

**International Science Group**

**ISG-KONF.COM**

**ABOUT THE PROBLEMS OF  
SCIENCE AND PRACTICE,  
TASKS AND WAYS TO  
SOLVE THEM**

**VI**

**SCIENTIFIC AND PRACTICAL  
CONFERENCE**

**26-30 October**

**Milan, Italy**

**DOI 10.46299/ISG.2020.II.VI**

**ISBN 978-1-63649-928-4**

ABOUT THE PROBLEMS OF SCIENCE AND PRACTICE, TASKS AND WAYS TO SOLVE THEM

51.	Beniuk V., Puchko M., Oleshko V. LIFE QUALITY ESTIMATION IN WOMEN WITH STRESS URINARY INCONTIENCE IN THE DYNAMICS OF TREATMENT	210
52.	Drupp Y., Kurochka V., Huk N. EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT ON THE APPENDAGES OF THE UTERUS IN PREGNANT WOMEN IN THE SECOND TRIMESTER	215
53.	Drupp Y., Kovaliuk T., Oleshko V. SPECIAL ASPECTS OF TREATMENT OF ADOLESCENT GIRLS WITH PRIMARY ALGODYSMENORRHEA	218
54.	Dubchak A., Shevchuk O., Dubchak V USE OF HYSTEROSCOPY AND HYSTERORESECTOSCOPY TO ASSESS ENDOMETRIAL CONDITION IN REPRODUCTIVE AGE WOMEN WITH ADENOMYOSIS AND LEYOMYOMA	221
55.	Oleshko V.F., Drupp Y.G., Stasiuk V.M. FEATURES OF THE VAGINAL BIOTOPE IN PREGNANT WOMEN WITH MISCARRIAGE	225
56.	Voloshko V., Boliukh V ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ	229
57.	Бублій Ю.С., Андріяка А.О., Видиборець С.В. ЕВОЛЮЦІЯ УЯВЛЕНЬ ПРО ГІСТАМІН І СЕРОТОНІН ЩОДО ЇХ РОЛІ ЯК МЕДІАТОРІВ	235
58.	Попович М.Ю. СТРУКТУРА, ФУНКЦІЇ І БІОЛОГІЧНА РОЛЬ ТРАНСФЕРИНУ	240
59.	Чеботарьова А.С., Гичка Н.М. АНТЕНАТАЛЬНА ЗАГИБЕЛЬ ПЛОДА В АНАМНЕЗІ – ШЛЯХИ ПЛАНУВАННЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НАСТУПНОЇ ВАГІТНОСТІ	244
60.	Антонова-Рафі Ю., Худецький І., Півненко Б. ПОБУДОВА ІНДИВІДУАЛЬНИХ ПРОГРАМ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ПОРУШЕННЯХ ПОСТАВИ У ЛЮДЕЙ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ	249
PEDAGOGICAL SCIENCES		

## АНТЕНАТАЛЬНА ЗАГИБЕЛЬ ПЛОДА В АНАМНЕЗІ – ШЛЯХИ ПЛАНУВАННЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НАСТУПНОЇ ВАГІТНОСТІ

**Чеботарьова Антоніна Сергіївна**

Асистент кафедри акушерства і гінекології № 3  
Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

**Гичка Назарій Михайлович**

к. мед. н, доцент кафедри акушерства і гінекології №3  
Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

**Вступ.** Втрата вагітності в II та III триместрах за своєю соціальною та медичною значимістю відноситься до найбільш актуальних проблем сучасного акушерства. В структурі перинатальної смертності основну частку складає антенатальна загибель плода (АЗП) – 78%, що має негативний наслідок як для жінки, так і для медичного персоналу [1]. Основними труднощами, пов'язаними із вивченням даної проблеми, це поліетіологічність виникнення проблем. Дана патологія обусловлена хромосомними аномаліями, генними мутаціями, Більше того, у половини вагітних з антенатальною загибеллю плода (АЗП) має місце поєднання причин та факторів ризику виникнення АЗП. Ситуація з рівнем та динамікою виникнення АЗП у світі є доволі неоднозначною. У цілому в світі щороку трапляється 3,2 млн. випадків мертвородження, переважна більшість яких припадає на менш розвинуті країни. Поширеність антенатальної загибелі плода становить близько 1% від усіх пологів у більш розвинутих країнах світу і може перевищувати 3% – у менш розвинених регіонах [2]. Під час вагітності жіночий організм перебудовується соматично, змінюється гормональний фон, виникає ряд якісно нових емоцій і психологічних проблем. Адекватність соматичної, гормональної, психоемоційної адаптації визначає, чи буде дана вагітність фізіологічною, чи матиме підґрунтя для виникнення ускладнень під час наступних вагітностей [3,4].

Пошук раціональних підходів до ведення вагітних с АЗП в анамнезі, виявлення факторів ризику повторних репродуктивних втрат та вибір оптимального терміну та методів розродження являються одними актуальних питань сучасного акушерства.

**Метою** нашого дослідження являлось розробити прогностичні критерії повторних несприятливих наслідків під час вагітності та пологів у жінок з АЗП в анамнезі, що дозволить оптимізувати тактику ведення вагітних для зниження перинатальної захворюваності та смертності.

**Матеріали та методи.** Ретроспективно нами проведено вивчення перебігу вагітності та пологів 83 жінок за період 2015 – 2019 роки на базі КНП «КМПБ №3». До I основної групи входили вагітні з АЗП в анамнезі, що пройшли прегравідарне обстеження та підготовку до даної вагітності (n=23), 12 вагітних з

ABOUT THE PROBLEMS OF SCIENCE AND PRACTICE, TASKS AND WAYS TO SOLVE THEM

АЗП в анамнезі, але без прегравідарної підготовки( II основна група). Групу порівняння складала 28 жінок, в яких дана вагітність закінчилась внутрішньоутробною смертю плода. Контрольну групу складала вагітна з фізіологічним перебігом вагітності та народженням здорових дітей (n=30). Обидві групи були співставлені за віком, наявністю ускладнень під час вагітності та екстрагенітальної патології.

Прегравідарне обстеження включало в себе: обстеження на інфекції, що передаються статевим шляхом, оцінка системи гемостазу, вивчення наявності генітальної та екстрагенітальної патології, УЗД органів малого тазу, оцінку психоемоційного стану нервової системи.

Прегравідарна підготовка передбачала: санація вогнищ хронічної інфекції, лікування супутніх екстрагенітальних захворювань, за необхідності - корекція змін в системі гемостазу, обов'язковий прийом фолієвої кислоти та вітаміну D.

Гравідарне обстеження складалось з постійного моніторингу наявності загострень хронічних інфекційних вогнищ, рутинної оцінки системи гемостазу, визначення основних груп високого ризику розвитку АЗП та оцінки внутрішньоутробного стану плода.

**Результати обстеження та їх обговорення:**

За віком вагітні жінки з АЗП розподілились наступним чином: найбільше число випадків АЗП припало на вікову групу 21 – 30 років. Якщо порівнювати у співвідношенні щодо контрольної групи, то в 2 рази більше припадає на вікову групу 31 – 35 років. Звертає на себе увагу, що зі збільшенням віку вагітних, підвищується кількість виникнення АЗП. У віковій групі від 17 до 20 років внутрішньоутробна загибель плода зустрічалась найменше.

Якщо говорити про причини виникнення АЗП, то за структурою безпосередньої причини виникнення за даними патологоанатомічних діагнозів складається з:

- внутрішньоутробна асфіксія (73,3%)
- бактеріально-вірусная інфекція (19,8%)

Рідше:

- ВВР плода (3,5%)
- Гемолітична хвороба (1,2%)
- Причини невияшеного генезу (2,2%)

У 51,2% вагітних виявлено зміни в системі гемостазу: гіперкоагуляцію (23,3%), гіперагрегація тромбоцитів (17%), підвищення рівня Д-димерів (12%).

При аналізі перебігу вагітності у жінок з антенатальною загибеллю плода в анамнезі виявлено ряд ускладнень, що представлено в таблиці 1

Табл. 1

Наявність ускладнень під час даної вагітності у жінок з АЗП в анамнезі.

№п/п	Нозологія	Значення показників захворюваності			
		Вагітні жінки з АЗП в анамнезі		Контрольна група	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%
1.	Ранній гестоз	20	57,14	4	13,3

ABOUT THE PROBLEMS OF SCIENCE AND PRACTICE, TASKS AND WAYS TO SOLVE THEM

2.	Прееклампсія	15	42,9	2	6,7
3.	Загроза переривання вагітності	27	84,4	6	20
4.	Затримка розвитку плода	10	31,25	-	-
5.	Багатоводдя	12	34,3	1	3,3
6.	Маловоддя	8	22,85	-	-
7.	Анемія	18	51,42	3	10
8.	ГРВІ	13	37,14	2	6,7
9.	Кольпіт	26	74,3	4	13,3
10	Загострення хронічного гастриту	7	20	-	-
11.	Загострення хронічного пієлонефриту	12	34,28	-	-
12.	Набута тромбофілія	13	37,14	1	3,3
13	Порушення в системі гемостазу				

Найбільше число ускладнень при даній вагітності це загроза переривання вагітності. Особливо це несприятливо для вагітних в I триместрі вагітності, оскільки на цей період припадають процеси плацентації та ембріогенезу. Достовірним фактом є те, що тривалий перебіг загрози переривання вагітності сприяє виникненню плацентарної недостатності та гіпоксії плода. Виникнення загрози переривання вагітності може бути пов'язано з порушенням гормонопродукції, ранньою плацентарною недостатністю, підвищеним синтезом простагландинів, патогенною мікрофлорою та дизадаптаційними процесами в системі мати – плацента – плід.

Також слід відмітити високу частоту виникнення раннього та пізнього гестозу. До факторів, що сприяють виникненню раннього гестозу можна віднести хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту та печінки, наявність астеничного синдрому, порушень рецепторної функції матки внаслідок артифіційних абортів та АЗП, запальних процесів в ендометрії. Пізній гестоз пов'язаний з ураженням ендотелію спіралеподібних артерій при порушеннях формування плацентації з розвитком локальної гіпоксії, порушенням функції ферментів. В такій плаценті не інактивуються вазопресорні медіатори та виникають порушення в судинній системі.

При обстеженні системи гемостазу встановлено, що частота набутої тромбофілії у жінок з АЗП складає 37,14%, та з них: антифосфоліпідний синдром у 27,3% вагітних, антитіла до Ко-фактора фосфоліпідів – у 41% та антитіла фосфоліпідів – у 32,6% вагітних.

Аналіз ведення пологів в обох групах істотно не відрізнявся та, в першу чергу, план ведення пологів залежав від наявності ускладнень під час вагітності та супутньої екстрагенітальної патології.

ABOUT THE PROBLEMS OF SCIENCE AND PRACTICE, TASKS AND WAYS TO SOLVE THEM

У 46,7% (16 випадків) пологів в основній групі відбулись вчасно та протікали фізіологічно, що на відміну від контрольної групи майже в 2 рази менше. Контрольна група склала 23 випадки фізіологічного перебігу. Половина вагітних з АЗП в анамнезі мала ускладнення пологів, що потребували екстреного розродження (44%). До основних ускладнень під час пологів відносились: дистрес плода (6 випадків), слабкість пологової діяльності (7 випадків), передчасне відшарування плаценти (2 випадки). Підготовлено та проведено родорозрішення 4 жінок з основної групи. Причинами кесарського розтину стали неправильне положення плода (2 вагітні) та незрілість пологових шляхів при терміні гестації >41 тиж.

Диференційний підхід ведення вагітності у жінок першої основної групи дозволило покращити перинатальні наслідки в порівнянні з другою основною групою, що представлено в табл. 2

Табл. 2

Порівняльна характеристика новонароджених у жінок з АЗП в анамнезі

Характеристика новонароджених		Диференційний підхід	Недиференційний підхід	Неускладнена вагітність
Вага плода (M±σ) г		3107±410	2457±857	3480±367
Зріст (M±σ) см		50,3±2,5	46±5,1	52±1,7
Оцінка за шкалою Апгар(M±σ) бали	1-а хв	7,9±0,3	7,1±1,2	8
	5-а хв	8,8±0,4	7,9±1,1	9

Як видно з даної таблиці, що вага плоду при народженні без застосування прегравідарної та гравідарної підготовки у жінок з антенатальною загибеллю плода в анамнезі істотно відрізняється від ваги дітей при адекватній підготовці та спостереженні під час вагітності у вагітних з АЗП. В групі з диференційним підходом до ведення даної вагітності показники ваги при народженні та оцінці за шкалою Апгар наближаються до показників при неускладненому перебігу вагітностей.

**Висновки:** Вагітні з АЗП в анамнезі потребують ретельної прегравідарної підготовки (оцінки системи гемостазу, інфекційного статусу, УЗД органів малого тазу, корекції виявлених порушень, нормалізації психоемоційного стану нервової системи). Виявлення факторів ризику у вагітних з АЗП в анамнезі дозволить спрогнозувати неблагоприємні наслідки вагітності та пологів при наступному плануванню вагітності. Диференційний підхід по веденню вагітності в даній категорії пацієнтів дає можливість покращити перинатальні наслідки. Рекомендовано вагітним з АЗП в анамнезі проведення прегравідарної підготовки, обов'язкової госпіталізації в індивідуально критичний термін, планової допологової госпіталізації для моніторингу, вибору методу розродження та підготовки до нього. При АЗП в анамнезі при доношеній вагітності – розродження за 3 – 5 днів до критичного терміну. Метод розродження залежить від акушерської ситуації.

**Список літератури:**

1. Захарків В.І., Панчишин І.В. Тези доповідей 82 – науково-практична конференція студентів і молодих вчених з міжнародною участю «Інновації в медицині» Структура антенатальної загибелі плода (за даними ретроспективного аналізу медичної документації).

2. Т. М. Гаращенко, Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи НАН України Репродуктивні втрати внаслідок мертвонароджень в Україні: демографічний аспект.

3. Бала, О. О., Бенюк, В. О., Ковалюк, Т. В., & Бенюк, С. В. (2016). Особливості психоемоційного стану вагітних із завмерлою на ранніх термінах вагітністю. Перинатология и педиатрия, (2), 40-42.

4. Котенок, А. С., Вигівська Л. М., Майданник І. В., Олешко В. Ф. Психоемоційна характеристика вагітних в результаті використання допоміжних репродуктивних технологій. Український науково-медичний молодіжний журнал №2(110) 2019.