

УДК: 618.532.6-06:618.17-03

КАЛАНЖОВА О.М., ГАЛИЧ С.Р.

Одеський національний медичний університет,
кафедра акушерства та гінекології №1, м.Одеса

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЖІНОК ІЗ ПОЛОГАМИ В ТАЗОВОМУ ПЕРЕДЛЕЖАННІ ПЛОДА

Неодноразовий перегляд світової акушерської тактики щодо вагітності та пологів при тазовому передлежанні плода (ТПП), що суттєво не впливає на покращення перинатальних наслідків, привертає увагу сучасних науковців до таких попереджувальних аспектів, як становлення та збереження репродуктивного здоров'я жінок. Мета дослідження - вивчити стан репродуктивного здоров'я жінок із пологами в тазовому передлежанні плода. Матеріал і методи дослідження. Проведено проспективне обстеження 140 першо- та повторнонароджуючих жінок із вагітністю одним плодом у тазовому передлежанні (неповне та повне), пологи відбувалися на базі Одеського обласного перинатального центру. Пацієнтки розподілені на 2 групи: I – основна група (ОГ) (n=70), жінки які народжували в тазовому передлежанні; II – контрольна група (КГ) (n=70), жінки які народжували в головному передлежанні. Результати дослідження та їх обговорення. Наведені дані демонструють, що у пацієнток ОГ частіше був ускладнений гінекологічний анамнез: пізні менархе - 24 (34,2%), анормальні маткові кровотечі - 20 (28,6%), вроджені аномалії репродуктивної системи - 13 (18,6%), безпліддя - 14 (20%). Випадки несприятливих наслідків попередніх вагітностей також преважували в ОГ: самовільний викидень - 9 (12,8%), замерла вагітність - 14 (20%) та звичне невиношування - 13 (18,6%). У жінок із ТПП рідше реєструвалося самостійне настання вагітності - 58 (82,8%). А оперативне розродження було достовірно частішим - 49 (70%). Висновки. Лікування безпліддя із використанням допоміжних репродуктивних технологій потребувало більше однієї спроби у 10 (83,3%) з 12 (17,1%) жінок ОГ. Також в зазначеній групі частіше траплялися передчасні пологи - 10 (14,3%), які в 100% випадків завершувалися оперативним розродженням, чим зумовлювали вищий показник оперативного розродження в ОГ.

Ключові слова: репродуктивне здоров'я жінок, вагітність, пологи, тазове передлежання плода

Зниження перинатальної захворюваності та смертності на сучасному етапі є однією з актуальних проблем світової акушерської практики. Встановлено, що впродовж багатьох років відносно невелика та стабільна частота випадків вагітностей з тазовим передлежанням плода (ТПП) у популяції (3-5%) супроводжується численними перинатальними ускладненнями, що становлять і всіх світових перинатальних втрат [1, 6]. Аналіз вітчизняних та зарубіжних наукових даних свідчить про неодноразові спроби перегляду світової акушерської тактики щодо вагітності та пологів при ТПП [3, 5]. Визначено, що клінічні підходи в зазначеному питанні завжди вимагають концентрації практикуючих лікарів акушерів-гінекологів на проблемі, що вже виникла, існує та потребує негайного вирішення згідно діючих стандартів та протоколів [4, 8]. При цьому, дослідниками приділяється набагато менше уваги таким важливим попереджувальним аспектам як становлення та збереження репродуктивного

здоров'я майбутніх матерів [2, 7, 9, 10]. Зазначене пояснює науковий інтерес до ретельного вивчення та аналізу саме репродуктивного здоров'я пацієнток, які народжують малюків у тазовому передлежанні.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Вивчити стан репродуктивного здоров'я жінок із пологами в тазовому передлежанні плода.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведено проспективне обстеження 140 першо- та повторнонароджуючих жінок із вагітністю одним плодом у тазовому передлежанні (неповне та повне), чий пологи відбувалися на базі Одеського обласного перинатального центру протягом 2016-2018 рр.. Пацієнтки були розподілені на 2 групи: I – основна група (ОГ) (n=70),

жінки які народжували в тазовому передлежанні; II – контрольна група (КГ) (n=70), жінки які народжували в головному передлежанні. Статистична обробка результатів дослідження проведена за допомогою пакетів програми Statistica for Windows (версія 6.1).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз отриманих даних показав, що середній вік жінок в ОГ становив $32,7 \pm 4,4$ років, в той час як в КГ він був статистично нижчим - $27,6 \pm 3,8$ років ($p < 0,05$). Зареєстрований шлюб мали менше половини жінок ОГ - 29 (41,4%), а його поширеність в КГ була достовірно більшою - 62 (88,6%) ($p < 0,05$). У соціальному статусі в ОГ превалювали домогосподині - 47 (67,1%), тоді як серед жінок КГ відсутність зайнятості на постійній роботі була рідким явищем - 9 випадок (12,8%) ($p < 0,05$).

Вивчення соматичного анамнезу показало, що частота наявності екстрагенітальної патології у пацієток обох груп статистично не відрізнялась та становила: в ОГ - 33 (47,1%), в КГ - 30 (43%) ($p > 0,05$).

Визначення особливостей менструальної функції вказує на притаманність пізнього, у віці 15-16 років, менархе: ОГ - 24 (34,2%), КГ - 1 (1,4%); аномальних маткових кровотеч: ОГ - 20 (28,6%), КГ - 2 (2,8%) та дисменореї: ОГ - 38 (54,2%), КГ - 12 (17,1%) здебільшого для пацієток із пологами в ТПП ($p < 0,05$).

Випадки вроджених аномалій розвитку репродуктивної системи достовірно частіше реєструвалися серед кандидаток ОГ - 13 (18,6%) й були представлені: сідлоподібною маткою 7 (10,1%), повною перетинкою порожнини матки - 5 (7,1%) та дворогою маткою - 1 (1,4%). В КГ зазначений показник мав менше значення - 4 випадки (5,7%), з яких: 1 (1,4%) був представлений повним подвоєнням матки та шийки матки, а 3 (4,3%) - неповною перетинкою у порожнині матки, з яких у 2 пацієток до настання вагітності вона була видалена хірургічним шляхом ($p < 0,05$).

Міома матки реєструвалася як в ОГ - 14 (20%), так й в КГ - 17 (24,2%) ($p > 0,05$). Однак слід звернути увагу на те, що у пацієток ОГ зазначений діагноз характеризувався або множинною міомою матки - 9 (12,8%), або поодинокими, але великими інтрамуральними та субмукозними вузлами із центрипільним їх ростом - 5 (7,2%).

Окрім зазначеного, субсерозні та інтрамуральні міоматозні вузли у жінок ОГ улюбленою своєю локалізацією в більшості випадків обирали саме нижній сегмент матки - 11 (15,7%). При цьому, серед кандидаток КГ для міоми матки були здебільшого притаманні субсерозні або інтрамуральні невеликі поодинокі вузли, що не деформували порожнину матки та не перешкождали правильному розташуванню та головному передлежанню плода в матці. Так, локалізація міоматозних вузлів у нижньому матковому сегменті реєструвалися лише у 1 (1,4%) пацієтки групи контролю ($p < 0,05$).

Оперативне втручання на органах малого таза з приводу гінекологічної патології до теперішньої вагітності мало місце у 34 (48,6%) пацієток ОГ та 13 (18,6%) 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 реконструктивного втручання на матці й яєчниках з метою лікування безпліддя. Структура гінекологічно-оперативного лікування в анамнезі серед кандидаток КГ 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 підлітково-му віці пацієтки.

Визначення особливостей репродуктивного анамнезу пацієток обох груп дослідження показало їх відміну й за паритетом. Так, більшість жінок ОГ були повторнонароджуючими - 44 (62,8%). В КГ кількість пацієток із повторними пологами була статистично нижчою та становила 31 (44,3%) випадків ($p < 0,05$). При цьому, кількість першовагітних кандидаток в обох групах статистичної різниці не мала: ОГ - 11 (15,7%), КГ - 13 (18,6%), не зважаючи на превалювання першонароджуючих в КГ ($p > 0,05$). Проблема безпліддя торкалася переважно жінок ОГ - 14 (20%) випадків, більшість з яких мали первинний характер - 9 (12,9%). Щодо КГ, то зазначене порушення серед її кандидаток зустрічалося в два рази менше - 7 (10%) випадків, та здебільшого мова йшла про вторинне безпліддя - 5 (7,1%).

Акушерсько-гінекологічний анамнез кандидаток ОГ характеризувався достатньо високими показниками несприятливих наслідків попередніх вагітностей: самовільний викидень - 9 (12,8%), завмерла вагітність - 14 (20%), по-

заматкова вагітність - 0 (0%) та звичне невиношування - 13 (18,6%). В той час як в КГ зазначені ускладнення реєструвалися із достовірно меншою частотою: самовільний викидень КГ - 3 (4,3%); замерла вагітність КГ - 3 (4,3%); позаматкова вагітність КГ - 2 (2,9%) та звичне невиношування КГ - 4 (5,7%) ($p < 0,05$). Окрім цього, майже половина жінок ОГ вказували на одну та більше перерваних вагітностей до 12 тиж гестації за власним бажанням - 33 (47,1%), тоді як в КГ зазначена практика мала меншу поширеність та становила 19 (27,1%) випадків ($p < 0,05$). Щодо несприятливих наслідків попередніх вагітностей для плода, то вони відмічалися у 6 (8,6%) жінок ОГ та 5 (7,1%) пацієнток КГ ($p > 0,05$).

Самостійне настання вагітності, що завершилася пологами протягом 2016-2018рр, в ОГ реєструвалося у 58 (82,8%) кандидаток, тоді як в КГ зазначений показник виглядав краще - 68 (97,1%) випадки ($p < 0,05$). Подолання безпліддя за допомогою репродуктивних технологій відбулося у 12 (17,1%) пацієнток ОГ, 10 (83,3%) з яких перенесли більше однієї спроби завагітніти. У інших кандидаток ОГ із безпліддям - 2 (2,9%) 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 2 (2,9%) 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 - 5 (7,1%).

Вивчення структури пологів за період 2016-2018рр серед досліджуваних кандидаток показало, що в ОГ вагітність завершилася пологами у термін у 60 (85,7%) пацієнток, тоді як в контролі зазначений показник був вищим та становив 66 (94,3%) випадків ($p < 0,05$). Жінки ОГ достовірно частіше були розроджені оперативним шляхом - 49 (70%), тоді як в КГ випадки операції кесаревого розтину реєструвалися рідше - 23 (32,8%) ($p < 0,05$). Пацієнтки ОГ в усіх випадках передчасних пологів (28-34 тижн. гестації) були розроджені оперативно - 10 (100%). У випадках доношеної вагітності операція кесаревого розтину в зазначеній групі виконувалася з приводу: екстрагенітальної патології вагітної - 2 (2,8%); наполегливого бажання жінки та попередньої її відмови від спроби проведення зовнішнього по-

вороту плода на голівку - 12 (17,1%); наявності рубця на матці після кесаревого розтину в анамнезі - 8 (11,4%); наявності рубця на матці після консервативної міомектомії - 2 (2,8%); передлежання або низького розташування плаценти - 4 (5,7%); різних варіантів міоми матки, що суттєво заважали консервативним пологам - 3 (4,3%); рубцевої деформації шийки матки після її діатермоелектрокоагуляції з приводу CIN II-III ступенів - 1 (1,4%); припустимої ваги плода > 3700 г - 5 (7,1%); слабкості пологової діяльності, що не піддавалася медичній корекції - 1 (1,4%) та інтранатального дистресу плода - 1 (1,4%). Втім, в КГ більшість випадків передчасних пологів 4 (5,7%) завершилися консервативним розродженням через природні пологові шляхи - 3 (75%) ($p < 0,05$). Дострокове оперативне розродження 1 (1,4%) в зазначеній групі було виконане у зв'язку з передлежанням плаценти. Доношена вагітність в зазначеній групі завершилася оперативним розродженням у випадках: екстрагенітальної патології - 5 (7,1%); вродженої аномалії репродуктивної системи (повне подвоєння матки та шийки матки) - 1 (1,4%); відмови пацієнтки від консервативних пологів із рубцем на матці після попереднього кесаревого розтину - 6 (8,6%); рубця на матці після попереднього кесаревого розтину або консервативної міомектомії - 2 (2,8%); преєклампсії важкого ступеню - 2 (2,8%); слабкості пологової діяльності, що не піддавалася медичній корекції - 1 (1,4%); цефало-пельвичної дисточії - 2 (2,8%); анте- та інтранатального дистреса плода - 3 (4,3%).

В обох групах народилося по 70 малюків. Середня маса новонароджених в ОГ становила 3385 ± 207 г, в КГ - 3660 ± 321 г ($p < 0,05$). При цьому, народження крупного плода в ОГ спостерігалося лише у 5 (7,1%) пацієнток, тоді як в контролі народження крупних дітей реєструвалося частіше - 16 (22,9%) випадків ($p < 0,05$). Середня клінічна оцінка стану новонароджених за шкалою Апгар на 1-й (ОГ - $7,6 \pm 0,2$; КГ - $7,9 \pm 0,1$ бала) та 5-й (ОГ - $8,5 \pm 1,2$; КГ - $8,4 \pm 0,8$ бала) хвилини життя свідчила про відсутність достовірної її різниці у групах спостереження ($p > 0,05$).

Отже, представлені дані свідчать про необхідність та обґрунтованість врахування стану репродуктивного здоров'я жінок під час плануванні вагітності та пологів.

ВИСНОВКИ

Вивчення гінекологічного анамнезу пацієнток досліджуваних груп свідчить про достовірно

частіше порушення з боку репродуктивної системи у жінок із пологами в тазовому передлежанні плода (менструальна дисфункція, вроджені аномалії репродуктивної системи, складні варіанти міоми матки, попередні оперативні втручання на органах малого таза з приводу різної гінекологічної патології), які, в свою чергу, можуть виступати підґрунтям виникнення ускладненої вагітності.

Наведені вище дані демонструють достовірною гірші показники наслідків попередніх вагітностей (самовільні викидні, завмерла вагітність, звичне невиношування, переривання вагітності до 12 тиж гестації за бажанням пацієнтки) серед жінок, які народжують в тазовому передлежанні плода.

Пацієнтки із пологами в тазовому передлежанні плода в два рази частіше страждають на безпліддя, що, здебільшого, має первинний характер та не піддається гормональній корекції. А його ефективне лікування із використання допоміжних репродуктивних технологій майже завжди потребує більше однієї спроби.

Випадки передчасних пологів превалюють серед жінок, які народжують у тазовому передлежанні, що, в свою чергу, зумовлює вищий показник оперативного розродження в зазначеній групі та забезпечує відсутність статистичної різниці середньої клінічної оцінки новонароджених за шкалою Апгар на 1-й та 5-й хвилині життя в групах дослідження.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1088 с. – (Серия «Национальные руководства»).
2. Асранкулова Д. Б. Особенности анамнеза беременных женщин с репродуктивными потерями [Электронный ресурс] / Д. Б. Асранкулова, Н. М. Ахмедова, Н. В. Бобоходжаева // Молодой ученый. – 2016. – № 5. – С. 203–205. – Режим доступа : <https://moluch.ru/archive/109/26369/>
3. Влияние течения беременности и родов на состояние здоровья новорожденного ребенка / Е. В. Подсвинова, Т. А. Романова, М. М. Гурова [и др.] // Научные ведомости. – 2014. – Т. 24, № 185. – Р. 81–84.
4. Тазовое предлежание: перинатальные аспекты / Ю. В. Давыдова, И. В. Чибисова, Т. Ю. Бабич, Л. И. Падалко // Жіночий лікар. – 2013. – № 4. – С. 27–30.

5. Turner M. J. Vaginal breech delivery at term: the doctors' dilemma / M. J. Turner, P. J. Maguire // Irish Medical Journal. – 2015. – Vol. 108, N 3. – P. 69.
6. Learning From Experience: Qualitative Analysis to Develop a Cognitive Task List for Vaginal Breech Deliveries / M. B. Sexter, A. N. Simpson, D. Gurau [et al.] // Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. – 2015. – Vol. 37. – P. 966–974.
7. Contraceptive counseling and postpartum contraceptive use / L. B. Zapata, S. Murtaza, M. K. Whiteman [et al.] // Am J Obstet Gynecol. – 2015. – Vol. 212, N 171. – P. e1–e8.
8. Alfirevic Z. Caesarean section versus vaginal delivery for preterm birth in singletons / Z. Alfirevic, S. J. Milan, S. Livio // Cochrane Database Syst Rev. – 2013. – Vol. 9. – CD000078.
9. Number of abortions performed. Rates per 1,000 women aged 15 to 44 years. National Total [Electronic resource] // World Health Organization. – 2016. – Access mode : http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm.
10. Action Plan for Sexual and Reproductive Health. Towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind [Electronic resource] // World Health Organization. – 2016. – Access mode http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/322275/Action-plansexual-reproductive-health.pdf?ua=1.

РЕЗЮМЕ

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С РОДАМИ В

ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА

КАЛАНЖОВА О.М., ГАЛИЧ С.Р.

Неоднократный пересмотр мировой акушерской тактики относительно беременности и родов при тазовом предлежании плода (ТПП), что существенно не влияет на улучшение перинатальных показателей, обращает внимание современных ученых к таким предупредительным аспектам, как становление и сохранение репродуктивного здоровья женщин. **Цель исследования** - изучить состояние репродуктивного здоровья женщин с родами в тазовом предлежании плода. **Материал и методы исследования.** Проведен проспективное обследование 140 перво- и повторнорожающих женщин с беременностью одним плодом в

тазовом предлежании (неполное и полное), роды проходили на базе Одесского областного перинатального центра. Пациентки разделены на 2 группы: I – основная группа (ОГ) (n=70), женщины которые рожали в тазовом предлежании; II – контрольная группа (КГ) (n=70), женщины которые рожали в головном предлежании. **Результаты исследования и их обсуждение.** Приведенные данные демонстрируют, что у пациенток ОГ гинекологический анамнез осложнен чаще: позднее менархе - 24 (34,2%), аномальные маточные кровотечения - 20 (28,6%), врожденные аномалии репродуктивной системы - 13 (18,6%), бесплодие - 14 (20%). Случаи неблагоприятных исходов предыдущих беременностей также преобладают в ОГ: самопроизвольный выкидыш - 9 (12,8%), замершая беременность - 14 (20%) и привычное невынашивание - 13 (18,6%). У женщин с ТПП реже регистрируется самостоятельное наступление беременности - 58 (82,8%). А оперативное родоразрешение было достоверно более частым - 49 (70%). **Выводы.** Лечение бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий требовало более одной попытки у 10 (83,3%) из 12 (17,1%) женщин ОГ. Также в указанной группе чаще случались преждевременные роды - 10 (14,3%), которые в 100% случаев заканчивались оперативным родоразрешением, чем обуславливали высокий показатель оперативного родоразрешения в ОГ.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье женщин, беременность, роды, тазовое предлежание плода

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF WOMEN WITH BREECH BIRTHS

KALANZHVA O.M., GALYCH S.R.

The repeated revision of the world obstetric techniques regarding pregnancy with breech

presentation and breech births, which does not significantly affect the improvement of perinatal indexes, draws the attention of modern scientists to such prevention aspects as formation and preservation of women's reproductive health. **The aim of the research** is to study the state of reproductive health of women with breech deliveries. **Materials and methods of the research.** A prospective analysis has been conducted which covered 140 primigravidae, primiparae and multiparae having pregnancies with breech presentation (partial and full); the births took place in Odessa regional perinatal centre. The patients were divided into 2 groups: I – the main one (MG) (n=70), women who gave birth with breech presentation; II – control group (CG) (n=70), women who gave birth with cephalic presentation. **The results of the research and further discussion.** The provided data demonstrates that patients from MG have more frequent gynecological anamnesis complications: late menarche – 24 (34.2%), abnormal uterus bleeding – 20 (28.6%), congenital anomalies of their reproductive system – 13 (18.6%), infertility – 14 (20%). The cases of adverse outcomes of previous pregnancies also prevail in MG: spontaneous abortion – 9 (12.8%), missed miscarriage – 14 (20%) and habitual noncarrying of pregnancy – 13 (18.6%). Women with breech presentation were less likely to have natural pregnancies – 58 (82.8%) while surgical deliveries were more frequent – 49 (70%). **Conclusions.** Infertility treatment using assisted reproductive technologies required more than one attempt for 10 (83.3%) out of 12 (17.1%) women from MG. Premature births also occurred more frequently in this group – 10 (14.3%). In 100% of cases they resulted in surgical deliveries leading to high index of surgical deliveries in MG.

Key words: reproductive health of women, pregnancy, delivery, breech presentation