

УДК 618.3-06-079.7:618.5-001:616-053.31

І.А. Жабченко, І.С. Ліщенко

## Особенности течения родов и состояния новорожденных у беременных с пролонгированной и переношенной беременностью (данные ретроспективного анализа)

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

PERINATOLOGIYA AND PEDIATRIYA.2019.1(77):21-24; doi 10.15574/PP.2019.77.21

**Мета** — ретроспективно оцінити перебіг пологів і стан новонароджених у жінок із пролонгованою та переношеною вагітністю, з метою визначення значущості цієї патології для перинатальних наслідків.

**Пацієнти та методи.** Проведено ретроспективний клініко-статистичний аналіз 197 історій вагітності й пологів жінок, які перебували на лікуванні та розродженні у відділенні патології вагітності і пологів ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України» за 2011–2015 рр. Вивчено перебіг пологів і стан новонароджених у жінок із пролонгованою та переношеною вагітністю. Основну групу становили 156 жінок. З них пологи в 41 тиж. — 110 (70%), 41–42 тиж. — 33 (21%), у 42 тиж. — 13 (9%). Групу контролю становила 41 вагітна, розроджена своєчасно.

**Результати.** Наведені дані свідчать про значні перинатальні ризики в жінок із пролонгованою та переношеною вагітністю. Так, фізіологічні пологи відбулися лише в 58,9% жінок (контрольна група — 80,5%;  $p < 0,05$ ). Відповідно, патологічними були 41,1% пологів в основній групі. Оперативно розроджено 32,7% вагітних, що майже втричі більше, ніж у контрольній групі (12,2%). Достовірно вищим було значення показника дистресу плода в жінок основної групи (23,7%) порівняно з вагітними контрольної групи (9,7%,  $p < 0,05$ ). Пологовий травматизм спостерігався у 37,2% вагітних основної групи та у 17,0% жінок контрольної групи. Усього обстежені жінки основної групи народили 157 новонароджених — 80 хлопчиків і 77 дівчаток. Випадків перинатальної смертності не було.

**Висновки.** У жінок із пролонгованою та переношеною вагітністю значно зростають перинатальні й акушерські ризики. Запізнілі пологи призводять до необхідності оперативних втручань при розродженні, а також до високого рівня неонатальної захворюваності та пологового травматизму. На підставі виявлених ускладнень слід формувати групи ризику щодо переношеної вагітності.

**Ключові слова:** пролонгована вагітність, переношена вагітність, дистрес плода, пологовий травматизм.

### The features of the course of labor and the state of newborns in women with prolonged and post-term pregnancy (data from a retrospective analysis)

I.O. Zhabchenko, I.S. Lishchenko

SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named of academician O.M. Lukyanova NAMS of Ukraine», Kyiv

**Purpose** — to retrospectively evaluate the course of labor and the state of newborns in women with prolonged and postpartum pregnancy in order to determine the significance of this pathology for perinatal consequences.

**Patients and methods.** In order to determine the risk groups of pregnant women to prolonged pregnancy we conducted a retrospective clinical and statistical analysis of 197 histories of pregnancy and childbirth of women who were treated and given delivery in the department of pathology of pregnancy and childbirth of «The Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named after academician A.M. Lukyanova NAMS of Ukraine» for the years 2011–2015. The course of labor and condition of newborns in women with prolonged and post-term pregnancy were studied. The main group consisted of 156 women. Of these, childbirth in 41 weeks — 110 (70%), 41–42 weeks — 33 (21%), in 42 weeks — 13 (9%). The control group consisted of 41 pregnant women who gave birth in a timely manner.

**Results and conclusions.** Women with prolonged and postnatal pregnancy considerably increase perinatal and obstetric risks. Late births lead to the need for surgical interventions in the course of their development, as well as to high neonatal morbidity and maternal traumatism. On the basis of the revealed complications it is necessary to form risk groups with respect to PO.

**Key words:** prolonged pregnancy, post-term pregnancy, fetal distress, birth traumatism.

### Особенности течения родов и состояния новорожденных у беременных с пролонгированной и переношенной беременностью (данные ретроспективного анализа)

І.А. Жабченко, І.С. Ліщенко

ГУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка Е.М. Лук'янової НАМН України», г. Київ

**Цель** — ретроспективно оценить ход родов и состояние новорожденных у женщин с пролонгированной и переношенной беременностью, с целью определения значимости данной патологии для перинатальных исходов.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный клинико-статистический анализ 197 историй беременности и родов женщин, которые находились на лечении и родоразрешении в отделении патологии беременности и родов ГУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка Е.М. Лук'янової НАМН України» за 2011–2015 гг. Изучено течение родов и состояние новорожденных у женщин с пролонгированной и переношенной беременностью. Основную группу составили 156 женщин. Из них роды в 41 нед. — 110 (70%), 41–42 нед. — 33 (21%), в 42 нед. — 13 (9%). Группу контроля составила 41 беременная, родившая своевременно.

**Результаты.** Представленные данные свидетельствуют о значительных перинатальных рисках у женщин с пролонгированной и переношенной беременностью. Так, физиологические роды наблюдались только у 58,9% женщин (контрольная группа — 80,5%;  $p < 0,05$ ). Соответственно, патологическими были 41,1% родов в основной группе. Оперативно розроджені 32,7% беременных, что почти в 3 раза больше, чем в контрольной группе (12,2%). Достоверно выше было значение показателя дистресса плода у женщин основной группы (23,7%) по сравнению с беременными контрольной группы (9,7%,  $p < 0,05$ ). Родовой травматизм наблюдался у 37,2% беременных основной группы и у 17,0% женщин контрольной группы. Всего обследованные женщины основной группы родили 157 новорожденных — 80 мальчиков и 77 девочек. Случаи перинатальной смертности не выявлены.

**Выводы.** У женщин с пролонгированной и переношенной беременностью значительно возрастают перинатальные и акушерские риски. Запоздалые роды приводят к необходимости оперативных вмешательств при родоразрешении, а также к высокой неонатальной заболеваемости и родовому травматизму. На основании выявленных осложнений следует формировать группы риска перенашивания беременности.

**Ключевые слова:** пролонгированная беременность, переношенная беременность, дистресс плода, родовой травматизм.

## Вступ

Пролонгована та перенесена вагітність становить вагомий науковий та практичний інтерес, обумовлений насамперед високими рівнями неонатальної захворюваності та перинатальної смертності. Частота перенесеної вагітності (ПВ) коливається в межах від 3,5% до 13,5% загальної кількості пологів (у середньому від 8% до 10%) і не має тенденції до зниження [4, 5]. Перенесена вагітність вважається станом із високим ризиком, що потребує спеціального спостереження за вагітною та своєчасною індукцією пологів [10].

У зв'язку з підвищеною частотою аномалій пологової діяльності, клінічно вузького тазу та дистресу плода кількість оперативних втручань при запізнілих пологах зростає приблизно в 3–8 разів. Так, за деякими даними, розродження шляхом операції кесаревого розтину проведено у 28–33,0% жінок із ПВ, причому переважну більшість оперативних втручань (84,0%) проведено ургентно. Звертає на себе увагу і структура показань до оперативного розродження: кожен другу жінку з ПВ прооперовано з приводу дистресу плода [10].

Одним з основних ускладнень запізнілих пологів є аномалія пологової діяльності, особливо її слабкість, частота якої коливається від 24% до 37% жінок із ПВ. Розвиток слабкості пологової діяльності, особливо вторинної, зумовлюють великі розміри перенесеного плода та перерозтягнення матки, унаслідок чого пологи при перенесуванні часто мають затяжний характер. Тому на сучасному етапі особливого значення набуває антенатальна диференційна діагностика перенесеної та пролонгованої вагітності, при яких і тактика має бути різною: в першому випадку — активна тактика підготовки та ведення пологів, а в іншому — вичікувальна (консервативне ведення таких жінок) [2].

Багато авторів вказують на пряму корелятивну залежність між показниками перинатальної смертності та тривалістю перенесування. Пролонгованою (хронологічно) слід вважати вагітність, яка триває понад 294 доби і закінчується народженням доношеної дитини без ознак «перезрілості». Терміни «перенесеність» та «перезрілість» не є тотожними. Перенесеною є вагітність, яка триває понад 294 доби та супроводжується внутрішньоутробним стражданням плода і закінчується народженням дитини з ознаками біологічної «перезрілості», що і визначає високий ризик

формування анти/інтранатального дистрес-синдрому та утрудненої неонатальної адаптації [3, 4, 5].

Дослідження Університету Тель-Авіва вказує на те, що запізнілі пологи навіть у вагітних із низьким рівнем перинатального ризику пов'язані з підвищеними короткостроковими ризиками для новонароджених, включаючи хвороби та інфекції, які забезпечують частіше їх перебування у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених [13]. У новонароджених, які народилися після 42-го тижня вагітності, спостерігається підвищений рівень респіраторної захворюваності і вищий показник гіпоглікемії [12].

Достовірно визначено, що ризик розвитку неврологічних ускладнень, включаючи судоми новонароджених, гіпоксичну ішемічну енцефалопатію, церебральний параліч, відхилення в розвитку та епілепсію в дитячому віці зростає в дітей від пролонгованої вагітності  $\leq 41$  (+0) тижнів [9].

Дослідження польських вчених вказують на те, що ризик загибелі плода після 42-го тижня вагітності удвічі вищий, ніж при термінових пологах, і зростає в понад 6 разів на 43-му тижні [11].

Однією з характерних ознак ПВ, яка визначається при плацентографії, є прогресивне зменшення товщини плаценти, що свідчить про плацентарну дисфункцію. Крім того, при плацентографії можна визначити структуру та ступені зрілості плаценти, а також кількість та якість навколоплодових вод [2]. За багатьма даними, для ПВ характерними є третій ступінь зрілості плаценти з петрифікатами, маловоддя та підвищена ехогенність навколоплодових вод [2, 6]. Зниження рівня амніотичної рідини наприкінці вагітності потребує активної акушерської тактики. Вираженість маловоддя корелює з негативними перинатальними наслідками [8]. При ПВ основним негативним фактором для плода є внутрішньоутробний дистрес.

Під час перенесування потенціюються дві основні патогенетичні ланки розвитку дистресу: підвищена зрілість структур головного мозку плода; морфофункціональні інволютивні зміни у плаценті. Одночасно з'являється універсальний механізм «brain-sparing phenomenon» — синдром захисту головного мозку плода [7]. Він полягає в посиленні кровопостачання і підтриманні необхідного рівня оксигенації головного мозку. В основі цього механізму

Таблиця 1

## Ускладнення пологів у жінок (абс., %)

| Показник                             | Вагітні жінки (n)     |                         |
|--------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
|                                      | основна група (n=156) | контрольна група (n=41) |
| Пологи фізіологічні                  | 92 (58,9) *           | 33 (80,5)               |
| Пологи патологічні                   | 64 (41,1) *           | 8 (19,5)                |
| Кесарів розтин                       | 51 (32,7) *           | 5 (12,2)                |
| Дистрес плода                        | 37 (23,7) *           | 4 (9,7)                 |
| Аномалії пологової діяльності        | 10 (6,4)              | 3 (7,3)                 |
| Рання гіпотонічна кровотеча          | 4 (2,6)               | 2 (4,8)                 |
| Вакуум-екстракція плода              | 6 (3,8)               | –                       |
| Ручна ревізія стінок порожнини матки | 16 (10,3)             | 2 (4,8)                 |
| Епізіо-, перінеотомія                | 36 (23,1) *           | 5 (12,2)                |

Примітка: \* – різниця достовірна відносно показників контрольної групи ( $p < 0,05$ ).

полягає зниження симпатичної інервації судинної стінки, що призводить до розширення просвіту мозкових судин. Надалі вазоконстрикція набуває більш поширеного характеру із залученням судин шлунково-кишкового тракту, печінки, нирок і легень [1]. Гіпоксія шлунково-кишкового тракту призводить до розслаблення його сфінктерів і виділення меконію в навколоплідні води, що часто спостерігається при ПВ [7]. За даними літератури, частота меконіальних вод у популяції становить від 4,5 до 20% (у середньому 10%) [4, 5].

Таким чином, значна частота перинатальної захворюваності в жінок із ПВ свідчить про необхідність подальшого вивчення цієї проблеми для своєчасної антенатальної діагностики порушень стану плода, прогнозування перинатальних результатів, а також вибору раціонального методу розродження таких вагітних.

**Мета** дослідження – ретроспективно оцінити перебіг пологів та стан новонароджених у жінок із пролонгованою та переношеною вагітністю, з метою визначення значущості цієї патології для перинатальних наслідків.

### Матеріали та методи дослідження

З метою визначення груп ризику вагітних щодо переносування вагітності проведено ретроспективний клініко-статистичний аналіз

197 історій вагітності й пологів жінок, які перебували на лікуванні та розродженні у відділенні патології вагітності і пологів ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України» за 2011–2015 рр. Вивчено перебіг пологів та стан новонароджених у жінок із пролонгованою та переношеною вагітністю.

Основну групу становили 156 жінок. З них пологи в 41 тиж. – 110 (70%), 41–42 тиж. – 33 (21%), в 42 тиж. – 13 (9%). Групу контролю становила 41 вагітна, розроджена своєчасно.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської Декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом усіх зазначених у роботі установ. На проведення досліджень отримано поінформовану згоду жінок.

### Результати дослідження та їх обговорення

Питома вага пролонгованої та переношеної вагітності залишається стабільно високою. Закінчення цієї вагітності проаналізовано в основній та контрольній групах (табл. 1).

Наведені дані свідчать про значні перинатальні ризики в жінок із пролонгованою та переношеною вагітністю. Так, фізіологічні пологи відбулися лише в 58,9% жінок (контрольна група – 80,5%;  $p < 0,05$ ). Відповідно,

Таблиця 2

## Оцінка новонароджених за шкалою Апгар (абс., %)

| Хвилина від народження | Бал  | Новонароджені (n)     |                         |
|------------------------|------|-----------------------|-------------------------|
|                        |      | основна група (n=157) | контрольна група (n=41) |
| Перша                  | 8–10 | 52 (33,1)*            | 25 (61,0)               |
|                        | 7    | 84 (53,5)*            | 14 (34,1)               |
|                        | <6   | 21 (13,4)*            | 2 (4,9)                 |
| П'ята                  | 8–10 | 106 (67,5)*           | 33 (80,5)               |
|                        | 7    | 37 (23,5)             | 7 (17,1)                |
|                        | <6   | 14 (9,0) *            | 1 (2,4)                 |

Примітка: \* – різниця достовірна відносно показників контрольної групи ( $p < 0,05$ ).

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

патологічними були 41,1% пологів в основній групі. Оперативно розроджено 32,7% вагітних, що майже втричі більше, ніж у контрольній групі (12,2%). Частіше показаннями до ургентного оперативного розродження були: дистрес плода (49,0%), первинна слабкість пологової діяльності (19,6%) і клінічно вузький таз (7,8%). При цьому вакуум-екстракцію плода проведено у 6 (3,8%) жінок основної групи, а в контрольній групі таких втручань не було. Достовірно вищим було значення показника дистресу плода в жінок основної групи (23,7%) порівняно з вагітними контрольної групи (9,7%,  $p < 0,05$ ).

Пологовий травматизм спостерігався у 37,2% вагітних основної групи та у 17,0% жінок контрольної групи.

Усього обстежені жінки основної групи народили 157 новонароджених — 80 хлопчиків і 77 дівчаток. Випадків перинатальної смертності не було.

Стан новонароджених оцінювали спільно з неонатологом за шкалою Апгар. Оброблені дані наведено в таблиці 2.

Серед новонароджених основної групи в стані асфіксії тяжкого ступеня народилося 13,4% немовлят, з оцінкою за шкалою Апгар у 8–10 балів — 33,1% новонароджених (контрольна група — 61,0%,  $p < 0,05$ ).

Середня вага доношених новонароджених основної групи становила  $3665,0 \pm 50$  г, у групі

контролю —  $3400,0 \pm 40$  г. Макросомія ( $\geq 4000,0$  г) спостерігалася в кожного четвертого немовляти від породіль основної групи (24,2%). Середній зріст новонароджених основної групи був  $53,25 \pm 1,2$  см.

Аналіз стану немовлят після народження показав, що ознаки перезрілості (мацерація шкіри, переважно на руках і стопах; зменшення кількості сироподібної змазки; зниження тургору шкіри; відсутність конфігурації голівки; щільність кісток черепа, вузькі шви та тім'ячка разом або поодиночі) виявлялися у 23 (14,6%) дітей. На підставі отриманих даних, саме в цих жінок і була справжньою ПВ. Також деякі малюки отримали травми при народженні: 6 (3,8%) — кефалогематому, 3 (1,9%) — переломи ключиці, ще у 6 (3,8%) діагностовано внутрішньоутробне інфікування, реалізоване розвитком пневмонії.

**Висновки**

Враховуючи вищевикладене, можна констатувати, що запізнілі пологи призводять до високого рівня неонатальної захворюваності та пологового травматизму. Частота оперативного розродження при пролонгованій та переносній вагітності значно вища, ніж при термінових пологах. Така ситуація потребує нових профілактичних заходів щодо вагітних груп ризику з розвитку ПВ.

*Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.*

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Біволяріу АО. (2015). Особливості патогенезу розвитку плацентарної недостатності та порушень стану плоду при переносній вагітності (огляд літератури). Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. 3 (17): 106–109.
2. Вученович ЮЯ. (2008). Дифференціальний підхід к программованому завершенню переносної вагітності. Вестник РУДН, сер. «Медицина. Акушерство и гинекология». 5: 46–53.
3. Жук СІ. (2018). Регуляція скорочувальної активності матки. Сучасні можливості. Жіночий лікар. 2 (76): 11–14.
4. Кулавский ВА. (2012). Оценка состояния кровотока в артерии пуповины у беременных высокого риска. Ультразвук, диагностика. 3: 45–47.
5. Кулаков ВИ, Голубев ВА. (2011). Роль новых технологий в акушерстве, гинекологии и перинатологии. Акушерство и гинекология. 2: 3–6.
6. Маркін ЛБ, Смуток СР. (2011). Диференційований підхід до ведення вагітності після 41-го тижня. Медицинские аспекты здоровья женщины. 2: 5–9.
7. Мурашко ЛЕ, Бадоева ФС, Асымбекова ГУ. (2013). Перинатальные исходы при хронической плацентарной недостаточности. Акушерство и гинекология. 4: 43–45.
8. Торчинов АМ, Умаханова ММ, Доронин ГЛ. (2013). Диагностические возможности ультразвукового исследования при привычной потере беременности. Проблемы репродукции. 19; 4: 90–94.
9. Chantry A, Lopez E. (2011, Dec.). Fetal and neonatal complications related to prolonged pregnancy. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 40 (8): 717–725.
10. Joep C Kortekaas, Aafke Bruinsma, Judit Keulen et al. (2014). Effects of induction of labour versus expectant management in women with impending post-term pregnancies: the 41 week – 42 week dilemma. BMC Pregnancy Childbirth. 14: 350.
11. Kosinska-Kaczynska K, Bomba-Opon D, Bobrowska K et al. (2015). Arch Gynecol Obstet. 292: 45.
12. Linder N, Hirsch L, Fridman E et al. (2017). Post-term pregnancy is an independent risk factor for neonatal morbidity even in low-risk singleton pregnancies. Archives of Disease in Childhood – Fetal and Neonatal Edition. 102.
13. Post-term delivery raises risk of complications and illness for newborns: Infants born past 42 weeks are far more likely to be admitted to neonatal ICU (2016). ScienceDaily, American Friends of Tel Aviv University.

**Сведения об авторах:**

**Жабченко Ирина Анатольевна** — д.мед.н., проф., зав. отделением патологии беременности и родов ГУ «ИПАГ имени академика Е.М. Лукьяновой НАМН Украины».

Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел.: (044) 483-90-81.

**Лищенко Инесса Сергеевна** — н.с. отделения патологии беременности и родов ГУ «ИПАГ имени академика Е.М. Лукьяновой НАМН Украины».

Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8.

Статья поступила в редакцию 11.11.2018 г., принята в печать 07.03.2019 г.