

Особливості пологів і стан новонароджених у жінок, які мали порушення менструальної функції у пубертатний період

О.А. Ковалишин

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Питання збереження репродуктивного здоров'я жінки протягом багатьох років не втрачає своєї актуальності. Фундаментальні дослідження останніх десятиліть дозволили визначити основні механізми функціонування жіночої репродуктивної системи, але поодинокими залишаються дослідження щодо особливостей перебігу вагітності, ускладнень пологів і стану новонароджених у жінок із порушеннями менструальної функції у пубертатний період.

Мета дослідження: вивчення особливостей пологів і стану новонароджених у жінок, які мали порушення менструальної функції у пубертатний період, за даними лабораторних та інструментальних методів дослідження.

Матеріали та методи. За характером порушень основну групу вагітних (n=120), які мали розлади менструальної функції у пубертатний період, було розподілено на три підгрупи: 1-а – вагітні з первинною олігоменореєю в анамнезі (n=40), 2-а – з пізнім віком менархе (n=40), 3-я – з пубертатними кровотечами (n=40). До контрольної групи увійшли вагітні (n=40) з правильним ритмом менструацій у пубертаті.

Результати. У ході клінічного дослідження відзначали достовірні розбіжності біологічної неготовності організму до пологів у всіх підгрупах основної групи вагітних порівняно з контрольною групою. У 35 (29,2%) вагітних, які мали порушення менструальної функції у пубертатний період, у передбачуваний термін пологів відзначено «незрілу» або недостатньо «зрілу» шийку матки, що порушувало пологову діяльність при мимовільних пологах у потиличному передлежанні і підвищувало частоту розродження шляхом кесарева розтину (КР). Кесарів розтин проведено у 51 (42,5%) вагітної основної групи: плановий КР – у 39 (32,5%), терміновий під час пологів – у 12 (10,0%). У групі вагітних із правильним ритмом менструацій мимовільні пологи відбулися у 37 (92,5%) жінок, плановий КР через звужений таз і великий плід провели у 2 (5,0%) жінок, екстрений КР – 1 (2,5%) випадок.

Частота ускладнень під час пологів (порушення пологової діяльності, передчасний розрив плодових оболонок, кровотечі) в основній групі у 4 рази вища, ніж у групі контролю (p<0,001). У порівняльному аспекті між підгрупами розбіжності недостовірні; 95,2% новонароджених від матерів, які мали порушення менструальної функції у пубертатний період, народились у задовільному стані. Оцінка за шкалою Апгар достовірно вища у новонароджених від матерів, які отримали прегравідарну підготовку. Частота окремих станів, що виникали у перинатальний період, найвища у новонароджених від матерів із первинною олігоменореєю в анамнезі.

Заключення. Результати проведених досліджень підтверджують наявність біологічної неготовності організму до нормального перебігу пологів у жінок, які мали порушення менструальної функції у пубертатний період. Про це свідчать порушення пологової діяльності, основним предиктором яких є плацентарна дисфункція. Частота окремих станів, що виникали у перинатальний період, достовірно вище, ніж у новонароджених від матерів, що мали правильний ритм менструацій.

Знизити частоту акушерських і перинатальних ускладнень у жінок зі зниженим репродуктивним потенціалом можливо шляхом оптимізації програми прегравідарної підготовки та впровадження науково обґрунтованого комплексу лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: пубертатний період, менархе, олігоменорея, пубертатні кровотечі, вагітність, пологи, плацентарна недостатність, порушення пологової діяльності, прегравідарна підготовка.

Features of childbirth and the condition of newborns in women with menstrual dysfunction in the puberty

О.А. Kovalishin

The issue of preserving the reproductive health of women for many years does not lose its relevance. Fundamental studies of recent decades have made it possible to determine the basic mechanisms of functioning of the female reproductive system, but studies of the characteristics of pregnancy, complications in childbirth and the condition of newborn children in women with menstrual dysfunction in the puberty remain single.

The objective: according to laboratory and instrumental methods of research, to study the characteristics of childbirth and the condition of newborns in women with menstrual dysfunction in the puberty.

Materials and methods. According to the nature of the disorders, the main group of pregnant women (n=120) who had a menstrual pathology in the puberty were divided into 3 subgroups (n=40): the first – pregnant women with primary oligomenorrhea in the anamnesis, the second – with a late age menarche, the third – with puberty bleeding. The control group included pregnant women (n=40) with the correct rhythm of menstruation in puberty.

Results. During the clinical study, significant differences in the biological readiness of the body for childbirth in all subgroups of the main group of pregnant women were noted compared with the control group. In 35 (29,2%) pregnant women with menstrual dysfunction during the puberty, an «unripe» or insufficiently «mature» cervix was observed in the expected period of labor, which was important in the violation of labor activity during spontaneous labor in the occipital presentation and an increase in the frequency of delivery using cesarean section (CS) operation. Caesarean section was performed in 51 (42,5%) pregnant women of the main group: planned CS in 39 (32,5%), urgent delivery in 12 (10,0%). In the group of pregnant women with the correct rhythm of menstruation, spontaneous delivery occurred in 37 (92,5%) women, planned CS due to the narrowed pelvis and large fetus in 2 (5,0%), emergency CS – 1 (2,5%) case.

The frequency of complications during childbirth (violation of labor, premature rupture of the membranes, bleeding) in the main group is 4 times higher than in the control group (p<0,001), in a comparative aspect, the differences between the subgroups are not significant. 95,2% of newborns from mothers with menstrual dysfunction in the puberty were born in a satisfactory condition. The Apgar score is significantly higher in newborns from mothers receiving pregravid preparation. The frequency of individual conditions that occur in the perinatal period is the highest in newborns from mothers with a history of primary oligomenorrhea.

Conclusion. The results of the studies confirm the presence of the biological unpreparedness of the body for the normal course of labor in women with menstrual dysfunction in the puberty, as evidenced by violations of labor, the main predictor of which is placental dysfunction. The frequency of individual conditions that occur in the perinatal period is significantly higher than in newborns from mothers who had the correct rhythm of menstruation.

It is possible to reduce the frequency of obstetric and perinatal complications in women with reduced reproductive potential by optimizing the pregravid preparation program and introducing a scientifically based complex of treatment and preventive measures.

Keywords: puberty, menarche, oligomenorrhea, pubertal bleeding, pregnancy, childbirth, birth disorders, preconception preparation.

Особенности родов и состояние новорожденных у женщин с нарушениями менструальной функции в пубертатный период

О.А. Ковалишин

Вопрос сохранения репродуктивного здоровья женщины в течение многих лет не теряет своей актуальности. Фундаментальные исследования последних десятилетий позволили определить основные механизмы функционирования женской репродуктивной системы, но единичными остаются исследования особенностей протекания беременности, осложнений в родах и состояния новорожденных у женщин с нарушениями менструальной функции в пубертатный период.

Цель исследования: изучение особенностей родов и состояния новорожденных у женщин с нарушениями менструальной функции в пубертатный период по данным лабораторных и инструментальных методов исследования.

Материалы и методы. По характеру нарушений основную группу беременных ($n=120$), имевших патологию менструальной функции в пубертатный период, разделили на три подгруппы: 1-я – беременные с первичной олигоменореей в анамнезе ($n=40$), 2-я – с поздним возрастом менархе ($n=40$), 3-я – с пубертатными кровотечениями ($n=40$). В контрольную группу вошли беременные ($n=40$) с правильным ритмом менструаций в пубертате.

Результаты. В ходе клинического исследования отмечали достоверные отличия биологической неготовности организма к родам во всех подгруппах основной группы беременных по сравнению с контрольной группой. У 35 (29,2%) беременных с нарушениями менструальной функции в пубертатный период в предполагаемый срок родов отмечали «незрелую» или недостаточно «зрелую» шейку матки, что нарушало родовую деятельность при самопроизвольных родах в затылочном предлежании и увеличивало частоту родоразрешения с применением кесарева сечения (КС). Кесарево сечение проведено у 51 (42,5%) беременной основной группы: плановое КС – у 39 (32,5%), срочное в родах – у 12 (10,0%). В группе беременных с правильным ритмом менструаций самопроизвольные роды произошли у 37 (92,5%) женщин, плановое КС из-за суженного таза и большого плода провели у 2 (5,0%) женщин, экстренное КС – 1 (2,5%) случай.

Частота осложнений при родах (нарушение родовой деятельности, преждевременный разрыв плодных оболочек, кровотечения) в основной группе в 4 раза выше, чем в группе контроля ($p<0,001$). В сравнительном аспекте между подгруппами отличия недостоверны; 95,2% новорожденных от матерей с нарушениями менструальной функции в пубертатный период родились в удовлетворительном состоянии. Оценка по шкале Апгар достоверно выше у новорожденных от матерей, получавших прегравидарную подготовку. Частота отдельных состояний, возникающих в перинатальный период, самая высокая у новорожденных от матерей с первичной олигоменореей в анамнезе.

Заключение. Результаты проведенных исследований подтверждают наличие биологической неготовности организма к нормальному течению родов у женщин с нарушениями менструальной функции в пубертатный период. Про это свидетельствуют нарушения родовой деятельности, основным предиктором которых является плацентарная дисфункция. Частота отдельных состояний, возникающих в перинатальный период, достоверно выше, чем у новорожденных от матерей, имевших правильный ритм менструаций.

Снизить частоту акушерских и перинатальных осложнений у женщин со сниженным репродуктивным потенциалом возможно путем оптимизации программы прегравидарной подготовки и внедрения научно обоснованного комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: пубертатный период, менархе, олигоменорея, пубертатные кровотечения, беременность, роды, нарушения родовой деятельности, прегравидарная подготовка.

Основна функція репродуктивної системи жінки – настання вагітності і народження здорового потомства, тому питання збереження її репродуктивного здоров'я протягом багатьох років не втрачає своєї актуальності. Фундаментальні дослідження останніх десятиліть дозволили визначити основні механізми функціонування жіночої репродуктивної системи, але поодинокими залишаються дослідження щодо особливостей перебігу вагітності, ускладнень пологів і стану новонароджених у жінок із порушеннями менструальної функції у пубертатний період.

Пологи – це кінцевий, кульмінаційний етап розвитку вагітності. Будучи невід'ємною частиною цього процесу, пологи залежать від функціонування окремих складових етапів розвитку вагітності, а також від початкового стану як материнського організму, так і окремих його ефektorних органів [1]. У жінок, які мали порушення менструальної функції у пубертатний період, відзначають понад 70% ускладнень вагітності, при цьому перебіг пологів частіше ускладнювався аномаліями пологової діяльності (57,0%) та патологією у післяпологовий період (15,8%). Відсоток оперативного розродження достовірно вищий (25,4%) проти даних у жінок із фізіологічним пубертатом (4,6%). Природним шляхом закінчились пологи у 74,6% жінок, більше народжувалось дітей з ознаками хронічної внутрішньоутробної гіпоксії (28,1%) та асфіксії під час пологів (67,5%) [2–4].

Фізіологічний перебіг пологів можливий лише за наявності сформованої пологової домінанти, яка приходить на зміну виснаженій домінанті вагітності і об'єднує в єдину динамічну систему вищі нервові центри [1]. Клінічну діагностику до пологів проводять шляхом вивчення певних характеристик зміни, які відбуваються в організмі жінки. Першою чергою це зміни у шийці матки.

Протягом всього періоду гестації шийка матки зберігає щільну консистенцію, функціонує як замок, закриваючи вихід із порожнини матки. Це сприяє виношуванню вагітності до пологів. Однак ближче до кінця вагітності у шийці матки відбуваються морфологічні, біо- та гістохімічні процеси, які змінюють структуру органу. У результаті цих змін шийка вкорочується і

розм'якшується, що полегшує процес народження плода і плаценти. Розм'якшення і вкорочення прийнято називати «дозріванням» шийки матки. Протягом останніх 40 років клінічне оцінювання «зрілості» шийки матки проводять за шкалою Бішопа [5].

Готовність організму до пологів можна визначити також за іншими ознаками: використовуючи спеціальну апаратуру, вивчають тонус, збудливість і скоротливість активності міометрія; для оцінювання функціонального стану матки проводять окситоциновий тест; при наближенні терміну пологів у вагінальних мазках відбувається «естрогенізація» у формі збільшення кількості поверхневих клітин і зменшення кількості базофілних клітин багаточарового плоского епітелію [5].

Отже, визначення ступеня готовності організму до пологів має велике практичне значення, оскільки дозволяє певною мірою прогнозувати особливості перебігу пологів і передбачати можливість виникнення аномалій пологової діяльності, особливо, якщо на етапі прекоцепційного обстеження було виявлено передумови для їхнього розвитку.

Причини або стани, які зумовлюють виникнення аномалій пологової діяльності, різноманітні. Їх можна систематизувати у декілька основних груп, а саме:

1. Патологія материнського організму (соматичні і нейроендокринні захворювання, порушення регулювального впливу ЦНС і вегетативної системи; ускладнений перебіг вагітності (гестози, загроза переривання); патологічна зміна міометрія (фіброміома, перенесений запальний процес); занадто розтягнута матка (великий плід, багатоплідність); генетична патологія та ін.).

2. Патологія плода і плаценти (вади розвитку нервової системи плода; аплазія надниркових залоз; передлежання плаценти та низьке розташування; прискорене або запізнє дозрівання плаценти тощо).

3. Механізми перешкоди для просування плода (вузький таз, пухлини малого таза; неправильне положення плода (косе або поперечне); неправильне вставлення головки; анатомічна ригідність шийки матки).

4. Неодночасна готовність організму матері і плода до пологів.
5. Стресовий фактор (джерела стресу різні для кожної жінки, але підвищення при такому стані рівня стресових гормонів може призвести до слабкості пологової діяльності).

6. Ятрогенний чинник.

Кожний із даних факторів може діяти як самостійно у якості такого, що ускладнює перебіг пологів, так і в різних поєднаннях [5]. Тому основною метою надання допомоги під час пологів є забезпечення безпеки для жінки та дитини при мінімальному втручанні у фізіологічний процес шляхом:

- ретельного моніторингу стану матері, плода та прогресування пологів;
- створення умов для надання невідкладної допомоги породіллі та новонародженому;
- проведення заходів, що спрямовані на попередження інфекційних та гнійно-запальних ускладнень;
- впровадження та суворого дотримання принципів «теплого ланцюжка» [6].

І хоча на сьогодні остаточно не визначені патогенетичні аспекти порушення репродуктивного здоров'я жінок із патологічним перебігом пубертату, впевнено можна стверджувати, що практично всі соматичні і гінекологічні захворювання цього періоду, які у майбутньому можуть впливати на зачаття, виношування і пологи, асоціюються із розладами менструального циклу.

Без сумніву, попередити зниження репродуктивного потенціалу не завжди є можливим, але знання факторів, що спричинюють його пошкодження, дозволяють формувати групи ризику ще на доклінічному етапі, а проведення грамотної прегравідарної підготовки у жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатний період, дозволить знизити частоту акушерських і перинатальних ускладнень. Нині це набуває особливого значення, що зумовило напрямок і мету даного дослідження.

Мета дослідження: вивчення особливостей перебігу пологів і стану новонароджених у жінок, які мали порушення менструальної функції у пубертатний період, за даними лабораторних та інструментальних методів дослідження.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Клінічне дослідження перебігу вагітності проведено у 120 жінок репродуктивного віку, що мали порушення менструальної функції у пубертаті (основна група). За характером порушень в основній групі виділено три підгрупи: 1-а – вагітні з первинною олігоменореєю в анамнезі (n=40); 2-а – з пізнім віком менархе (n=40); 3-я – з пубертатними кровотечами (n=40).

До контрольної групи увійшли 40 вагітних із правильним ритмом менструацій у пубертатний період.

Критеріями включення до основної групи: жінки репродуктивного віку (середній вік – $25,8 \pm 0,9$ року) з порушеннями становлення менструальної функції в анамнезі; одноплідна вагітність; обстеження у I триместрі вагітності; згода пацієнтки на участь у дослідженні.

Середній вік жінок із контрольної групи становив $24,3 \pm 0,5$ року ($p < 0,05$).

Критеріями виключення з основної групи: екстрагенітальні захворювання у стадії суб- і декомпенсації, у тому числі хвороби ендокринної системи, розлади харчування і порушення обміну речовин; наявність вродженої патології та/або аномалії жіночих статевих органів; хронічні інфекційні захворювання і загострення під час вагітності; відмова від участі у дослідженні.

В основній групі 23 (19,2%) жінки до планування вагітності з метою контрацепції вживали низькодозовані монофазні КОК, 7 (5,8%) – гестагени. Прегравідарну підготовку отримали 72 (0,0%) жінки в основній групі, з них 36 (50,0%) – із застосуванням гестагенів. У контрольній групі прегравідарну підготовку отримали 16 (40,0%) жінок.

Збір анамнезу відбувався за загальноприйнятною схемою, результати клініко-лабораторного обстеження на прекоцеп-

ційному етапі, показники динамічного клініко-лабораторного моніторингу, випадки ускладнень реєстрували в індивідуально розроблених картах спостереження. Ехографічне обстеження вагітних виконували у термінах 11–14, 18–21, 30–34 і 36–40 тиж. В 11–16 тиж проводили оцінювання росту плода (кардіотокографія) і його життєдіяльності, а в термінах 18–21 і 30–34 тиж визначали фетометричні показники, розташування і товщину плаценти, об'єм амніотичної рідини.

Для об'єктивного судження про ступінь достовірності результатів дослідження застосовували варіаційно-статистичний метод аналізу отриманих даних за допомогою пакета статистичних програм Microsoft Office Excel 2007, «Statistica 6.0». Оцінювання статистичної значущості відмінностей проводили за параметричним t-критерієм Стьюдента для незалежних вибірок ($M \pm \sigma$). Відмінності в усіх випадках оцінювали як статистично значущі при $p < 0,05$. Силу кореляційного зв'язку між досліджуваними ознаками визначали за критерієм кореляції Спірмена.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Усі вагітні з порушеннями менструальної функції у пубертатний період були розроджені. В основній групі одноплідні мимовільні пологи у потиличному передлежанні відбулись у 69 (57,5%) жінок. Розродження шляхом кесарева розтину (КР) у нижньому матковому сегменті проведено у 51 (42,5%) вагітної, у тому числі: плановий КР – у 39 (32,5%) і терміновий під час пологів – у 12 (10,0%). У групі контролю одноплідні мимовільні пологи у потиличному передлежанні відбулися у 37 (92,5%) жінок, шляхом планового КР (звужений таз і великий плід) – у 2 (5,0%), екстрений КР при утруднених пологах внаслідок випадіння ручки плода – 1 випадок (2,5%).

В основній групі у 35 (29,2%) вагітних у передбачуваний термін пологів було виявлено «незрілу» або недостатньо «зрілу» шийку матки, у контрольній групі – 1 випадок (2,5%; $p < 0,001$). Достовірні розбіжності біологічної неготовності організму до пологів («зрілість» шийки матки) відзначали в усіх підгрупах основної групи порівняно з контрольною групою: у підгрупі з олігоменореєю в анамнезі – 14 випадків (35,0%; $p < 0,001$); з пізнім віком менархе – 10 випадків (25,0%; $p < 0,01$); з пубертатними кровотечами – 11 випадків (27,5%; $p < 0,01$).

Найчастішими показаннями до розродження шляхом планового КР були: «незріла» шийка матки у передбачуваний термін пологів і невдала спроба стимуляції пологів інструментальними методами (13,3%); безплідність, пов'язана з відсутністю овуляції, в анамнезі і «незріла» шийка матки у передбачуваний термін пологів (10,0%); прееклампсія і невдала спроба стимуляції пологів (5,0%). Між підгрупами основної групи частота розродження шляхом планового КР достовірно не відрізнялась.

Самостійні пологи при одноплідній вагітності у потиличному передлежанні планували у 81 (67,5%) вагітної основної групи, у групі контролю – у 38 (2 випадки КР у зв'язку з невідповідністю розмірів таза і плода у жінок із вузьким тазом і великим плодом), що становило 95,0% від кількості вагітних контрольної групи. Частота ускладнень під час пологів в основній групі у 4 рази вище порівняно з контрольною групою ($p < 0,001$). У порівняльному аспекті між підгрупами достовірних розбіжностей не встановлено.

Привертає увагу той факт, що порушення пологової діяльності було діагностовано у 17 (21,0%) жінок основної групи. Первинну слабкість пологової діяльності і дискоординовану пологову діяльність діагностовано в усіх підгрупах, вторинну слабкість пологової діяльності – у двох жінок з первинною олігоменореєю в анамнезі. У 12 (70,6%) з 17 жінок основної групи медикаментозне лікування порушень пологової діяльності було неефективним. Розродження проведено шляхом термінового КР, у тому числі при дискоординованій пологовій діяльності (n=9) і первинній слабкості пологової діяльності (n=3). У підгрупах основної групи терміновий КР було проведено у

Таблиця 1

Оцінка новонароджених за шкалою Апгар у матерів обстежуваних груп

Група		На 1-й хвилині		На 5-й хвилині	
		1	2	1	2
Контрольна, n=40		8,25±0,25	7,94±0,20	8,38±0,26	8,48±0,14
Основна, n=120		8,08±0,10	7,56±0,11 p<0,01	8,67±0,09	8,28±0,09 p<0,01
Підгрупа	1-а, n=40	8,00±0,14	7,25±0,25 p<0,05	8,50±0,14	8,25±0,25
	2-а, n=40	8,17±0,17	7,68±0,15 p<0,05	8,92±0,13	8,36±0,12 p<0,01
	3-я, n=40	8,10±0,35	7,56±0,24	8,60±0,22	8,11±0,11

Примітки: p – ступінь достовірності відмінностей показників між новонародженими від матерів, які отримували прегравідарну підготовку, і тих, хто її не отримував.
1 – новонароджені від матерів, які отримували прегравідарну підготовку.
2 – новонароджені від матерів, які не отримували прегравідарну підготовку.

5, 4 і 3 випадках відповідно. У двох жінок із первинною олігоменореєю в анамнезі при вторинній слабкості пологової діяльності у другий період пологів і появі ознак дистресу плода розродження проведено із застосуванням вакуум-екстрактора.

Кровотеча у ранній післяпологовий період при мимовільному розродженні спостерігалась у 4 (4,9%) породіль основної групи. Заходи щодо спинення кровотечі і адекватна інфузійно-трансфузійна терапія були ефективними.

Отже, у 29,2% жінок, які мали порушення менструальної функції у пубертатний період, у передбачуваний термін пологів відзначено «незрілу» або недостатньо «зрілу» шийку матки, що порушувало пологову діяльність при мимовільних пологах у потиличному передлежанні і підвищували частоту розродження шляхом КР.

У матерів, які мали порушення менструальної функції у пубертатний період, народились 120 малюків (основна група) і 40 немовлят у матерів із правильним ритмом менструацій (контрольна група). Розподіл новонароджених за підгрупами відповідав підгрупам їхніх матерів. Усі діти народились у передбачуваний строк пологів.

Із 120 новонароджених основної групи 115 (95,8%) народились з оцінкою за шкалою Апгар на 1-й і 5-й хвилині 7–10 балів, 5 (4,2%) – у помірній асфіксії з оцінкою за шкалою Апгар 6 балів. У матерів із первинною олігоменореєю в анамнезі (1-а підгрупа) у помірній асфіксії реєстрували 2 (5,0%) новонароджених, з пізнім віком менархе (2-а підгрупа) – 1 (2,5%) і з пубертатними кровотечами (3-я підгрупа) – 2 (5,0%). Реанімаційні заходи в усіх випадках були ефективними. У групі контролю всі новонароджені за шкалою Апгар на 1-й і 5-й хвилині були оцінені на 7–10 балів.

У новонароджених основної групи від матерів, які планували вагітність і отримували прегравідарну підготовку, оцінка за шкалою Апгар на 1-й хвилині була вище, ніж у тих, хто її не отримав (p<0,01). Така закономірність простежувалась у ново-

народжених від матерів 1-ї і 2-ї підгруп (p<0,05). На 5-й хвилині після народження вона зберігалась у немовлят 2-ї підгрупи (p<0,01), що свідчило про хорошу адаптацію новонароджених до позаутробного життя (табл. 1).

Під час інтегрального аналізу міжсистемних взаємовідносин між оцінкою новонароджених за шкалою Апгар на 1-й хвилині і товщиною плаценти при ехографічному дослідженні у терміні вагітності 30–34 тиж у матерів із первинною олігоменореєю в анамнезі і пізнім віком менархе встановлено середню пряму кореляційну залежність (r=0,335; p=0,019 і r=0,505; p=0,020 відповідно), у матерів із пубертатними кровотечами хороша пряма кореляційна залежність (r=0,778; p=0,023). У новонароджених від матерів із пізнім віком менархе між оцінкою за шкалою Апгар на 5-й хвилині і товщиною плаценти у терміні вагітності 30–34 тиж встановлена середня пряма кореляційна залежність (r=0,504; p=0,020).

Середня маса тіла новонароджених від матерів, які мали порушення менструальної функції у пубертатний період, відповідала гестаційному віку і достовірно не відрізнялась від контрольної групи (табл. 2). В основній групі 11 (9,2%) новонароджених були «маловаговими» для гестаційного віку, у групі контролю – 1 (2,5%). У матерів із первинною олігоменореєю в анамнезі у 2,5 рази частіше реєстрували «маловагових» новонароджених, ніж у матерів із пубертатними кровотечами.

Під час інтегрального аналізу міжсистемних взаємовідносин між показниками маси тіла новонародженого і параметрами ультразвукової фотометрії у терміні вагітності 18–21 тиж у жінок з порушеннями менструальної функції у пубертаті визначали середню пряму кореляційну залежність між масою тіла новонародженого і біпаріетальним розміром (БПР) головки (r=0,571; p=0,006); довжиною стегна – ДС (r=0,465; p=0,034), окружністю головки – ОГ (r=0,498; p=0,018). Це свідчило про відповідність розмірів плода у 18–21 тиж гестаційному віку.

Частота окремих станів, що виникали у перинатальний період (табл. 3), у новонароджених від матерів основної групи у 3 рази вище, ніж у новонароджених контрольної групи (p<0,05), і найвища у немовлят від матерів із первинною олігоменореєю в анамнезі (p<0,05).

Дихальні розлади у ранній неонатальний період фіксували у новонароджених від матерів основної групи у помірній асфіксії (2,5%). У групі контролю і 2-ї підгрупі новонароджених дихальні розлади не виявлені. Порушення церебрального статусу новонародженого в основній групі реєстрували у 2,3 рази частіше, ніж у групі контролю, між підгрупами розбіжності статистично незначущі.

Під час аналізу величини плацентарно-плодового коефіцієнта встановлено, що у жінок 2-ї і 3-ї підгруп він був статистично значуще вищий порівняно з контрольною групою (p<0,01 і p<0,05 відповідно). Збільшення плацентарно-плодового коефіцієнта у 2-ї і 3-ї підгрупах сталося за рахунок маси плаценти. Збільшення маси плаценти за відсутності достовірних відмінностей середньої маси тіла новонароджених від матерів із пізнім віком менархе і з пубертатними кровотечами, можливо, зумовлено гіперваскуляризацією венозних судин ворсин, що слугувало компенсаторно-приспосувальною реакцією і предиктором хронічної компенсованої плацентарної недостатності.

Отже, 95,2% новонароджених від матерів з порушеннями менструальної функції у пубертатний період народились у задовільному стані. Оцінка за шкалою Апгар достовірно вища у ново-

Розподіл новонароджених за масою тіла від матерів обстежуваних груп

Група		Маса тіла, г							
		2500–2999		3000–3499		3500–3999		4000 і більше	
		Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Контрольна, n=40		1	2,5	23	57,5	12	30,0	4	10,0
Основна, n=120		11	9,2	54	45,0	46	38,3	9	7,5
Підгрупа	1-а, n=40	5	12,5	15	37,5	17	42,5	3	7,5
	2-а, n=40	4	10,0	20	50,0	13	32,5	3	7,5
	3-я, n=40	2	5,0	19	47,5	16	40,0	3	7,5

Таблиця 2

Частота і структура окремих станів, які виникли у перинатальний період у новонароджених від матерів обстежуваних груп

Група		Дихальні розлади у новонародженого		«Маловаговий» для гестаційного віку плід		Порушення церебрального статусу новонародженого		Усього	
		Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Контрольна, n=40		-	-	1	2,5	2	5,0	3	7,5
Основна, n=120		3	2,5	11	9,2	14	11,7	28	23,4 p<0,05
Підгрупа	1-а, n=40	2	5,0	5	12,5	5	12,5	12	30,0 p ₁ <0,05
	2-а, n=40	-	-	4	10,0	5	12,5	9	22,5
	3-я, n=40	1	2,5	2	5,0	4	10,0	7	17,5

Примітки: p – ступінь достовірності відмінностей показників основної і контрольної груп; p₁ – між контрольною групою і підгрупами основної групи.

народжених від матерів, які отримували прегравідарну підготовку, порівняно з новонародженими від матерів, які її не отримали. Частота окремих станів, що виникли у перинатальний період, найвища у новонароджених від матерів із первинною олігоменореєю в анамнезі.

ВИСНОВКИ

1. Усі вагітні з порушеннями менструальної функції у пубертатний період були розроджені у передбачуваний термін пологів, з них 57,5% – мимовільні пологи, 42,5% – шляхом кесарева розтину. Основні фактори під час вагітності, які спричинили порушення пологової діяльності, це «незріла» шийка матки у передбачуваний термін пологів і невдала спроба стимуляції пологів із застосуванням інструментальних методів; звужений таз і великий плід при передбачуваній невідповідності розмірів таза і плода.

2. У 29,2% жінок основної групи у передбачуваний термін пологів діагностовано «незрілу» шийку матки, у підгрупах найвищий показник (35,0%) – у жінок з олігоменореєю в анамнезі. Саме в цій групі обстежуваних жінок найвищий відсоток хронічної плацентарної недостатності – фактор, який має значення у зниженні гормональної функції плаценти і процесі дозрівання шийки матки.

3. Невідповідність розмірів таза і плода, спричинена вузьким тазом, виявлена у кожному третьому випадку у вагітних з первинною олігоменореєю в анамнезі і пізнім віком менархе, тобто у жінок, що мали у пубертаті клінічні ознаки гіпоестрогенії – фактора, який впливає на антропометричні показники.

4. Порушення пологової діяльності при мимовільних пологах у потиличному передлежанні діагностовано у 21,0% жінок з порушеннями менструальної функції у пубертаті, в тому числі: у 9,9% – первинну слабкість пологової діяльності; у 8,6% – дискоординовану пологову діяльність, за якої частіше відзначали невдалу спробу застосування медикаментозних засобів, тому розродження проводили шляхом термінового кесарева розтину.

5. У матерів з порушеннями менструальної функції у пубертатний період у передбачуваний термін пологів народилось 120 живих дітей, з них 4,2% – у помірній асфіксії. Оцінка новонароджених за шкалою Апгар вище у тих, хто народився від матерів, які отримували прегравідарну підготовку, порівняно з матерями, які не планували вагітності (8,08±0,10 бала проти 7,56±0,11 бала; p<0,01).

6. Прегравідарну підготовку отримали 60,0% жінок, які мали порушення менструальної функції у пубертатний період, що знизило ризики розвитку хронічної плацентарної недостатності у вагітних з 0,75 до 0,49 (абсолютна різниця ризиків становить 0,26) та хронічної гіпоксії плода з 0,67 до 0,35 (абсолютна різниця ризиків становила 0,32). Це, безсумнівно, свідчить на користь надання медичної допомоги жінкам під час підготовки до вагітності.

7. Оптимізація програми прегравідарної підготовки та впровадження науково обґрунтованого комплексу лікувально-профілактичних заходів дозволить значно знизити частоту акушерських і перинатальних ускладнень у жінок, які мали порушення менструальної функції у пубертатний період, і сприятиме нормальному перебігу в них вагітності, пологів і народженню здорових дітей.

Відомості про автора

Ковалишин Орія Анатоліївна – Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9. E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua

Information about the author

Kovalishin Orysia Anatoliivna – Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, 04112, Kyiv, 9 Dorohozhytska Str. E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua

Сведения об авторе

Ковалишин Ория Анатольевна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Сюсюка В. 2018. Медико-психологічні аспекти вагітності. Особливості становлення материнської сфери. З турботою про жінку. 5(89):19-22.
- Макарчук ОМ, Дзьомбак ВБ. 2017. Порушення становлення менструальної функції та його вплив на репродуктивний потенціал жінки. Галицький лікарський вісник. 3:36-8.
- Начетова ТН. 2014. Перинатальний аналіз і особливості функції репродуктивної системи матерей девочек-подростков с вторичной аменореей. Здоровье ребенка. 2(53):50-3.
- Макарчук ОМ, Дзьомбак ВБ. 2017. Характеристика репродуктивного потенціала у жінок з порушеннями становлення менструальної функції у пубертаті, методи профілактики і корекції. Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. 7(4):522-9.
- Болотна МА, Бойко ВІ, Бабар ТВ. Акушерство та гінекологія: навч. посіб. – Суми: Сумський державний університет, 2018. – 307 с.
- Літвінов СК. 2008. Сучасні погляди на проблему аномалій пологової діяльності (лекція). Частина 1. Жіночий лікар. 5:18-20.

Стаття постуила в редакцію 29.09.2020