

DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2018-22(1)-21

УДК: 618.532.6-071.1-079.7

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ РЕПРОДУКТИВНОГО АНАМНЕЗУ ЖІНОК ІЗ ПОЛОГАМИ В ТАЗОВОМУ ПЕРЕДЛЕЖАННІ ПЛОДА

Каланжова О.М., Галич С.Р.

Одеський національний медичний університет (Валіховський провулок, 2, м. Одеса, Україна, 65082)

Відповідальний за листування:
e-mail: omkalanzhova@gmail.com

Статтю отримано 5 грудня 2017 р.; прийнято до друку 12 січня 2018 р.

Анотація. На сучасному етапі вивчення особливостей репродуктивного анамнезу пацієнток, які планують вагітність, вважається перспективним напрямком у ефективному забезпеченні своєчасної й високоуспішної реалізації їх репродуктивних намірів. Мета - провести аналітичну ретроспективну оцінку даних репродуктивного анамнезу пацієнток із пологами в тазовому передлежанні плода. На базі Одеського обласного перинатального центру проведено ретроспективний аналіз медичної документації 300 першо- та повторнонароджуючих жінок із вагітністю одним плодом у тазовому передлежанні: I - основна група (ОГ) (n=150), жінки, які народили в тазовому передлежанні; II - контрольна група (КГ) (n=150), жінки, які народили в головному передлежанні. Статистична обробка результатів дослідження проведена за допомогою пакетів програми Statistica for Windows (версія 6.1) методами параметричної та непараметричної статистики. Встановлено менш сприятливий гінекологічний анамнез жінок ОГ та превалювання в ОГ повторнонароджуючих - 96 (64%), в КГ - 67 (44,6%) випадків (p<0,05). Вчасні пологи превалювали в ОГ - 137 (91,3%), в КГ - 118 (78,7%) (p<0,05). Оперативне розродження в ОГ - 102 (68%), в КГ - 44 (29,3%) (p<0,05). Дострокове оперативне розродження в КГ - у 5 (11,4%) досліджуваних, в ОГ - 13 (100%) (p<0,05). Таким чином встановлено превалювання випадків оперативного розродження в ОГ поряд із меншою кількістю передчасних пологів.

Ключові слова: репродуктивний анамнез, пологи, тазове передлежання.

Вступ

На сучасному етапі однією з актуальних проблем світової акушерської практики є вагітність та пологи при тазовому передлежанні плода (ТПП). Впродовж багатьох років відносно невелика та стабільна частота випадків вагітностей з ТПП (3-5%) у популяції супроводжується численними плодовими та материнськими ускладненнями як під час вагітності, так й під час пологів та післяпологового періоду [1, 3]. Так, аналіз наукових даних свідчить, що неодноразові спроби перегляду акушерської тактики в зазначеному аспекті частіше призводять до виникнення нових питань, не встигнувши знайти відповіді на попередні. Таке "хибне коло" у клінічному підході до вагітності та пологів при ТПП вимагає концентрації практикуючих лікарів акушерів-гінекологів здебільшого на проблемі, що вже виникла, існує та потребує негайного вирішення згідно діючих стандартів та протоколів у світі [2]. В той же самий час, численні вітчизняні та закордонні наукові дослідження з цього приводу вважають перспективними, перш за все, напрямки попередження перинатальної та материнської захворюваності, обумовленої вагітністю із ТПП [4, 5]. Зазначене пояснює дослідницький інтерес до ретельного аналізу та вивчення саме репродуктивного анамнезу таких пацієнток.

Мета - провести аналітичну ретроспективну оцінку даних репродуктивного анамнезу пацієнток із пологами в тазовому передлежанні плода.

Матеріали та методи

Проведено ретроспективний аналіз медичної документації (індивідуальні карти вагітних, обмінні карти, історії

пологів) 300 першо- та повторнонароджуючих жінок із вагітністю одним плодом у тазовому передлежанні (неповне та повне), чий полог відбувся на базі Одеського обласного перинатального центру протягом 2016-2017 рр. Пацієнтки були розподілені на 2 групи: I - основна група (ОГ) (n=150), жінки, які народили в тазовому передлежанні; II - контрольна група (КГ) (n=150), жінки, які народили в головному передлежанні. Статистична обробка результатів дослідження проведена за допомогою пакетів програми Statistica for Windows (версія 6.1) методами параметричної та непараметричної статистики.

Результати. Обговорення

Аналіз медичної документації 300 жінок, які народжували в Одеському обласному перинатальному центрі показав, що середній вік жінок в ОГ становив 31,6±3,8 років, в той час як в КГ він був статистично нижчим - 28,8±4,7 років (p<0,05). Зареєстрований шлюб мали менше половини жінок ОГ - 71 (47,3%), а його поширеність в КГ була достовірно більшою - 118 (78,6%) (p<0,05). У соціальному статусі в ОГ превалювали домогосподарки - 83 (55,3%), тоді як серед жінок КГ відсутність зайнятості на постійній роботі була рідким явищем - 21 випадок (14%) (p<0,05).

Вивчення соматичного анамнезу показало, що частота наявності екстрагенітальної патології у пацієнток обох груп статистично не відрізнялась та становила: в ОГ - 63 (42%), в КГ - 58 (38,6%) (p>0,05).

Визначення особливостей менструальної функції вказує на притаманність пізнього, у віці 15-16 років,

менархе: ОГ - 68 (45,3%), КГ - 9 (6%); аномальних маткових кровотеч: ОГ - 27 (18%), КГ - 6 (4%) та дисменореї: ОГ - 97 (64,7%), КГ - 24 (16%) здебільшого для пацієнок із пологами в ТПП ($p < 0,05$).

Випадки вроджених аномалій розвитку репродуктивної системи достовірно частіше реєструвалися серед кандидаток ОГ - 33 (22%) й були представлені: сідлоподібною маткою 24 (72,7%), повною перетинкою порожнини матки - 6 (18,2%) та дворогою маткою - 3 (9,1%). У КГ зазначений показник мав менше значення - 9 випадків (6%), з яких: у 1 (11,1%) був представлений повним подвоєнням матки та шийки матки, у 3 (33,3%) - сідлоподібною маткою, а в 6 (66,6%) - неповною перетинкою у порожнині матки, з яких у 4 пацієнок до настання вагітності вона була видалена хірургічним шляхом ($p < 0,05$).

Міома матки реєструвалася як в ОГ - 26 (17,3%), так й в КГ - 31 (20,7%) ($p > 0,05$). Однак слід звернути увагу на те, що у пацієнтку із пологами в ТПП зазначений діагноз характеризувався або множинною міомою матки - 5 (19,2%), або поодинокими, але великими інтрамуральними та субмукозними вузлами із центрипільним їх ростом - 8 (30,8%). Окрім зазначеного, субсерозні та інтрамуральні міоматозні вузли у жінок ОГ улюбленою своєю локалізацією в половині випадків обирали саме нижній сегмент матки - 13 (50%). При цьому, серед кандидаток КГ для міоми матки були здебільшого притаманні субсерозні або інтрамуральні невеликі поодинокі вузли, що не деформували порожнину матки та не перешкоджали правильному розташуванню та головному передлежанню плода в матці. Так, локалізація міоматозних вузлів у нижньому матковому сегменті реєструвалися лише у 2 (6,4%) пацієнок групи контролю ($p < 0,05$).

Оперативне втручання на органах малого таза з приводу гінекологічної патології до теперішньої вагітності мало місце у 54 (36%) пацієнок ОГ та 19 (12,7%) жінок КГ ($p < 0,05$). При цьому, в ОГ реєструвалися випадки: хірургічного лікування яєчників з приводу полікістозу або ендометріозу, хірургічного лікування шийки матки з приводу CIN II-III ступенів та реконструктивні втручання на матці й яєчниках з метою лікування безпліддя. Тоді як у КГ структура гінекологічно-оперативного лікування кандидаток в анамнезі дещо відрізнялася та полягала у: видаленні міоматозних вузлів матки, лікуванні позаматкової вагітності та реконструктивно-оперативному подоланні безпліддя. Хірургічне втручання на яєчниках в зазначеній групі мало місце лише в одному випадку - дермоїдна кіста у підлітковому віці пацієнтки.

Визначення особливостей репродуктивного анамнезу пацієнок обох груп дослідження показало їх відміну й за паритетом. Так, більшість жінок ОГ були повторно-народжуючими - 96 (64%). В КГ кількість пацієнок із повторними пологами була статистично нижчою та становила 67 (44,6%) випадків ($p < 0,05$). При цьому, кількість першоважітних кандидаток в обох групах статистичної різниці не мала: ОГ - 43 (28,7%), КГ - 39 (26%), не зва-

жаючи на превалювання першонароджуючих в КГ ($p > 0,05$). Проблема безпліддя торкалася переважно жінок ОГ - 32 (21,3%) випадки, більшість з яких мали первинний характер - 21 (65,6%). Щодо КГ, то зазначене порушення серед її кандидаток зустрічалося в два рази менше - 15 (10%) випадків, та здебільшого мова йшла про вторинне безпліддя - 9 (60%).

Акушерсько-гінекологічний анамнез досліджуваних пацієнок характеризувався достатньо високими показниками несприятливих наслідків попередніх вагітностей серед кандидаток ОГ. Так, серед переліку ускладнень мали місце наступні: самовільний викидень ОГ - 19 (12,7%), КГ - 3 (2%); завмерла вагітність ОГ - 26 (17,3%), КГ - 6 (4%); позаматкова вагітність ОГ - 0 (0%), КГ - 3 (2%) та звичне невиношування ОГ - 17 (11,3%), КГ - 4 (2,7%) ($p < 0,05$). Окрім цього, майже половина жінок ОГ вказували на одну та більше перерваних вагітностей до 12 тиж. гестації за власним бажанням - 71 (47,3%), тоді як в КГ зазначена практика мала меншу поширеність та становила 33 (22%) випадки ($p < 0,05$). Щодо несприятливих наслідків попередніх вагітностей для плода, то вони відмічалися у 7 (4,7%) жінок ОГ та 5 (3,3%) пацієнок КГ ($p > 0,05$).

Самостійне настання вагітності, що завершилася пологами протягом 2016-2017рр, в ОГ реєструвалося у 123 (82%) кандидаток, тоді як в КГ зазначений показник виглядав краще - 144 (96%) випадки ($p < 0,05$). Подолання безпліддя за допомогою репродуктивних технологій відбулося у 27 (18%) пацієнок ОГ, 19 (70,3%) з яких перенесли більше однієї спроби завагітніти. У інших кандидаток ОГ із безпліддям - 5 (3,3%) вагітність наставала самостійно внаслідок відновлення репродуктивної функції за допомогою гормональної корекції або малоінвазивних реконструктивно-оперативних втручань. При цьому слід зазначити, що до використання допоміжних репродуктивних технологій жінки КГ зверталися лише у 6 (4%) випадках, всі з яких мали успішні наслідки з першої спроби ($p < 0,05$). Інші пацієнтки з безпліддям в зазначеній групі демонстрували самостійне настання вагітності, як наслідок виключно ефективної гормональної корекції - 9 (6%).

Вивчення структури пологів за період 2016-2017рр серед досліджуваних кандидаток показало, що в ОГ вагітність завершилася вчасними пологами у 137 (91,3%) пацієнок, тоді як в контролі зазначений показник був меншим та становив 118 (78,7%) випадків ($p < 0,05$). Жінки ОГ достовірно частіше були розроджені оперативним шляхом - 102 (68%), тоді як в КГ випадки операції кесаревого розтину реєструвалися рідше - 44 (29,3%) випадки ($p < 0,05$). Пацієнтки ОГ в усіх випадках передчасних пологів (29-34 тиж. гестації) були розроджені оперативно - 13 (100%). У випадках доношеної вагітності операція кесаревого розтину в зазначеній групі виконувалася з приводу: екстрагенітальної патології вагітної - 3 (2,9%); наполегливого бажання жінки та попередньої її відмови від спроби проведення зовніш-

нього повороту плода на голівку - 27 (26,5%); наявності рубця на матці після кесаревого розтину в анамнезі - 20 (19,6%); наявності рубця на матці після консервативної міомектомії - 3 (2,9%); передлежання або низького розташування плаценти - 5 (4,9%); різних варіантів міоми матки, що суттєво заважали консервативним пологам - 13 (12,7%); рубцевої деформації шийки матки після її діатермоелектрокоагуляції з приводу CIN II-III ступенів - 1 (0,9%); припустимої ваги плода > 3700 г - 6 (5,9%); передчасного розриву плодових оболонок при незрілій шийці матки - 6 (5,9%); слабкості пологової діяльності, що не піддавалася медичній корекції - 3 (2,9%) та інтранатального дистресу плода - 2 (1,9%). Втім, в КГ більшість випадків передчасних пологів 32 (21,3%) завершилися здебільшого консервативним розродженням через природні родові шляхи - 27 (84,4%) ($p < 0,05$). Дострокове оперативне розродження 5 (11,4%) в зазначеній групі виконувалося у випадках: прееклампсії важкого ступеню - 1 (20%); передчасного відшарування нормально розташованої плаценти - 1 (20%); передлежання плаценти - 1 (20%) та антенатального дистресу плода - 2 (40%). Доношена вагітність в зазначеній групі завершувалася оперативним розродженням у випадках: екстрагенітальної патології - 3 (6,8%); вродженої аномалії репродуктивної системи (повне подвоєння матки та шийки матки) - 1 (2,3%); відмови пацієнтки від консервативних пологів із рубцем на матці після попереднього кесаревого розтину - 13 (25%); рубця на матці після попереднього кесаревого розтину або консервативної міомектомії - 7 (15,9%); прееклампсії важкого ступеню - 2 (4,5%); слабкості пологової діяльності, що не піддавалася медичній корекції - 4 (9%); цефало-пельвичної дистопії - 4 (9%); антенатального дистреса плода - 5 (6,8%).

В обох групах народилося по 150 малюків. Середня маса новонароджених в ОГ становила 3070 ± 232 г, в КГ - 3530 ± 317 г ($p < 0,05$). При цьому, народження крупного плода в ОГ спостерігалось лише у 4 (2,7%) пацієнток, тоді як в контролі народження крупних дітей реєструвалося частіше - 21 (14%) випадок ($p < 0,05$). Середня клінічна оцінка стану новонароджених за шкалою Апгар на 1-й (ОГ - $7 \pm 0,7$; КГ - $7,1 \pm 0,2$ бала) та 5-й (ОГ - $8,1 \pm 1,1$; КГ - $8,2 \pm 0,8$ бала) хвилинах життя свідчила про відсутність достовірної її різниці у групах спостереження ($p > 0,05$). Така відсутність статистичної відмінності зазначеного показника пояснювалася, перш за все, збільшенням випадків оперативного розродження при доношеній вагітності в ОГ на відміну від КГ та превалюванням в КГ над ОГ передчасних пологів.

Таким чином, проведений у роботі ретроспективний аналіз репродуктивних даних свідчить про їх вагогий вплив на порушення репродуктивного здоров'я

пацієнток із пологами у ТПП та про необхідність врахування їх особливостей у питаннях планування та здійснення жінками своїх репродуктивних намірів.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Представлені дані свідчать про статистично менш сприятливий гінекологічний анамнез жінок із пологами в тазовому передлежанні плода, який полягав у: порушеннях менструальної функції (ОГ - 27 (18%), проти КГ - 6 (4%) ($p < 0,05$)); вроджених аномаліях репродуктивної системи (ОГ - 33 (22%), проти КГ - 9 (6%) ($p < 0,05$)); наявності складних варіантів міоми матки (ОГ - 13 (50%), проти КГ - 2 (6,4%) ($p < 0,05$)) та попередніх оперативних втручаннях на органах малого таза з приводу різної гінекологічної патології (ОГ - 54 (36%), проти КГ - 19 (12,7%) ($p < 0,05$)).

2. Серед жінок із пологами в тазовому передлежанні плода частіше визначаються несприятливі наслідки попередніх вагітностей, які полягають у: самовільних викиднях (ОГ - 19 (12,7%), проти КГ - 3 (2%) ($p < 0,05$)); завмерлій вагітності (ОГ - 26 (17,3%), проти КГ - 6 (4%) ($p < 0,05$)); звичному невиношуванню (ОГ - 17 (11,3%), проти КГ - 4 (2,7%) ($p < 0,05$)) та перериванні вагітності до 12 тиж. гестації за власним бажанням (ОГ - 71 (47,3%), проти КГ - 33 (22%) ($p < 0,05$)).

3. Аналіз структури пологів показав, що кількість випадків срочних пологів в ОГ була більшою 137 (91,3%), ніж у групі контролю - 118 (78,7%) ($p < 0,05$). Частота оперативного розродження 102 (68%) в ОГ також превалювала над відповідною у жінок із пологами в головному передлежанні плода - 44 (29,3%) ($p < 0,05$). При цьому, дострокове оперативне розродження в КГ мало місце лише у 5 (11,4%) досліджуваних, тоді як в ОГ всі передчасні пологи завершилися виключно операцією кесаревого розтину - 13 (100%) ($p < 0,05$).

4. Превалювання випадків оперативного розродження у групі пацієнток із пологами в тазовому передлежанні плода (ОГ - 102 (68%), проти КГ - 44 (29,3%) ($p < 0,05$)) та менша кількість в зазначеній групі випадків передчасних пологів (ОГ - 13 (8,7%), проти КГ - 32 (21,3%) ($p < 0,05$)) обумовлювали відсутність статистичної різниці середньої клінічної оцінки новонароджених за шкалою Апгар на 1-й (ОГ - $7 \pm 0,7$; КГ - $7,1 \pm 0,2$ бала) та 5-й (ОГ - $8,1 \pm 1,1$; КГ - $8,2 \pm 0,8$ бала) хвилинах життя в групах дослідження ($p > 0,05$).

Перспективність досліджень у зазначеному напрямку полягає у можливості індивідуально прогнозувати та ефективно попереджати численні порушення репродуктивного здоров'я сучасних жінок, забезпечуючи тим самим своєчасну й високо успішну реалізацію їх репродуктивних намірів.

Список посилань

1. Корчинська О. О., Гульпе, К. Ю. & Волошина, У. В. (2014). Акушерські та перинатальні аспекти тазового передле-

жання плода: добре відомі факти і нові підходи до проблеми. *Здоров'я жінки*, 4, 46-49.

2. Луценко, Н. С. & Соколовская, И. С. (2012). Современные аспекты вопроса ведения беременности и родов при тазовом предлежании плода (литературный обзор). *Таврический медико-биологический вестник*, 15 (2 Ch 2), 261-263.
 3. Умаров, З. М. (2010). Факторы риска развития тазового предлежания плода. *Здоровье и образование в XXI веке*, 3, 336.
 4. Burgos, J., Rodríguez, L., Cobos, P., Osuna, C., Del Mar Centeno, M., Larrieta, R., Martínez-Astorquiza, T. & Fernández-Llebrez, L. (2015). Management of breech presentation at term: a retrospective cohort study of 10 years of experience. *J. Perinatol.*, 35 (10), 803-808. doi: 10.1038/jp.2015.75.
 5. Zsirai, L., Csiklány, G. M., Vargha, P., Fülöp, V. & Tabák, I. G. (2016). Breech presentation: its predictors and consequences. An analysis of the Hungarian Tauffer Obstetric Database (1996-2011). *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 95 (3), 347-354. doi: 10.1111/aogs.12834.
- References**
1. Korchynska O. O., Hulpe, K. Yu. & Voloshyna, U. V. (2014). Akusherski ta perynatalni aspekty tazovoho peredlezhannia ploda: dobre vidomi fakty i novi pidkhody do problemy [Obstetric and perinatal aspects of pelvic presentation: well known facts and new approaches to the problem]. *Zdorove zhshyny - Woman's Health*, 4, 46-49.
 2. Lucenko, N. S. & Sokolovskaya, I. S. (2012). Sovremennye aspekty voprosa vedeniya beremennosti i rodov pri tazovom predlezhanii ploda (literaturnyj obzor). [Modern aspects of question of pregnancy and births management in case of pelvic presentation (literary review)]. *Tavrisheskij mediko-biologicheskij vestnik - Tavria medical and biological announcer*, 15 (2 Ch 2), 261-263.
 3. Umarov, Z. M. (2010). Faktory riska razvitiya tazovogo predlezhaniya ploda. [Factors of risk of development of pelvic presentation]. *Zdorove i obrazovanie v XXI veke - Health and education in XXI century*, 3, 336.
 4. Burgos, J., Rodríguez, L., Cobos, P., Osuna, C., Del Mar Centeno, M., Larrieta, R., Martínez-Astorquiza, T. & Fernández-Llebrez, L. (2015). Management of breech presentation at term: a retrospective cohort study of 10 years of experience. *J. Perinatol.*, 35 (10), 803-808. doi: 10.1038/jp.2015.75.
 5. Zsirai, L., Csiklány, G. M., Vargha, P., Fülöp, V. & Tabák, I. G. (2016). Breech presentation: its predictors and consequences. An analysis of the Hungarian Tauffer Obstetric Database (1996-2011). *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 95 (3), 347-354. doi: 10.1111/aogs.12834.

Каланжова О.М., Галич С.Р.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕПРОДУКТИВНОГО АНАМНЕЗА ЖЕНЩИН С РОДАМИ В ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА

Аннотация. На современном этапе изучение особенностей репродуктивного анамнеза пациенток, которые планируют беременность, считается перспективным направлением в успешной реализации их репродуктивных намерений. Цель - провести аналитическую ретроспективную оценку данных репродуктивного анамнеза пациенток с родами в тазовом предлежании плода. На базе Одесского областного перинатального центра проведен ретроспективный анализ медицинской документации 300 перво- и повторнородящих женщин с беременностью одним плодом в тазовом предлежании: I - основная группа (ОГ) (n=150), женщины, которые родили в тазовом предлежании; II - контрольная группа (КГ) (n=150), женщины, которые родили в головном предлежании. Статистическая обработка результатов исследования проведена с помощью пакетов программы Statistica for Windows (версия 6.1) методами параметрической и непараметрической статистики. Выявлен менее благоприятный гинекологический анамнез женщин ОГ и преобладание в ОГ повторнородящих - 96 (64%), в КГ - 67 (44,6%) случаев (p<0,05). Срочные роды преобладали в ОГ - 137 (91,3%), в КГ - 118 (78,7%) (p<0,05). Оперативное родоразрешение в ОГ - 102 (68%), в КГ - 44 (29,3%) (p<0,05). Досрочное оперативное родоразрешение в КГ - у 5 (11,4%) исследуемых, в ОГ - у 13 (100%) (p<0,05). Таким образом выяснено преобладание случаев оперативного родоразрешения в ОГ наряду с меньшим количеством преждевременных родов.

Ключевые слова: репродуктивный анамнез, роды, тазовое предлежание.

Kalanzhova O.M., Galych S.R.

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF REPRODUCTIVE ANAMNESIS OF WOMEN WITH BIRTH IN THE BREECH PRESENTATION

Annotation. At present, the study of the peculiarities of the reproductive history of patients planning pregnancy is considered to be a promising area for the effective ensuring the timely and highly successful implementation of their reproductive intentions. Goal - to conduct an analytical retrospective assessment of the reproductive history of patients with childbirth in the pelvic presentation. A retrospective analysis of medical records has been conducted on the basis of the Odessa Regional Perinatal Center, medical records of 300 primipara and secundipara with pregnancy with one fetus in the breech presentation have been studied: I - the main group (MG) (n=150), women who gave birth in the pelvic presentation; II - control group (CG) (n=150), women who gave birth in the cephalic presentation. Statistical processing of the results of the study was carried out using the statistical packages of the program Statistica for Windows (version 6.1) by the means of parametric and nonparametric statistics. The study of submitted medical documents showed a statistically less favorable gynecological history of women from MG: while the majority of women with MG were multipara - 96 (64%), in CG, the number of patients was lower - 67 (44.6%) cases (p<0.05). The number of cases of urgent labor in the MG - 137 (91.3%) was greater than in the control group - 118 (78.7%) (p<0.05). The frequency of operative birth in MG was 102 (68%) cases compared to 44 (29.3%) (p<0.05) in CG. The operative birth in CG occurred only in 5 (11.4%) cases, whereas in MG there were 13 cases (100%) (p<0.05). Therefore, the prevalence of cases of operative delivery and less amount of cases of preterm births have been indicated in MG.

Keywords: reproductive history, childbirth, breech presentation.