

**ЛІТЕРАТУРА**

1. *Авдеев В.И.* Клиническое значение изучения гормонального статуса и рецепторов стероидных гормонов в опухоли у больных раком эндометрия: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 27 с.
2. *Ашрафян Л.А., Новикова Е.Г.* Гинекологические аспекты в тенденциях заболеваемости и смертности от рака органов репродуктивной системы // Журнал акушерства и женских болезней. – 2012. – Вып. 1, т. XLX. – С. 27-33.
3. *Бохман Я.В., Бонтэ Я., Вишневский А.С.* Гормонотерапия рака эндометрия. – СПб.: Гиппократ, 2009. – 163 с.
4. *Ермакова Н.А.* Количественная оценка уровня эстрогенного фона у больных раком эндометрия как показателя чувствительности опухоли к гормонотерапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2011. – 31 с.
5. *Козаченко В.П.* Гормоны в онкологии // Практическая гинекология. – 2010. – Т. 1, № 3. – С. 8-11.
6. *Макаров О.В.* Гиперпластические процессы эндометрия: диагностика и лечение с учетом рецепторного профиля эндометрия // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 3. – С. 32-36.
7. *Петрикова Т.Ю.* Ранняя диагностика и патогенетическое обоснование терапии при гиперпластических процессах эндометрия // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 3. – С. 36-40.
8. *Goldman J., Dicker D.* Gynaecological oncology // Fam.Physician. – 2010. – №1. – P. 5-7.
9. *Mutter G.L.* Histopathology of genetically defined endometrial precancer / G.L. Mutter // Int. J. Gynecol. Pathol. – 2011. – Vol. 19. – P.301 – 309.
10. *Perantoni A.O.* Carcinogenesis in The Biological Basis of Cancer / Perantoni A.O.— Cambridge, 2011.— P. 80-125.

УДК: 618.146:618.398+618.3-008.6

## **ОЦІНКА ВИЗНАЧЕННЯ ГОТОВНОСТІ ШИЙКИ МАТКИ ДО ПОЛОГІВ ПРИ ПРОЛОНГОВАНІЙ ТА ПЕРЕНОШЕНІЙ ВАГІТНОСТІ**

*ЖАБЧЕНКО І.А., КОВАЛЕНКО Т.М., ЛИЩЕНКО І.С.*

м. Київ

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»

Актуальність проблеми перенесеної вагітності (ПВ) обумовлена наявністю численних ускладнень в пологах зі сторони матері та плода, високою перинатальною захворюваністю та смертністю, значною частотою пологового травматизму, оперативного розродження, а також післяпологових ускладнень, особливо у жінок високого ризику. Частота ПВ коливається в межах 3,5–13,5% від загальної кількості пологів, середній показник становить 8-10% [1, 9].

Значно ускладнює ситуацію невизначеність з поняттям ПВ, так як до цього часу недостатньо чітко проводиться допологова діагностика пролонгованої та справжньої ПВ, що призводить до злиття цих понять. Більшість авторів вважають, що ПВ можна вважати такою вагітністю, яка перевищує тривалість доношеної вагітності на 2 тижні та більше [1, 4]. Деякі автори відносять перенесування до патологічних станів [5, 6], в той же час інші дослідники вважають пролонговану вагітність варіантом норми [7, 8].

Ризик раптової антенатальної загибелі плода та частота уражень центральної нервової системи (ЦНС) у новонароджених різко зростають саме після 41 тижня вагітності, який

є перехідним терміном між доношеною та переношеною вагітністю, і, згідно наказу МОЗ України № 901 «Переношена вагітність» від 27.12.2006 р., цей термін вагітності не передбачає активних дій з підготовки жінки до розродження. Перезрілість плода з її негативними наслідками (великий плід, щільність кісток черепа, неможливість конфігурації голівки в пологах, дистрес плода після 41 тижня, тощо) та висока частота аномалій пологової діяльності при ПВ зумовлює зростання частоти кесаревого розтину до 33,3 %, що само по собі підвищує ризики акушерських ускладнень [5, 13, 14].

За даними літературних джерел, перинатальна смертність при ПВ сягає 1,9 %, а неонатальна захворюваність – 29%, що в шість разів перевищує таку ж при доношеній вагітності [15].

Таким чином, слід проводити більш чітку антенатальну диференційну діагностику переношеної та пролонгованої вагітності, так як тактика повинна бути різною: у першому випадку – активна тактика підготовки та ведення пологів, а в другому – вичікувальна (консервативне ведення таких жінок) [9, 10, 11]. За даними Кокранівського керівництва, індукція пологової діяльності після 41 тижня вагітності, або на більш пізньому терміні, призводила до зменшення перинатальної смертності у порівнянні з вичікувальною тактикою спонтанних пологів [12].

Таким чином, на сьогодні немає єдиної думки з приводу пролонгованої та переношеної вагітності. Існують суперечливі дані щодо характеру анте- та інтранатальних факторів ризику перинатальної патології. Виникають труднощі у здійсненні диференційної діагностики пролонгованої вагітності та справжнього її переношування до настання пологів [5, 13].

Суб'єктивність більшості діагностичних критеріїв для визначення терміну вагітності і пологів пояснює складність діагностики переношування, неможливість чіткого встановлення дати пологів. Важливість і актуальність проблеми переношування вагітності пояснюється великою кількістю ускладнень в пологах та високим відсотком розроджувачих операцій.

Основним питанням залишається тактика ведення вагітних з пролонгованою та ПВ, а саме необхідність проведення індукції пологової діяльності, або дотримання вичікувальної тактики.

Для визначення готовності шийки матки до пологів з прогнозуванням необхідності індукції пологової діяльності було запропоновано використовувати експрес-тест маркером визначення якого є фосфорильована ізоформа протеїну – 1, що зв'язує інсуліноподібний фактор росту (ПЗІФР-1). Фосфорильовані ізоформи ПЗІФР-1 продукуються децидуальними клітинами, містяться в цервікальному секреті жінок з інтактними плодовими оболонками і відрізняються від таких же в амніотичній рідині. Коли шийка матки дозріває, децидуальна та плодова оболонки відокремлюються, і деяка кількість фПЗІФР-1 потрапляє до цервікального каналу. Негативний результат вказує на недостатню зрілість шийки матки та низький ризик розвитку спонтанної пологової діяльності протягом 7 днів після проведення тесту. Прогностична цінність результату, за даними виробника, складає 94%, а діагностична специфічність – 100%.

Метою роботи було визначення готовності шийки матки до пологів у жінок з пролонгованою та ПВ за допомогою експрес-тесту виявлення фосфорильованих ізоформ ПЗІФР-1 для визначення часу спонтанного початку пологів та необхідності індукції пологової діяльності.

### **Матеріали і методи дослідження**

Впродовж 2013-2014 рр. був проведений динамічний нагляд за 33 вагітними з моменту поступлення їх до стаціонару до виписки після пологів. До даної групи включено вагітних з терміном вагітності >280 днів ( $\geq 40$  тижнів).

Критерії включення до дослідження: одноплідна вагітність, гестаційний вік >280 днів, відсутність тяжкої екстрагенітальної патології, ПВ в анамнезі.

Усі вагітні були обстежені в повному клініко-лабораторному об'ємі. В ході роботи було використано загальноклінічні (клініко-анамнестичні, лабораторні), спеціальні (УЗД з доплерометрією, КТГ), імунологічні та статистичні методи дослідження.

Усі жінки ознайомлені з метою та методами, від них отримано письмову згоду на включення їх до наукового дослідження.

Для проведення експрес-тесту на наявність фосфорильованих ізоформ ПЗІФР-1 були отримані зразки цервікального слизу за допомогою стерильних поліефірних тампонів, які залишались у шийці матки на 10-15 с. Потім проводилась екстракція зразку, для чого тампон занурювався до пробірки з реагентом та збовтувався протягом 20 с для адекватного змішування. Поява 2 блакитних смужок у тестовій зоні свідчила про позитивний результат (пологи мають настати протягом найближчих 7 днів), однієї контрольної – негативний.

Результати дослідження та їх обговорення

З метою встановлення факту готовності шийки матки до пологів у жінок з пролонгованою та ПВ був проведений динамічний нагляд за 33 вагітними, які перебували на стаціонарному лікуванні в клініці ДУ «ІПАГ НАМН України» в 2013–2014рр. Розподіл обстежених жінок за віком представлено в таблиці 1.

Таблиця 1

### Розподіл жінок за віком (роки)

Показник	Кількість жінок в групі обстежених, абс.ч., (%), (n=33)
до 20	1 (3,0)
21-25	7 (21,2)
26-30	15 (45,5)
31-35	7 (21,2)
36-40	3 (9,1)

Як свідчать вищевказані дані, переважна більшість жінок (45,5%) були віком від 26 до 30 р. Середній вік жінок з пролонгованою/ПВ, яким було проведено тест на визначення фосфорильованих ізоформ ПЗІФР-1, становив 27,8 р.

Одним із важливих чинників ризику щодо пролонгованої та перенесеної вагітності є надлишкова маса тіла або ожиріння, що визначаються шляхом розрахунку індексу маси тіла (ІМТ). Середній індекс маси тіла вагітних з пролонгованою та ПВ становив 27,5. Розподіл вагітних за ІМТ показано в табл. 2.

Таблиця 2

### Розподіл жінок за ІМТ

Показник	Кількість жінок в групі обстежених, абс.ч., (%), (n=33)
18,5 – 24,99	13 (39,5)
25 - 29,99	18 (54,5)
30 – 34,99	1 (3,0)
35 – 39,99	1 (3,0)

Виявлено, що надлишкова вага була присутня лише у 2 вагітних, що становить 6,0%.

Аналізуючи анамнестичні дані, необхідно відмітити, що у 23 жінок (69,7%) пологи були першими, у 7 (21,2%) – другими, і лише у 3 пацієнток (9,1%) - третіми. Отже, саме першовагітні становлять основну групу ризику вагітних з перенесування вагітності.

Серед 33 проведених експрес-тестів на наявність фосфорильованих ізоформ ПЗІФР-1 23 тести виявилися позитивними, що становить 69,7%, а 10, відповідно, негативними. Проаналізувавши час (кількість днів) між проведеним експрес-тестом та пологами, можливо оцінити інформативність даного діагностичного тесту.

Так, з 23 жінок з пролонгованою вагітністю, у яких експрес-тест був позитивний, 19 народили протягом перших 4 діб, що складає 82,6%, а саме: на 1-2 добу – 15 вагітних (65,2%), на 3-4 добу – 4 вагітних (17,4%). Ще у 4 пацієнток (17,4%) пологи відбулися на 5-7 добу.

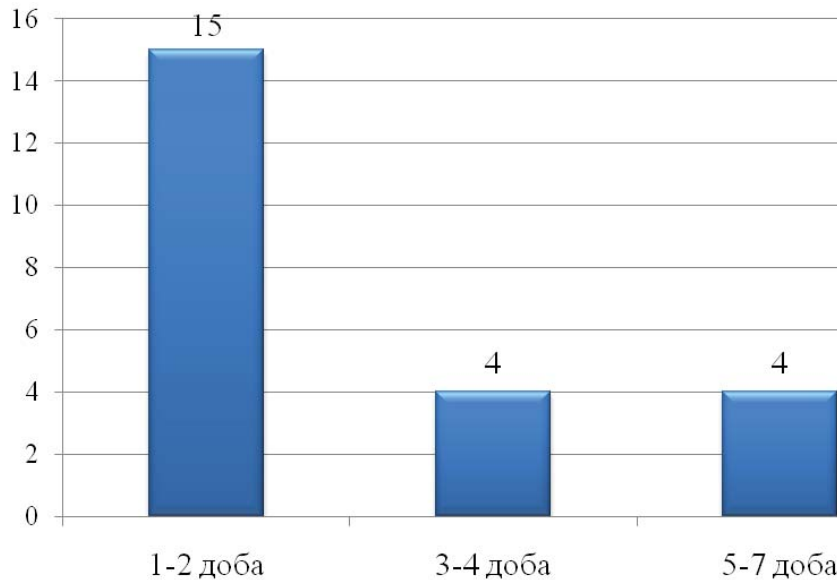


Рис. 1. Кількість жінок з позитивним результатом

Необхідно зазначити, що згідно інструкції виробника, діагностичний діапазон можливого розвитку спонтанної пологової діяльності при позитивному результаті становить 7-14 днів.

Розподіл вагітних, результат тестів у яких виявився негативним, представлено в табл. 3.

Таблиця 3

**Розподіл жінок з негативними результатами тестів**

Доба після тесту до пологів	Кількість жінок з негативним результатом, абс.ч., (%), (n=10)
1-2	2 (20)
3-4	3 (30)
5-7	2 (20)
9-10	2 (20)
10-18	1 (10)

Рис. 2. Розподіл вагітних за часом до початку пологів після проведення тесту, %

Слід зазначити, що 4 вагітним (з 10) на 5-10 добу проведено розродження шляхом операції кесаревого розтину за показаннями з боку плода (дистрес плода). Особливістю є те, що у всіх 4 жінок було багатоводдя та після народження немовлят виявлялося обвиття пуповини навколо шії. Отже, ще одним з чинників пізнього початку пологової діяльності можна певною мірою вважати наявність перерозтягнення м'язів матки за рахунок багатоводдя (порушення скорочувальної функції матки). Поєднання даної патології з обвиттям пуповиною плода можна вважати наслідком його підвищеної рухової активності у збільшеній кількості амніотичної рідини.

## Висновки

1. Тест на визначення готовності шийки матки до пологів, що визначає маркер фПЗІФР -1 легкий у використанні та спричиняє менше дискомфорту вагітній, ніж піхвове дослідження або трансвагінальне УЗД.
2. Інформативність експрес-тесту, згідно нашого дослідження, становить 78,8%.
3. Тест може використовуватися для вирішення питання щодо вибіркової тактики або активної індукції пологової діяльності при пролонгованій/ПВ, в залежності від його результатів у співставленні з даними УЗД (стан плода), індивідуальними анамнестичними та клінічними особливостями вагітної.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Патологічне акушерство/ В.О. Бенюк, В.Я. Голота, І.Б. Венцківська та співав. – Київ: «Професіонал». – 2009. – С. 51-54
2. Резніченко Г.І. Пролонгована вагітність.- Запоріжжя: «Паритет». – 1997. – С. 75-76.
3. Малков Я.Ю. Активное ведение пролонгированной беременности с оценкой сократительной деятельности матки в родах Я.Ю. Малков, Н.Н.Бисерова // Вop.оxр.мат.и дет. – 1989. - №11. – С. 58-61
4. Василенко Л.В. Сравнительная характеристика переношенной и пролонгированной беременности и их исход для матери и ребенка: автореф... дис..канд.мед.наук. – К., 1982. – 18с.
5. Чернуха Е.А. Переношенная и пролонгированная беременность / Е.А.Чернуха // Москва, 2007. – С. 17-19.
6. Cario, L.M. Conservative management of prolonged pregnancy using heartrate monitoring only: A prospective study/ L.M.Cario // Brit.J Obstet.Gynecol. /- 1984, 1991. - №1. – P.23-30.
7. Alexander J., MC Intire D., Leveno R. Prolonged pregnancy: induction of labor.
8. Стрижаков А.Н Переношенная беременность / А.Н. Стрижаков, И.В. Игнатко // – М.: Издательский дом «Династия». – 2006. – 145 с.
9. Olesen A.W. Perinatal and maternal complications related to post-term delivery: A national register-based study, 1978-1993 / A.W. Olesen, J.G.Westergaard // Am. J. Obstet. Gynec. – 2003. – Vol. P. 189 – 227.
10. Вученович Ю.Я. Дифференциальный подход к программированному завершению переношенной беременности / Ю.Я. Вученович, М.А. Сармосян, И.М. Ордянец // Вестник РУДН, сер. «Медицина. Акушерство и гинекология». – 2008. - № 5. – С. 46-53.
11. Lam H. Amniotic fluid volume at 41 weeks and infant outcome / H. Lam, W.S. Leung, C.P. Lee, T.T. Lao // G.Reprod.Med./-2006.-51 (6).-P. 484-8.
12. Кокрановское руководство: беременность и роды [под. ред. Сухих Г.Т.]. – Москва: Логосфера. – 2010. – С. 184-185.
13. Энкин М. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка / М. Энкин, М. Кейрс, Д. Нейлсон // - СПб.: Петрополис, 2003.- 482 с.
14. Маркін Л.Б. Диференційований підхід до ведення вагітності після 41-го тижня / Л.Б. Маркін, С.Р. Смуток // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2011. – №2. – С. 5-9.
15. Vercoustre L. Perinatal risk at term and post-term revisited / L. Vercoustre, J. Nizard // J.Obstet. Biol. Reprod. - 2007. - Vol. 36 (7). - P. 663-70.