

Маринччина І. М.

к. мед. н, асистент

*Буковинського державного медичного університету
м. Чернівці, Україна*

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ПАЦІЄНТОК, ЩО НАРОДИЛИ ДІТЕЙ З МАЛОЮ МАСОЮ ПРИ НАРОДЖЕННІ

Вступ. В патогенезі плацентарної дисфункції (ПД) провідну роль відіграє зниження матково-плацентарного та плодово-плацентарного кровообігу, затримка у формуванні котиледонів. Плід розвивається за умови хронічної гіпоксії, що призводить до зменшення маси тіла, порушення адаптаційних реакцій та потенціалу розвитку новонародженого [1, с. 183].

Незважаючи на те, що багато науковців нашої країни та зарубіжжя працюють над вирішенням даної проблеми, частота порушень в системі мати-плацента плід зростає з року в рік і на сьогоднішній день досягає 60-70% [2, с. 72]. Основними причинами такої негативної тенденції є збільшення частоти соматичної захворюваності, ріст інфекції, що передаються статевим шляхом, негативний вплив промислових та екологічних факторів [4, с.15-17]. В зростаючому еколого-генеративному дисонансі особливе значення надається ранній діагностиці, профілактиці й корекції перинатальної патології, що визначено одним із пріоритетних напрямів охорони здоров'я в Україні [3, с. 31-33].

Метою даного дослідження було визначення найбільш вагомих факторів ризику виникнення дезадаптаційних змін в системі мати-плацента-плід у вагітних, що народили дітей з малою масою при народженні.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективне клініко-статистичне дослідження 150 історій пологів жінок, які народили дітей з малою масою при народженні.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою методів варіаційної статистики з урахуванням критеріїв Фішера-Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення. Середній вік вагітних становив $24,8 \pm 1,53$ роки з індивідуальними коливаннями від 18 до 37 років. За соціальним статусом переважну більшість складали службовці 68 (45,33%) і непрацюючі 68 (45,33%).

Середня маса тіла жінок перед настанням вагітності складала $68 \pm 1,45$ кг. Жінок маленького зросту (до 150 см) було 13 (8,66%), до 163 см - 90 (60%); високого зросту (понад 165 см) - 47 (31,33%).

Звертає на себе увагу домінування вагітних з II (А), позитивною групою крові - 60 (40%).

При аналізі менструальної функції встановлено, що середній вік менархе становив $13,71 \pm 1,4$ роки і не відрізнявся від такого в загальній популяції. Пізній початок менструацій нами встановлено в 14% випадків. Цей факт може бути пов'язаний як зі спадковими причинами і конституційними особливостями (астенічна конституція, знижена маса тіла), так і з певними нейроендокринними порушеннями. Це припущення підтверджує значний відсоток розладів менструальної функції в даній групі жінок (20%). Серед порушень менструальної функції найчастішими були: нерегулярний цикл, поліменорея, олігоменорея. Гірутизм виявлено у 8 (5,33%), опасистість у 13 (8,67%), захворювання щитовидної залози у 47 (31,33%) вагітних.

Ці дані дозволяють припустити, що в розвитку плацентарної дисфункції вік настання менархе не грає суттєвої ролі, а тривалі менструації, які супроводжуються значною крововтратою характеризують як гормональні зміни в організмі жінки, так і є однією із можливих причин порушень гемостазу, які під час гестаційного періоду призводять до виникнення плацентарної дисфункції.

При зборі анамнезу у 81 (54%) жінки були виявлені наступні гінекологічні захворювання: хронічні запальні процеси жіночих статевих органів - 21 (14%), захворювання шийки матки - 47 (31,33%), непліддя II - 9 (6%), вади розвитку - 4 (2,67%). Серед сексуально-трансмісивних інфекцій найбільш значущими є кандидоз, мікоплазмоз, хламідіоз, трихомоніаз.

Першовагітних у досліджуваній групі було 68 (45,33%), повторновагітних - 81 (54%), першороділь - 81 (54%). Звертає на себе увагу висока частота обтяженого акушерського анамнезу у жінок, що народили дітей з малою масою при народженні: самовільних викиднів в I триместрі - 63 (42%), в II триместрі гестації - 30 (20%), завмерла вагітність - 12 (8%), вторинне непліддя - 9 (6%), народження дітей з малою масою - 30 (20%), мертвонародження - 4 (2,67%), неонатальну смерть - 4 (2,67%). Короткий інтергенетичний інтервал (менше двох років) спостерігався у 30 (20%) жінок. Штучне переривання першої вагітності відмічено у 22 (14,67%) вагітних, більше 2 артифіціальних абортів у 28 (%).

Екстрагенітальну патологію мало 133 (88,67%) пацієнтки. Поєднання двох і більше захворювань відмічено у 86 (57,33%) вагітних. Найбільш частим були захворювання серцево-судинної системи - 60 (40%). Серед них вегето-судинні дистонії по гіпертонічному типу спостерігались в 26 (17,33%), по гіпотонічному в 9 (6%), по кардіальному в 13 (8,67%) випадках. Набуті вади серця становили 11,33%. Анемія та дифузний нетоксичний зоб становлять відповідно 40% та 31,33%. Частота жінок, які під час вагітності палили (3%) була незначною.

Перебіг даної вагітності був ускладненим у 138 (92%) жінок. Токсикоз I половини вагітності діагностували у 21 (14%) пацієнток. Серед ускладнень вагітності найчастіше зустрічались пізні гестози: гестаційні набряки - 26 (17,33%), преєклампсія легкого ступеню - 22 (14,67%), преєклампсія середнього ступеню - 13 (8,67%), преєклампсія важкого ступеню - 12 (8%). Загроза переривання вагітності мала місце у кожній другій пацієнтки: загроза мимовільного викидню в першому триместрі - 56 (37,33%), загроза мимовільного

викидно в першому триместрі з частковим відшаруванням хоріону – 9 (6%), загроза мимовільного викидно в другому триместрі – 47 (31,33%), загроза передчасних пологів – 56 (37,33%), ПД - 107 (71,33%), дистрес плода – 98 (65,33%), СЗРП – 47 (31,33%). Залізодефіцитну анемію різного ступеню діагностовано у 60 (40%) випадків, ізосенсибілізацію за системою АВО у 13 (8,67%) випадків. Гострі респіраторні вірусні інфекції при вагітності розвинулись у 13 (8,67%) жінок, розвиток або активація інфекції сечовивідних шляхів спостерігався у 21 (14%) вагітної.

У переважній більшості (68%) вагітних, що народили дітей з малою масою при народженні пологи відбулися в 34-36 тижнів гестації, а у 17% випадків - пологи з 22 по 32 тиждень гестації. Частота кесаревого розтину складала 42%, з них за ургентними показами – 14%. У структурі показів до абдомінального розродження переважали дистрес плода – 50 (33,33%), прееклампсія - 30 (20%) випадків, неповноцінний рубець на матці – 20 (13,33%), аномалії пологової діяльності – 10 (6,67%).

Новонароджені від матерів, які народили дітей з малою масою при народженні оцінювались по шкалі Апгар в 8-10 балів лише в 10% випадків. З оцінкою за шкалою Апгар 6-7 балів – 63 (42%), 5-6 балів – 30 (20%), менше 5 балів (проводилась ШВЛ) – 27(18%). Серед новонароджених основної групи, які народилися в різній ступені асфіксії відбулося 4,67 % випадків ранньої неонатальної смертності. Слід відмітити, що в переважній більшості випадків (80%) з ознаками асфіксії були народжені діти від роділь, що народжували через природні пологові шляхи.

Середня маса тіла дітей при народженні від матерів основної групи – 2097,5±28,6 г, зменшувалася і довжина тіла новонароджених - 47,3±1, а в 68,9% випадків діти були ще й недоношеними. Хлопчиків народилось 43 (28,67%), дівчаток вдвічі більше – 107 (71,33%).

Термін перебування дітей у відділенні новонароджених залежав від їх стану при народженні та перебігу неонатального періоду і становив, в середньому 7 діб. 75,52 % немовлят від матерів, які народили дітей з малою масою при народженні переведено на другий етап виходжування.

Висновок

Високу групу ризику, щодо народження дітей з малою масою тіла становлять юні вагітні (34,67%), повторновагітні, що перервали першу вагітність або мали 2 та більше мимовільних викиднів в анамнезі (43,33%), вагітні з невиношуванням вагітності (68,67%), захворюваннями, що передаються статевим шляхом (37,33%). Слід звернути увагу на те, що в реалізації даної патології важливу роль відіграють спадкові фактори (наявність II (A), Rh+ крові у матері, жіночої статі плода).

Перспектива подальших досліджень. Для покращення перинатальних наслідків слід удосконалити антенатальну діагностику СЗРП та плацентарної дисфункції та відповідно оптимізувати тактику розродження.

Література:

1. Зелинский А.А. Перинатальные потери и факторы риска акушерско-гинекологической патологии / А.А. Зелинский, Е.А. Карауш // зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України / відп. ред. Б. М. Венцківський. - К.: «Інтермед», 2005. – С. 183-187.

2. Кудінова В.В. Прогнозування плацентарної недостатності під час планування вагітності на підставі вивчення чинників ризику щодо невиношування вагітності / В.В.Кудінова// Педіатрія, акушерство та гінекологія. - 2004. -№6. - С. 72-75.

3. Маркери ультразвукової діагностики затримки росту плода на фоні фетоплацентарної недостатності у вагітних, зайнятих в хімічному виробництві / А.В. Бойчук, І. Нікітіна, В. Коптах [та ін.] // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2008. - №1. – С. 30-33.

4. Рожковська Н.М., Никитюк В.А., Ситнікова В.О. Медико-демографічна характеристика вагітних, що народили дітей з низькою масою тіла до терміну гестації / Н.М. Рожковська, В.А. Никитюк, В.О. Ситнікова // Одеський медичний журнал. – 1997. - №3 (44). – С. 15-17.