

Особливості перебігу вагітності, пологів, стану плода й новонародженого у вагітних–переміщених осіб (Ретроспективний аналіз)

I.A. Жабченко¹, Н.Г. Корнієць², С.В. Тертична-Телюк²

¹ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології Національної академії медичних наук України», м. Київ

²ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне

Найменш дослідженою проблемою сучасного акушерства є психологічний стан під час вагітності та пологів у жінок, що зазнали впливу негативних подій сьогодення, зокрема військової агресії, адже саме гормони стресу зумовлюють зрив адаптації, метаболічні розлади і, як наслідок, активацію інфекцій та хронічних захворювань.

Мета дослідження: вивчення особливостей перебігу вагітності і пологів, стану плода і новонародженого у вагітних–переміщених осіб (ВПО) для розроблення удосконаленого способу профілактики акушерських і перинатальних ускладнень у таких жінок.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети проведений ретроспективний клініко-статистичний аналіз 225 історій вагітності й пологів ВПО (основна група) і 51 вагітної (контрольна група), які постійно проживають на підконтрольній Україні території й не перебували в зоні бойових дій під час досліджуваної гестації. Жінки основної та контрольної груп знаходились на розродженні у пологових відділеннях центральних міських багатопрофільних лікарень міст Білокуракіне та Рубіжне Луганської області у 2014–2017 рр.

Результати. Вагітність у ВПО перебігає на тлі максимального психоемоційного напруження і стресу, що зумовлює розвиток ускладнень під час гестації та пологів.

Факторами ризику щодо маніфестації ускладнень під час вагітності є: порушений психоемоційний статус жінки, висока інфекційна захворюваність у період пубертату, наявність хронічних соматичних захворювань і високий рівень запальних захворювань жіночої статевої сфери.

У переважній більшості ВПО типовим є розвиток плацентоасоційованих гестаційних ускладнень: загрози раннього і пізнього мимовільного абортів, передчасних пологів, раннього гестозу, плацентарної дисфункції, а також залізодефіцитної анемії.

Для породілей основної групи притаманні під час пологів ускладнення, що пов'язані з порушенням регуляції пологового акту: передчасний та ранній розрив амніотичного міхура, слабкість пологової діяльності і травми м'язів пологових шляхів, що зумовлює зростання питомої ваги ускладнених пологів до 20,3% і оперативного розродження шляхом кесарева розтину до 23,6%. Новонароджені від матерів–вимушено переміщених осіб мали нижчу на 217 г середню масу тіла при народженні, а в стані асфіксії різного ступеня тяжкості народилася кожна 11-а дитина. У 34,8% новонароджених від матерів–вимушено переміщених осіб фіксували патологічний перебіг раннього неонатального періоду, що потребувало спостереження на II рівні виходжування новонароджених і вимагало додаткових матеріальних витрат з боку родини.

Заключення. На етапі прегравідарної підготовки у жінок–переміщених осіб доцільно забезпечити повноцінну психологічну підтримку і планове лікування хронічних екстрагенітальних захворювань. Профілактичні заходи під час вагітності мають передбачати корекцію розладів психоемоційного стану і розвиток плацентоасоційованих ускладнень.

Ключові слова: вагітність, пологи, ускладнення, психоемоційні розлади, вимушено переміщені особи.

Проблема збереження здоров'я нації сьогодні набуває величезного значення. В умовах соціально-економічної кризи в нашій державі на тлі військової агресії значно погіршуються медико-демографічні показники. Найменш дослідженою проблемою сучасного акушерства є психологічний стан під час вагітності та пологів у жінок, що зазнали впливу негативних подій сьогодення (зміна місця проживання внаслідок військових дій та окупації; погіршення соціального статусу та економічного становища), адже саме гормони стресу зумовлюють зрив адаптації, метаболічні розлади і, як наслідок, активацію інфекцій та хронічних захворювань.

Відповідно до даних Міністерства соціальної політики України, станом на 27 листопада 2017 року офіційно на облік взято 1 219 467 сімей переміщених осіб з Донбасу та АР Крим, проте справжні цифри, мабуть, є ще вищими. Основна частина серед переміщених осіб – це жінки та діти. Зміна місця проживання та умов, погане матеріальне становище, психологічні травми призводять до погіршення життя та серйозних порушень у стані здоров'я. Найбільш вразливими до цих чинників, зазвичай, стають вагітні. Багатьма дослідниками підкреслюється несприятливий вплив емоційного стресу матері на вагітність і пологи [9, 11, 20]. Це сьогодні набуває особливого значення, що й зумовило напрямом, мету й завдання даного дослідження.

Мета дослідження: вивчення особливостей перебігу вагітності і пологів, стану плода і новонародженого у вагітних–переміщених осіб (ВПО) для розроблення удосконаленого способу профілактики акушерських і перинатальних ускладнень у таких жінок.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети і визначення факторів ризику щодо розвитку акушерських і перинатальних ускладнень у ВПО було проведено ретроспективний клініко-статистичний аналіз 276 історій вагітності і пологів жінок, що знаходилися на розродженні у пологових будинках центральних міських багатопрофільних лікарень міст Білокуракіне та Рубіжне Луганської області у 2014–2017 рр. З них 225 історій вагітності й пологів ВПО становили основну групу. До контрольної групи увійшли історії вагітності та пологів 51 вагітної, що постійно проживають на підконтрольній Україні території й не перебували у зоні бойових дій під час досліджуваної гестації.

Вивчали особливості соматичного, гінекологічного і репродуктивного здоров'я, перебігу вагітності та пологів, стану плода і новонароджених. Особливу увагу приділяли вивченню преморбідних факторів ризику щодо розвитку ускладнень під час вагітності, аналізу ефективності застосованих лікувально-профілактичних заходів.

Статистичне оброблення отриманих результатів проводили за допомогою методів описової та варіаційної статистики з використанням критерію Стьюдента та методу кутового перетворення Фішера. Обчислення отриманих результатів здійснювали на персональному комп'ютері з використанням

програм Statistica for Windows і Microsoft Excel 7.0. Розбіжності визначали як можливі при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Як свідчать результати проведених досліджень, кількість ВПО, що увійшли до основної групи за роками, розподілилася так: 2014 р. – 42 (18,7%), 2015 р. – 87 (38,7%), 2016 р. – 70 (31,1%) і 2017 р. – 26 (11,5%) осіб.

За віком і сімейним станом вагітні досліджуваних груп були однорідними. Так, середній вік вагітних основної і контрольної груп становив відповідно $26,9 \pm 0,35$ і $27,2 \pm 0,7$ року, в обох групах достовірно переважали вагітні віком 22–30 років, тобто активного репродуктивного віку (56,9% в основній групі та 58,8% – у контрольній). Переважна більшість вагітних основної (168 – 74,7%) та контрольної (41 – 80,4%) груп перебували в зареєстрованому шлюбі.

Більшість вагітних основної групи тимчасово мешкала в місті Рубіжне – 75 (33,3%), а також місті Кремінна та Кремінському районі – 57 (25,3%), решта 93 (41,4%) мешкали в інших районах Луганської області, що підконтрольні Україні. У контрольній групі ці показники становили 28 (55%) жінок, 17 (33,3%) і 6 (11,7%) відповідно. Вагітні контрольної групи під час вагітності не змінювали свого місця проживання і постійно знаходилися на підконтрольних Україні територіях, перебуваючи у задовільних соціально-економічних та санітарно-гігієнічних умовах. Переважна більшість ВПО основної групи – 172 (87,5%) були переміщеними з окупованої території Луганської області, 26 (11,6%) – Донецької області й 2 (0,9%) – АР Крим. При цьому 89 (39,6%) отримали статус внутрішньо переміщеної особи ще на початку військового конфлікту у 2014 р., 99 (44,0%) – у 2015 р. після перебування в зоні бойових дій і 37 жінок (16,4%) стали внутрішньо переміщеними особами вже у 2016 р. і пізніше у зв'язку зі складними соціально-економічними умовами, що супроводжують тривалу окупацію. Переважна більшість вагітних основної групи перебувала в складних житлових умовах. Лише 34 (15,1%) з них одразу знайшли тимчасове помешкання, у той час як 191 (84,9%) ВПО основної групи змінили три – чотири місця реєстрації і тимчасового проживання, що негативно відбивалося на їхньому психоемоційному статусі та сприяло загостренню хронічних соматичних захворювань.

Як свідчать результати проведеного ретроспективного аналізу, переважна більшість вагітних основної групи (143 – 63,6%) не мали постійного місця роботи у зв'язку з його втратою після переміщення на підконтрольну Україні територію Луганської області. У контрольній групі домогосподаркою була кожна друга вагітна (26 – 51,0%; $p < 0,05$). Постійно працевлаштованими були лише 66 (29,3%) жінок основної та 23 (45,1%) контрольної груп ($p < 0,05$), питома вага студенток в основній і контрольній групах не мала достовірних відмінностей і становила 7,1% (16) і 3,9% (2) відповідно.

Отже, за віком і сімейним станом вагітні основної і контрольної груп були зіставними, що в подальшому дозволило визначити розбіжності, які зумовлені соціально-економічними і психоемоційним станом внутрішньо переміщених осіб.

Ураховуючи вплив інфекційних захворювань, що перенесені в пубертатний період, на формування репродуктивного здоров'я жінки і, як наслідок, ступінь спроможності компенсаторно-приспосувальних реакцій, було проаналізовано інфекційний анамнез вагітних досліджуваних груп. Так, наявність інфекційних захворювань в період статевого дозрівання відзначили 167 (74,2%) вагітних основної і 31 (60,8%) вагітна контрольної груп ($p < 0,05$). Переважна більшість ВПО основної групи відзначали наявність поєднаних інфекцій – 32,9%, у групі контролю – 21,6% ($p < 0,05$), що негативно впливає на процеси дозрівання органів репродукції та системи загального і місцевого імунітету [4–7, 26, 28].

Ураховуючи, що лише здорова матір з фізіологічним перебігом вагітності спроможна народити здорову дитину, підви-

щеної уваги заслуговують питання профілактики акушерських і перинатальних ускладнень у ВПО, особливо з екстрагенітальною патологією [22, 24]. На тлі соматичних захворювань у ранні терміни вагітності порушуються процеси фізіологічної плацентадії, які програмують розвиток плацентоасоційованих ускладнень гестації й негативно впливають на стан матері та новонародженого. Усе це відіграє провідну роль у формуванні преморбідного фону для маніфестації ускладнень під час вагітності, у пологах і післяпологовий період [8, 10, 14, 21, 31].

Зважаючи на цей факт, було проаналізовано стан соматичного здоров'я у жінок основної та контрольної груп.

Як свідчать проведені дослідження, вагітні обох груп відрізнялися високим рівнем соматичної захворюваності. В основній групі обтяжений соматичний анамнез виявили у 74,2% пацієнток, у контрольній – у 39,2% ($p < 0,05$). Особливістю соматичної захворюваності вагітних основної групи було поєднання різних видів екстрагенітальної патології, які є однією з причин неповноцінної імплантації й недостатньої інвазії трофобласта на початкових етапах вагітності, що зумовлено, перш за все, порушеннями в системі гемостазу. Поєднання екстрагенітальних захворювань відзначали 38,7% вагітних основної групи, тоді як у контрольній групі таких пацієнток зареєстровано лише 7,8% ($p < 0,05$).

У вагітних основної групи переважали захворювання сечовивідних шляхів (28,1% проти 10,0% у контрольній групі; $p < 0,05$), серцево-судинної системи (21,6% проти 20,0% – у контрольній), травного тракту та жовчовивідних шляхів (16,2% – в основній, 15,0% – у контрольній). Надмірну масу тіла мали 37,7% жінок основної групи та 20,0% – контрольної ($p < 0,05$). У контрольній групі достовірно переважали захворювання бронхолегеневої системи (50,0% – у контрольній групі проти 25,7% – в основній ($p < 0,05$)). Привертає увагу факт значної поширеності захворювань щитоподібної залози у вагітних досліджуваних груп (31,1% – в основній, 25,0% – у контрольній). У переважній більшості вагітних основної (84,6%) і всіх вагітних контрольної групи діагностовано гіперплазію щитоподібної залози, 15,4% вимушено переміщені вагітні страждали на дифузний і вузловий зоб. Водночас, кожна друга внутрішньо переміщена вагітна вперше помітила клінічні прояви захворювання у формі серцебиття та серцевої аритмії саме під час вагітності, яка перебігала в умовах бойових дій та окупації, що свідчить про високе психоемоційне напруження у таких жінок [16, 23, 34, 35].

Про значне зниження імунітету у ВПО також свідчить висока частота захворюваності на гострі респіраторні інфекції під час вагітності, частота яких перевищувала аналогічний показник у групі контролю майже у 3 рази.

Наявність екстрагенітальної патології у ВТО зумовлює доцільність їхнього антенатального спостереження у групі високого ризику щодо ускладненого перебігу вагітності [11].

Середній вік менархе в обстежених жінок був $13,6 \pm 0,1$ року в основній групі та $13,4 \pm 0,1$ року – у контрольній. Нерегулярний менструальний цикл фіксували у 25 (11,1%) жінок основної групи та 2 (3,9%) – контрольної ($p < 0,05$).

Особливості перебігу вагітності значною мірою залежать від стану здоров'я органів репродукції напередодні запліднення. Неускладнений гінекологічний анамнез мали лише 35,6% вагітних основної групи, тоді як у контрольній групі таких жінок було 49% ($p < 0,05$). Серед вагітних основної групи переважали жінки з поєднаною гінекологічною патологією (41,4% проти 23,1% – у контрольній групі; $p < 0,05$).

У структурі патології репродуктивних органів у пацієнток основної групи переважали фоніві й передракові захворювання шийки матки (52,4% – основна група, 42,3% – контрольна група), а також запальні захворювання жіночих статевих органів (39,3% – основна група, 23,1% – контрольна група; $p < 0,05$).

Проведений аналіз свідчить про поширеність у жінок обох груп інфекцій, що передаються статевим шляхом, щодо

наявності яких в анамнезі повідомляли 18,6% вагітних основної групи та 23,1% – контрольної.

Результати аналізу акушерського анамнезу та стану репродуктивної функції свідчать про переважання в обох досліджуваних групах першовагітних. Так, питома вага першовагітних серед ВПО сягала 44,0% і не мала достовірних відмінностей від показників групи контролю (33,3%).

Достовірної різниці не відзначено й за кількістю пологів в анамнезі у жінок основної та контрольної груп. Народжували вперше 48,9% ВПО і 56,9% вагітних контрольної групи; водночас, в обох групах переважали жінки, що мали в анамнезі одні (76,4% в основній групі, 79,3% – у контрольній) і двоє (18,2% в основній групі, 17,2% – у контрольній) пологів. Переважна більшість жінок досліджуваних груп анамнестично свідчили про попередні термінові пологи (основна група – 94,8%, контрольна – 96,6%). Передчасні пологи мали в анамнезі 5,5% вагітних основної групи і 3,4% – контрольної.

Для повторнороділей досліджуваних груп характерним є п'ятирічний інтергенетичний інтервал (41 (37,3%) – основна група і 12 (41,4%) – контрольна), що забезпечує повне відновлення нутритивного статусу жінок між пологами. Майже кожна сьома жінка основної (19 осіб – 15,1%) і кожна дев'ята (4 особи – 11,8%) контрольної групи вказували на наявність в анамнезі мимовільних абортів, у кожної другої вагітної досліджуваних груп репродуктивний анамнез був обтяжений штучним аборт, а завмерлу вагітність відзначала кожна одинадцята. Таке напруження репродуктивних ресурсів вагітних було підґрунтям до їхнього передчасного виснаження та зумовлювало патологічний перебіг кожної наступної вагітності [29, 30].

Серед жінок основної групи преваловало поєднання кількох ускладнень гестації. Більшість з них довготривалий час незбалансовано харчувалися. Для такого харчування притаманна білкова і вітамінна недостатність, підвищене споживання тваринних жирів та простих вуглеводів [3, 13, 33]. У поєднанні з надмірним психоемоційним напруженням це відіграло роль преморбідного фону, на якому відбувалася маніфестація гестаційних ускладнень. Так, у вагітних основної групи перебіг вагітності достовірно частіше ускладнювався загрозою раннього – 16,0% (у контрольній групі – 7,8%; $p < 0,05$) і пізнього – 21,3% (у контрольній групі – 13,7%; $p < 0,05$) мимовільного аборту, передчасних пологів – 23,6% (у контрольній групі – 13,7%; $p < 0,05$), залізодефіцитною анемією – 84,4% (у контрольній групі – 64,7%; $p < 0,05$), раннім гестозом – 13,0% (у контрольній групі – 3,9%; $p < 0,05$) і плацентарною дисфункцією – 14,2% (у контрольній групі – 3,9%; $p < 0,05$).

Для вагітних основної групи притаманний рецидивний перебіг загрози переривання вагітності, якого під час вагітності зазнали 17,8% цих жінок (контрольна група – 5,9%; $p < 0,05$) [11, 12].

Особливістю перебігу залізодефіцитної анемії (ЗДА) у ВПО став ранній розвиток і рефрактерність анемії до лікування. Практично у кожній другій вагітній основної групи ЗДА розвивалася вже у II триместрі вагітності, і в подальшому спостерігалася її прогресування до показників, характерних для середнього ступеня тяжкості, – 22,2% (у контрольній групі – 7,8%; $p < 0,05$). У 3,1% вагітних основної групи на тлі залізодефіцитної терапії анемія прогресувала до тяжкого ступеня [2, 18, 19, 25]. Саме у жінок із ЗДА з числа ВПО (30 осіб – 13,3%) під час обстеження на ЕКГ реєстрували синусову тахікардію, що є функціональною ознакою підвищеного психоемоційного напруження на тлі порушень вегетативної нервової системи. З точки зору В.М. Коваленко (2015), М.С. Кушаковського (2007), Г.Є. Ройтберга та співавторів (2007) [15, 17, 32], гіперпродукція адреналіну, яка спостерігається під час стресу, хвилювання, відбувається за рахунок стимуляції симпатичної нервової системи або надниркових залоз і призводить до прискорення серцебиття.

На особливу увагу заслуговують дані щодо частоти преєклампсії у ВПО, яка перевищувала аналогічний показник у групі контролю майже у 3 рази і яку реєстрували в 11,1%

ВПО (у контрольній групі – 3,9%; $p < 0,05$). Водночас, кожний четвертий випадок преєклампсії у вагітних основної групи – це преєклампсія середнього ступеня тяжкості, в той час як у групі контролю таких випадків не зафіксовано.

Отже, для вагітних основної групи найбільш типовими є плацентоасоційовані ускладнення гестації, які є фенотипічними проявами плацентарної дисфункції, що розвивається на тлі обтяженого соматичного анамнезу і прогресує під впливом негативних соціально-економічних факторів в умовах бойових дій, окупації та вимушеного внутрішнього переміщення [3].

У 93,8% породілей основної групи вагітність завершилася терміновими пологами (96,1% – у контрольній групі). Питома вага передчасних пологів (ПП) в основній і контрольній групах не мала достовірних відмінностей і становила 4,9% і 1,9% відповідно. У структурі передчасних пологів у породілей основної групи переважали ранні (8 – 72,7%) і пізні (3 – 27,3%) ПП. Єдині ПП, які зареєстровані у породіллі контрольної групи, відбулися у терміні 34–35 тиж і завершилися народженням життєздатної дитини.

Ускладнений перебіг вагітності у переважній більшості випадків став підґрунтям для розвитку ускладнень пологового акту. Так, у вагітних основної групи пологи найчастіше ускладнювалися передчасним та раннім розривом амніотичного міхура (25 (12,8%), у групі контролю – 2 (4,1%); $p < 0,05$), аномаліями пологової діяльності (23 (11,7%), у групі контролю – 2 (4,1%); $p < 0,05$) і травмами м'яких пологових шляхів (33 (19,2%), у групі контролю – 3 (6,1%); $p < 0,05$). Отже, у вагітних основної групи переважали ускладнення, які є результатом порушення процесів центральної регуляції пологової діяльності, що призводить до розвитку скорочень матки при незрілих і недостатньо зрілих пологових шляхах. З точки зору І.В. Добрякова (2010), Г.Б. Мальгіної та співавторів (2001), Ф.М. Абдурахманова (2008) [1, 9, 20], такий патогенетичний механізм розвитку ускладнень є цілком закономірним для вагітних і породілей, що перебувають у стані тривалого і потужного психоемоційного стресу і надмірної тривожності. Загалом, у породілей основної групи питома вага ускладнених пологів сягала 20,3%, що у 2 рази частіше, ніж у групі контролю (5 випадків – 10,2%; $p < 0,05$).

Серед ускладнень раннього післяпологового періоду у породілей, які народжували через природні пологові шляхи, найбільш частим є дефект посліду (4,1%), а також рання післяпологова гіпотонічна кровотеча (1,2%), з приводу чого було виконано ручний контроль стану порожнини матки.

Заслужовує на увагу висока питома вага оперативного розродження жінок основної групи. Так, частота кесарева розтину у внутрішньо переміщених осіб сягає 23,6% (53 випадки) і достовірно перевищує аналогічний показник у групі контролю (2 випадки – 3,9%; $p < 0,05$). Водночас, частота планового і ургентного кесарева розтину у жінок основної групи не має достовірних відмінностей (29 планових і 23 ургентних оперативних розроджень – 54,7% і 45,3% відповідно). Основними показаннями до планового оперативного розродження були: відмова від пологів через природні пологові шляхи у вагітних з рубцем на матці (12 випадків – 41,4%), неправильне положення плода (9 випадків – 31,0%), відсутність готовності пологових шляхів при перенесеній вагітності (3 випадки – 10,3%), міома матки з великими вузлами, що заважають народженню плода, і рідкісні форми звуження таза (4 випадки – 13,8%), а також епілепсія з частими великими судомними нападами (1 випадок – 3,4%). У структурі показань до ургентного кесарева розтину у роділеїв основної групи переважали показання I (70,8%: фетальний дистрес – 11 випадків і передчасне відшарування нормально розташованої плаценти – 6 випадків) і II категорії ургентності (29,2%: клінічно вузький таз – 4 випадки і слабкість пологових сил, що не піддається медикаментозній корекції, – 3 випадки) [27].

Усього обстежені жінки основної групи народили 227 дітей – 113 хлопчиків і 114 дівчаток; усі новонароджені – живі.

Серед новонароджених основної групи у стані асфіксії різно-

го ступеня тяжкості народилися 10,6% немовлят (у контрольній групі – 2,0%). Виявлено достовірні відмінності в оцінці новонароджених за шкалою Апгар у 8–10 балів на 1-й хвилині життя (62,4% – в основній групі і 82,4% – у контрольній; $p < 0,05$). Оцінку у 7 балів на 1-й хвилині життя отримали 30,4% немовлят від вимушено переміщених матерів, що майже у 2 рази частіше, ніж у групі контролю ($p < 0,05$). Про відновлення процесів ранньої неонатальної адаптації у новонароджених основної групи свідчить оцінка за шкалою Апгар у 8–10 балів на 5-й хвилині життя, якою було оцінено 93,0% новонароджених основної і 100% немовлят контрольної групи. Проте у 7,0% випадків (16 новонароджених) оцінка за шкалою Апгар на 5-й хвилині не перевищувала 7 балів, що свідчить про порушення компенсаторно-приспосувальних адаптаційних механізмів у таких новонароджених.

Середня маса тіла новонароджених основної групи становила $3262,0 \pm 347$ г, що на 217 г менше, ніж у групі контролю ($3479,0 \pm 355$ г).

При цьому 8,8% немовлят основної групи народилися з масою тіла менше ніж 2500,0 г і 15,0% – зі зростом менше 49 см, що свідчить про порушення процесів антенатального соматичного дозрівання новонароджених у матерів основної групи на тлі плацентарної дисфункції різного ступеня вираженості.

Більшість – 90,2% новонароджених контрольної групи народилися здоровими, і період ранньої неонатальної адаптації у них перебігав фізіологічно. Серед немовлят основної групи здоровими при первинному огляді та в ранній неонатальний період вважали 65,2% (148 новонароджених; $p < 0,05$). У структурі перинатальної захворюваності новонароджених основної групи переважали гіпоксично-ішемічні ураження ЦНС – 10,6% (24 випадки), порушення процесів адаптації у формі довготривалої неонатальної жовтяниці – 11,4% (27 випадків) та вроджені вади й стигми дизембріогенезу – 8,8% (20 випадків), а саме: 8 випадків становили аномалії розвитку серця та судин; по 2 випадки – пілоростеноз, гемангіома, аномалії розвитку легень; по 1 випадку – синдром Дауна, грижа білої лінії живота, пігментний невус, гіпоспадія, кривошия та дисплазія кульшового суглобу. Поєднану патологію неонатального періоду зареєстровано у 37 (46,8%) новонароджених основної групи, що зумовило необхідність лікування на II етапі виходжування кожного другого з них (17 – 7,5%).

Особенности течения беременности, родов, состояния плода и новорожденного у беременных–перемещенных лиц (Ретроспективный анализ) И.А. Жабченко, Н.Г. Корниец, С.В. Тертычная-Телюк

Наименее исследованной проблемой современного акушерства является психологическое состояние во время беременности и родов у женщин, подвергшихся воздействию негативных событий современности, в частности военной агрессии, ведь именно гормоны стресса вызывают срыв адаптации, метаболические расстройства и, как следствие, активацию инфекций и хронических заболеваний.

Цель исследования: изучение особенностей течения беременности и родов, состояния плода и новорожденного у беременных–перемещенных лиц (БПЛ) для разработки усовершенствованного способа профилактики акушерских и перинатальных осложнений у таких женщин.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели проведен ретроспективный клинико-статистический анализ 225 историй беременности и родов БПЛ (основная группа) и 51 беременной (контрольная группа), которые постоянно проживают на подконтрольной Украине территории и не находились в зоне боевых действий во время исследуемой гестации. Женщины основной и контрольной групп находились на родоразрешении в родильных отделениях центральных городских многопрофильных больниц городов Белокуракино и Рубежное Луганской области в 2014–2017 годах.

Результаты. Беременность у БПЛ протекает на фоне максимального психоэмоционального напряжения и стресса, что способствует развитию осложнений во время гестации и в родах.

ВИСНОВКИ

1. Вагітність у вимушено переміщених осіб внаслідок військової агресії та довготривалої окупації перебігає на тлі максимального психоемоційного напруження і стресу, що зумовлює розвиток ускладнень під час гестації та пологів.

2. Факторами ризику щодо маніфестації ускладнень під час вагітності є: психоемоційний статус вагітної, висока інфекційна захворюваність у період пубертату, наявність хронічних соматичних захворювань і високий рівень запальних захворювань жіночої статеві сфери.

3. У переважній більшості вагітних–переміщених осіб типовим є розвиток плацентоасоційованих ускладнень під час вагітності: загроза раннього (16,0%; $p < 0,05$) і пізнього (21,3%; $p < 0,05$) мимовільного абортів, передчасних пологів (23,6%; $p < 0,05$), раннього гестозу (13,0%; $p < 0,05$), плацентарної дисфункції (14,2%; $p < 0,05$), а також залізодефіцитної анемії (84,4%; $p < 0,05$).

4. У породілей з категорії переміщених осіб у пологах достовірно частіше розвиваються ускладнення, що пов'язані з порушеннями центральних механізмів регуляції пологового акту і проявляються розвитком скоротливої діяльності матки на тлі незрілих і недостатньо зрілих пологових шляхів: передчасний та ранній розрив амніотичного міхура (12,8%; $p < 0,05$), слабкість пологової діяльності (11,7%; $p < 0,05$) і травми м'яких пологових шляхів (19,2%; $p < 0,05$). Це зумовлює зростання питомої ваги ускладнених пологів до 20,3% і оперативного розродження шляхом операції кесарева розтину до 23,6%.

5. Новонароджені від матерів–вимушено переміщених осіб мають меншу середню масу тіла при народженні, а у стані асфіксії різного ступеня тяжкості народжується кожна 11-а дитина. У 34,8% новонароджених від матерів–вимушено переміщених осіб фіксували патологічний перебіг раннього неонатального періоду.

На етапі прегравідарної підготовки у жінок–вимушено переміщених осіб доцільно проводити повноцінну психологічну адаптацію та планове лікування хронічних екстрагенітальних захворювань. Під час вагітності слід здійснювати моніторинг психоемоційного стану з метою ранньої діагностики і адекватної терапії у разі виявлення порушень.

Факторами ризику маніфестації ускладнень при беременності являються: порушений психоемоційний статус беременної, висока інфекційна захворюваність в період пубертату, наявність хронічних соматичних захворювань і високий рівень запальних захворювань жіночої статеві сфери.

У подавляючого більшості БПЛ типичним являється розвиток плацентоасоційованих гестаційних ускладнень: угроза раннього і пізнього самопроизвольного аборту, преждевременных родов, раннего гестоза, плацентарной дисфункции, а также железодефицитной анемии. Для рожениц основной группы свойственны в родах осложнения, связанные с нарушением регуляции родового акта: преждевременный и ранний разрыв амниотического пузыря, слабость родовой деятельности, травмы мягких родовых путей, что способствует росту удельного веса осложненных родов до 20,3% и оперативного родоразрешения путем кесарева сечения до 23,6%.

Новорожденные от матерей–вимушено перемещенных лиц имели на 217 г меньше среднюю массу тела при рождении, а в состоянии асфиксии различной степени тяжести родился каждый 11-й ребенок. У 34,8% новорожденных от матерей – вынужденно перемещенных лиц фиксировали патологическое течение раннего неонатального периода, что потребовало наблюдения на II уровне выхаживания новорожденных и дополнительных материальных затрат со стороны семьи.

Заключення. На етапі прегравідарної підготовки у жінок–переміщених осіб цілеспообразно забезпечити повноцінну психологічну підтримку і планове лікування хронічних екстрагенітальних захворювань. Профілактичні заходи при беременності повинні передбачувати коррекцію расстройств психоэмоционального состояния и развития плацентоасоциированных осложнений.

Ключевые слова: беременность, роды, осложнения, психоэмоциональные расстройства, вынужденно перемещенные лица.

Peculiarities of course of pregnancy, labors, condition of a fetus and a newborn in pregnant women—displaced ones

(Retrospective analysis)

I.A. Zhabchenko, N.G. Korniets, S.V. Tertychna-Telyuk

The less investigated problem of modern obstetrics is psychological condition of women during pregnancy and labors, who were affected by negative influence of nowadays, especially the military aggression, because precisely stress hormones determine the failure of adaptation, metabolic disorders and, as a result, an activation of infectious and chronic diseases, which determined the direction, the aim and the task of the work.

The objective: to investigate peculiarities of course of pregnancy and labors, condition of a fetus and a newborn in pregnant women — displaced ones (IDP) in order to develop the improved methods of obstetric and perinatal complication prophylaxis in such women.

Materials and methods. In order to achieve the object view, retrospective clinic and statistic analysis of 225 case histories of pregnancies and labors of IDP (the main group) and 51 pregnant women (control group), who continuously has been living in the territories controlled by Ukraine and did not stay in the military actions area during the process of investigation, were conducted. Pregnant women from the main and control groups were giving birth in the Delivery Departments of Central Cities Multyfield Hospitals of Belokurakino and Rubizhne of Luhansk Region in 2014–2017 years.

Results. Pregnancy in IDP women is coursing under the maximal psycho emotional tension and stress, which promote complications development during gestation and labors.

The risk factors which affects of the manifestation of pregnancy complications are: violations in psycho emotional condition of pregnant women, high infectious morbidity during puberty period, presents of chronic somatic pathology and high rate of inflammatory diseases of the female reproductive organs.

Develop of placental-associated complications of pregnancy are typical in majority of IDP pregnant women: threatening of early and late spontaneous abortions, preterm labors, early gestosis, placental dysfunction and asiderotic anemia.

Violations of labor act complications such as preterm and early rupture of amniotic membranes, weakness of labor activity and traumas of maternal ways, which lead to increase of specific gravity of complicated labors up to 20,3% and operative deliveries by the means of the Caesarian Section up to 23,6%, are most common for the main group of pregnant women.

Newborns of the IDP women had an average weight less than 217 grams after delivery, in the asphyxia of different degrees one in eleven children was born. 34,8% of IDP women newborns had a pathological course of neonatal period which caused the further supervision on the 2nd level of neonatal care and was the reason of extra charges from the side of the parents.

Conclusion. It is desirable to provide a full-fledged psychological support and routine treatment of chronic extragenital diseases at the periconceptional stage in IDP women. The preventive measures during pregnancy must foresee the violation of psychological condition correction and development of placental-associated complications.

Key words: pregnancy, labors, complication, psychological violations, forced displaced people.

Сведения об авторах

Жабченко Ирина Анатольевна – Отделение патологии беременности и родов ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. П. Майбороды; тел.: (067) 504-35-18. E-mail: izhab@ukr.net

Корниец Нелля Григорьевна – Кафедра акушерства и гинекологии ГУ «Луганский государственный медицинский университет», 93012, Луганская обл., г. Рубежное, ул. Строителей, 32; тел.: (050) 672-07-10. E-mail: kornietsnellia@gmail.com

Тертычная-Телок Светлана Викторовна – Кафедра акушерства и гинекологии ГУ «Луганский государственный медицинский университет», 93012, Луганская обл., г. Рубежное, ул. Строителей, 32; тел.: (050) 622-04-43. E-mail: svetlana.tertychnaya@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абдурахманов Ф.М. Влияние психозомоционального стресса на течение и исходы беременности / Ф.М. Абдурахманов, И.М. Мухаммадиев, З.Х. Рафиева, А.В. Надырова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2008. – № 3. – С. 38–41.
2. Айламазян Э.К. Акушерство. Национальное руководство / Э.К. Айламазян, В.И. Кулаков, В.Е. Радзинский, Г.М. Савельева. – М.: Изд-во ГЭОТАР-медиа, 2009. – 1200 с.
3. Білко Т.М. Вплив нутрієнтного стану харчового раціону на імунний стан слизових у жінок / Т.М. Білко, О.С. Ахтемічук // Акушерство. Гінекологія. Генетика. – 2016. – № 1. – С. 71–76.
4. Венцківська І.Б. Клініко-лабораторні прояви імунологічних механізмів передчасних пологів / І.Б. Венцківська, О.С. Загородня // Актуал. питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2013 – № 1. – С. 100–102.
5. Веропотвелян П.Н. Иммунологические и инфекционные аспекты невынашивания беременности // П.Н. Веропотвелян, Н.П. Веропотвелян, Л.А. Тарасова, В.Н. Кроча // Жіночий лікар. – 2009. – № 4. – С. 16–19.
6. Громова А.М. Внутрішньоутробне інфікування як причина передчасних пологів / А.М. Громова, Н.І. Мітюніна, В.В. Талаш // Зб. наук. пр. пленуму Асоціації акушерів-гінекологів України (додаток). – К., 2012. – С. 19–21.
7. Давыдова Ю.В. Профилактика перинатальных инфекций и их последствий у беременных / Ю.В. Давыдова // Репродукт. эндокринология. – 2013. – № 3. – С. 17–33.
8. Дикке Г. Профилактика потери беременности и преждевременных родов у женщин групп риска / Г. Дикке // 3 турботою про жінку. – 2014. – № 2. – С. 28–32.
9. Добряков И.В. Перинатальная психология / И.В. Добряков // Питер: СПб. – 2010. – 272 с.
10. Дубоссарская Ю.А. Оптимизация тактики ведения беременности с целью профилактики преждевременных родов / Ю.А. Дубоссарская, В.В. Лебедюк // Здоровье женщины. – 2016. – № 2. – С. 20–27.
11. Жук С.И. Особенности течения беременности и родов у женщин—вынужденных переселенков / С.И. Жук, О.Д. Щуревская // Здоровье женщины. – 2016. – № 2. – С. 16–18.
12. Жук С.И. Психосоціальні аспекти загрози передчасних пологів / С.І. Жук, О.Д. Щуревська // Здоровье женщины. – 2016. – № 6. – С. 86–89.
13. Забаровская З.В. Нарушения углеводного обмена во время беременности при физиологически протекающей беременности. Эндокринологическая помощь и принципы обучения беременных женщин при нарушениях углеводного обмена. – 142 с.
14. Игитова М.Б. Прогнозирование, диагностика и лечение осложненной гестации у женщин с высоким перинатальным риском: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук: спец. 14.01.01 «Акушерство и гинекология» / М.Б. Игитова. – М., 2010. – 41 с.
15. Коваленко В.М. Стрес і хвороби системи кровообігу: посібник / В.М. Коваленко, В.М. Корнацький. – К., 2015. – 354 с.
16. Краснопольский В.И. Заболевания щитовидной железы и беременность (акушерские и перинатальные аспекты) / В.И. Краснопольский, В.А. Петрухин, Ф.Ф. Бурумуклова // Всероссийская конференция с международным участием «Клиническая морфология щитовидной железы». – Белгород, 2004. – С. 51–53.
17. Кушаковский М.С. Аритмии сердца (Расстройства сердечного ритма и нарушения проводимости. Причины, механизмы, электрокардиографическая и электрофизиологическая диагностика, клиника, лечение): Руководство для врачей. – 3-е изд., испр. и доп. / М.С. Кушаковский. – СПб.: ООО «Издательство Фолиант», 2007. – 672 с.
18. Лиманская А.Ю. Анемия хронического заболевания в клинике экстрагенитальной патологии / А.Ю. Лиманская, Ю.В. Давыдова, А.А. Огородник // Здоров'я України. – 2017. – № 2 (26). – С. 54–55.
19. Малоч А.В. Железодефицитные состояния и железодефицитная анемия у женщин детородного возраста / А.В. Малоч, Л.А. Анастасевич,

- Н.Н. Филатова // Репродуктивная эндокринология. – 2013. – № 5 (13). – С. 22–27.
20. Мальгина Г.Б. Перинатальные проблемы, связанные с психоэмоциональным стрессом при беременности и их коррекция / Г.Б. Мальгина, Е.Г. Ветчанина, Т.А. Пронина // Материалы Всероссийской конференции с международным участием «Перинатальная психология и медицина». – Иваново, 2001. – С. 35–38.
21. Медведь В.І. Вибрані лекції з екстрагенітальної патології вагітних / В.І. Медведь. – К., 2010. – 239 с.
22. Медведь В.І. Основные вопросы экстрагенитальной патологии / В.І. Медведь // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2011. – № 6 (46). – С. 5–11.
23. Мельниченко Г.А. Заболевания щитовидной железы во время беременности: диагностика, лечение, профилактика: пособие для врачей / Г.А. Мельниченко, В.В. Фадеев, И.И. Дедов. – М.: МедЭкспертПресс, 2003. – 48 с.
24. Наказ МОЗ України № 417 від 15.07.2011 р. «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні».
25. Наказ МОЗ України № 709 від 02.11.2015 р. «Залізодефіцитна анемія».
26. Наказ МОЗ України від 27.12.2006 р. № 906 «Перинатальні інфекції».
27. Наказ МОЗ України від 27.12.2011 р. № 977 «Кесарів розтин».
28. Панченко Л.А. Герпес. Роль в патологии человека. Противовирусные препараты / Л.А. Панченко. – Харьков: Планета-Принт, 2014. – 204 с.
29. Подольський Вл.В. Аборт та його наслідки для репродуктивного здоров'я жінок фертильного віку / Вл.В. Подольський // Здоровье женщины. – 2013. – № 10 (86). – С. 32–34.
30. Профилактика репродуктивных потерь на ранних и поздних сроках беременности: материалы науч.-практ. конф. Судак, 3–5 мая 2012 г. // Здоровье женщины. – 2012. – № 8. – С. 16–21.
31. Пути снижения репродуктивных потерь. Итоги XIII Всерос. форума «Мать и дитя» // Репродукт. эндокринология. – 2013. – № 1. – С. 95–97.
32. Ройтберг Г.Е. Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система / Г.Е. Ройтберг, А.В. Струтынский. – М.: «Бином», 2007. – 856 с.
33. Сергієнко Л.Ю. Екзогенний стрес-індуктор порушення харчової поведінки та ожиріння в нащадків гестаційно стресованих матерів / Л.Ю. Сергієнко, О.В. Перець, Т.В. Бондаренко, Г.М. Черевко // Международный эндокринологический журнал. – 2013. – № 6 (54). – С. 178–179.
34. Фадеев В.В. По материалам клинических рекомендаций по диагностике и лечению заболеваний щитовидной железы во время беременности и в послеродовом периоде Американской тиреоидной ассоциации / Перевод и комментарии В.В. Фадеева // Клиническая и экспериментальная тиреология. – 2012. – Т. 8, № 1. – С. 7–18.
35. Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease during Pregnancy and the Postpartum / E.K. Alexander, E.N. Pearce, G.A. Brent et al. // Thyroid. – 2017. – Mar, 27 (3). – P. 315–389.

Статья поступила в редакцию 07.03.2018