродження шляхом кесаревого розтину проведено у 40 % запізнілих пологів. Показаннями до оперативного розродження були: клінічно вузький таз матері (16 %), гострий дистрес плода (18 %), слабкість пологової діяльності (6 %). Слід зазначити, що у 80 % випадків оперативне втручання проведено ургентно, а майже кожну другу жінку (19 %) прооперовано з приводу фетального дистресу.

Що стосується новонароджених, то 20 % дітей народилось з ознаками перезрілості, що може свідчити про справжню переношену вагітність. Середня маса новонароджених склала (3476±92) г, макросомія спостерігалась у 31 % дітей. Середня оцінка новонароджених за шкалою Апгар склала 6,5 - 7,1 бали. Післяпологові реанімаційні заходи проводились у 6 % дітей. Патологічні стани новонароджених у ранньому неонатальному періоді (в т.ч. порушення адаптаційних механізмів, аспіраційний синдром, неврологічна симптоматика) спостерігались у 20 % дітей в разі перенесення вагітності. Перинатальна смертність склала 23 %.

Таким чином, проведена ретроспективна оцінка факторів ризику розвитку переношеної вагітності свідчить, що про можливість розвитку перенесування можуть свідчити такі чинники, як вік 26-30 років, перша вагітність та перші пологи. Звертає на себе увагу висока зустрічаємість запальних захворювань статевих органів, що корелює з даними інших авторів [10].

До чинників ризику можна віднести також ожиріння та надлишкову масу тіла жінок. Перебіг вагітності при перенесуванні ускладнюється раннім гестозом, анемією та загрозою викидня в ранні терміни гестації. Особливістю запізнілих пологів є слабкість пологової діяльності, допологове вшиття вод, частіше виникає необхідність оперативних втручань, пологовий травматизм. У дітей, які народились при запізнілих пологах, спостерігається асфіксія різного ступеня важкості, в т.ч. і тяжкі її прояви, які є показанням для проведення первинних реанімаційних заходів.

**ВИСНОВОК.** Згідно отриманих ретроспективних даних щодо факторів ризику виникнення переношеної/продовженої вагітності, слід зазначити, що частота розвитку переношеної вагітності на сучасному етапі не має тенденції до зниження.

**ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.** Високий відсоток ускладнень перебігу запізнілих пологів, оперативних втручань, неонатальної захворюваності та перинатальної смертності потребує пошуку та розробки нових критеріїв діагностики та прогнозування даної патології.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Бенюк В.О. Патологічне акушерство / В.О.Бенюк, В.Я.Голота, І.Б.Венцківський // - Київ: «Професіонал». - 2009. - С. 51-54.
2. Чернуха Е.А. Переношенная и пролонгированная беременность / Е.А.Чернуха // Москва, 2007.-С. 17-19.
3. Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Переношена вагітність». Наказ № 901 від 27.12.1006.
4. Энкин М. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка / М. Энкин, М. Кейрс, Д. Нейлсон // - СПб.: Петрополис, 2003, - 482 с.
5. Щербина А.М. Особливості впливу перенесування вагітності на формування перинатальної патології нервової системи плода / А.М. Щербина, О.В. Моргулян // Таврический медико-биол. вестник. - 2012. - Т. 15, №2, Ч. 2(58). - С.223-225.
6. Резніченко Г.І. Переношена вагітність і запізнілі пологи / Г.І. Резніченко // Запоріжжя: «Паритет». - 1998. - С. 180-181.
7. Стрижаков А.Н Переношенная беременность / А.Н. Стрижаков, И.В. Игнатко // - М.: Издательский дом «Династия». - 2006. - 145 с.
8. Чернуха Е.А. Переношенная и пролонгированная беременность (клинико-физиол. исследований): дис докт. мед. наук. - М., 1977.
9. Резніченко Г.І. Дифференцированная диагностика, тактика ведения и прогнозирование исхода родов при переношенной и пролонгированной беременности: автореф. дис. канд. мед. наук. - Киев, 1991. - 21 с.
10. Лавріненко В.П. Профілактика перенесування вагітності у жінок з хронічним пієлонефритом: автореф. ... канд. мед. наук. - Київ. - 2004. - 15 с

Отримано 17.01.14