

# Особливості вагітності, пологів, стану плода та новонародженого у жінок з невиношуванням в анамнезі (Ретроспективний аналіз)

*Н.М. Гичка*

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ  
Київський міський пологовий будинок № 3

Перинатальні аспекти невиношування вагітності, попри успіхи у вивченні патогенетичних механізмів недоношування вагітності, продовжують залишатися провідними у сучасному акушерстві. Питання прогнозування, попередження та профілактики перинатальних ускладнень потребують чіткого розуміння механізму впливу загрози мимовільного викидня та передчасних пологів на плід.

**Мета дослідження:** вивчення частоти і причин передчасних пологів, що впливають на основні показники результатів недоношування вагітності, для удосконалення організаційних заходів, спрямованих на профілактику перинатальних і акушерських ускладнень та поліпшення медичної допомоги недоношеним новонародженим.

**Матеріали та методи.** Було проведено ретроспективний клініко-статистичний аналіз 1976 історій вагітності та пологів жінок, які знаходилися на лікуванні та розродженні у Київському міському пологовому будинку № 3 за 2014–2018 роки. Особливу увагу приділяли аналізу показників біофізичного профілю плода, який проводили у 140 вагітних. Задля поглибленого вивчення причин і наслідків передчасних пологів проаналізовані результати 83 гістоморфологічних досліджень плацент після передчасних пологів.

**Результати.** До основних факторів розвитку невиношування вагітності, згідно з отриманими результатами, належать юний та пізній репродуктивний вік вагітних, низький соціальний статус, пізнє взяття на облік у жіночій консультації, супутня екстрагенітальна та гінекологічна патологія. До основних ускладнень гестації в обстежених вагітних належали загроза переривання вагітності у I та II триместрах та передуюча госпіталізації загроза передчасних пологів. Пологи обтяжувалися передчасним розривом плодового міхура, аномаліями плодової діяльності, ручним обстеженням стінок порожнини матки. Ранній неонатальний період у недоношених новонароджених ускладнювався патологією, зумовленою перш за все незрілістю органів та систем. Патоморфологічне обстеження плацент після передчасних пологів виявило клітинно-паренхіматозний тип плацентарної недостатності. Аналіз результатів імунологічної реактивності засвідчив збільшення рівня алоантигенів плодового походження у вагітних з невиношуванням.

**Заключення.** Проведений ретроспективний клініко-статистичний аналіз частоти і перебігу передчасних пологів за останні п'ять років виявив низку соціально-побутових і медико-біологічних чинників, що спричинюють індукцію недоношування і негативно впливають на функціональний стан плода і відповідно можуть мати прогностичний характер.

**Ключові слова:** вагітність, невиношування, передчасні пологи, біофізичний профіль плода, перинатальні ускладнення.

Перинатальні аспекти невиношування вагітності, попри успіхи у вивченні патогенетичних механізмів недоно-

шування вагітності, продовжують залишатися провідними у сучасному акушерстві [1, 2, 3, 11]. Питання прогнозування, попередження та профілактики перинатальних ускладнень потребують чіткого розуміння механізму впливу загрози мимовільного викидня та передчасних пологів на плід [4, 5, 6, 13]. Зазначені ускладнення вагітності зумовлюють тяжкі зміни у системі мати–плацента–плід та у більшості випадків реалізуються у плацентарну дисфункцію, яка й впливає на формування перинатальних порушень та їхніх наслідків [7, 10, 11, 12, 16].

На сьогодні актуальним вважається вивчення несприятливих причин анте- і інтранатального періоду, що впливають на частоту перинатальних ускладнень серед недоношених новонароджених. У зв'язку з цим виникає необхідність у вирішенні проблеми адекватності і доцільності лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів, що впливають на питому вагу перинатальних ускладнень при недоношуванні [9, 14, 17].

**Мета дослідження:** вивчення частоти і причин передчасних пологів, що впливають на основні показники результатів недоношування вагітності, для удосконалення організаційних заходів, спрямованих на профілактику перинатальних і акушерських ускладнень та поліпшення медичної допомоги недоношеним новонародженим.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети проведений ретроспективний клініко-статистичний аналіз 1976 історій вагітності та пологів жінок, які знаходилися на лікуванні та розродженні у Київському міському пологовому будинку № 3 за 2014–2018 роки. Особливу увагу приділяли аналізу показників біофізичного профілю плода, який оцінювали у 140 вагітних: 60 вагітних із загрозою передчасних пологів (основна група) і 90 вагітних з фізіологічним перебігом вагітності (контрольна група). Задля поглибленого вивчення причин і наслідків передчасних пологів були проаналізовані результати 83 гістоморфологічних досліджень плацент після передчасних пологів.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Частота невиношування за останні роки стрімко зростає і за даними аналізу становить 4,5–5,2% за відсутності достовірного зниження частоти передчасних пологів і з тенденцією до зростання показника перинатальної смертності серед недоношених новонароджених.

За останні роки невиношування як патологічний перебіг вагітності спостерігався у породіль у віці в середньому від 25 до 35 років з вираженою тенденцією до зростання серед неповнолітніх вагітних. Слід зазначити, що, за даними нашого пологового будинку, зростає частота першороділей серед неповнолітніх, яка становить 1,77–2,7% випадків. Заслугове уваги факт зростання частоти юних першороділей віком до 16 років за останні роки у 5

разів. Аналогічної тенденції зазнали показники кількості вагітних пізнього репродуктивного віку, що збільшилися у середньому у 3 рази порівняно з показниками попередніх п'яти років. Юний вік першовагітних так само, як і пізній репродуктивний вік, є періодами, для яких характерний прогестероновий дефіцит: у першому випадку – у результаті недорозвиненості репродуктивної системи, а у другому – унаслідок поступового згасання її функції [8, 15, 18]. Виходячи з цього, доцільно розглядати юний та пізній репродуктивний вік як чинник високого ризику щодо розвитку невиношування вагітності і, як наслідок, плацентарної дисфункції.

Задовільний соціальний стан з достатнім матеріальним забезпеченням відзначали лише у 5,1% випадків. Переважна більшість – 94,9% – відносили себе до категорії малозабезпечених з високим психоемоційним напруженням. Незаміжні жінки серед тих, що народили передчасно, становили 19,9%. Слід відзначити, що за останні роки спостерігається тенденція до збільшення даної категорії вагітних. Майже 54% жінок інформували про часті сімейні конфлікти і пов'язаний з ними психоемоційний дискомфорт.

Серед жінок з передчасними пологами заслуговує на увагу факт зростання частоти взяття на облік у жіночій консультації щодо вагітності у пізні терміни гестації і особливо кількості вагітних, які зовсім не були на обліку. Несвочасне взяття вагітних на облік з причини пізнього звернення, у свою чергу, призводило до виникнення низки ускладнень, наслідком яких стали передчасні пологи у майже 28% жінок.

Привертає на себе увагу факт високого відсотка супутньої екстрагенітальної патології в обстежених вагітних. Патологію серцево-судинної системи реєстрували у 19,6% вагітних, захворювання сечостатевої системи – у 15,8%, респіраторного тракту – у 32,7% з чіткою тенденцією до зростання їхньої частоти протягом аналізованого періоду. Патології гепатобіліарної системи, ендокринні порушення, зокрема частота ожиріння і цукрового діабету у вагітних з невиношуванням, коливалась у межах 0,52–7,39%.

Слід відзначити високий відсоток обтяженого гінекологічного анамнезу у вагітних з передчасним перериванням вагітності та передчасними пологами в анамнезі, який сягав 79,1%. Аналізуючи гінекологічну захворюваність, необхідно зазначити високий рівень запальних захворювань шийки матки – 17,9%, порушень менструального циклу – 18,8%, фонових та передракових захворювань шийки матки – 14,4%, операції на придатках матки відзначено в анамнезі у 24,3% вагітних.

Високою частою недозагодування вагітності характеризувались повторновагітні, особливо повторновагітні першороділлі – 78,5%. У першовагітних частота недозагодування становила 21,5% ( $p < 0,05$ ).

Ускладнення акушерського анамнезу до моменту госпіталізації в обстежених жінок характеризувалось наявністю перш за все поєднання кількох ускладнень гестації. Мимовільне переривання вагітності у ранні терміни відзначали у 15,7%, а передчасні пологи – у 27,5%. Сукупність звичного невиношування вагітності становила 13,46±0,84%. Загроза переривання вагітності спостерігалася у 32,3%, гестоз першої половини вагітності – у 12,2%.

Провідними факторами несприятливого впливу на стан недоношеного новонародженого є ускладнення під час перебігу передчасних пологів. Так, частота передчасного вилиття навколоплідних вод становила 42,1%. Аномалії пологової діяльності виявлені у 39,6% випадків, та слід зауважити, що передчасні пологи зі швидким та стрімким перебігом діагностували у 16,2% випадків, а слабкість пологової діяльності – у 22,4% породіль. Ручне обстеження стінок матки проводили у 28,4% випадків передчасних пологів.

Частота операцій кесарева розтину при недозагодуванні за обстежений період становила 4,66±0,17%, що значно нижче показника у загальній популяції жінок. Основною причиною кесарева розтину при передчасних пологах у 24,1% виявилось передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, гострий дистрес плода – у 20,6%, прееклампсія середнього та важкого ступеня – у 17,2%. У 10,3% показанням до кесарева

розтину стала кровотеча у зв'язку з передлежанням плаценти, у 3,4% випадків таким показанням стали відповідно та зове передлежання, рубець на матці, резус-конфлікт, тяжка форма цукрового діабету та випадіння петель пуповини.

Проведений аналіз засвідчив, що показники перинатальних втрат після оперативного втручання і при передчасних пологах через природні статеві шляхи статистично достовірно між собою не відрізнялися.

Важливо зазначити, що високий показник перинатальної смертності спостерігався у недоношених дітей із масою тіла 1000–1499 г і становив 366,4±18,4%. Перинатальна смертність недоношених дітей із масою тіла 1500–1999 г становила 242±15,6%. Показник перинатальної смертності плодів із масою тіла 2000–2499 г був вірогідно ( $p < 0,001$ ) менший за такий серед плодів із масою тіла менше 2000 г і за період, що вивчався, становив 64,8±6,2%.

За даними патолого-анатомічних досліджень, основною причиною мертворожденості недоношених дітей встановлено асфіксію (73,4%) в антенатальний період. Серед причин мертворожденості при недоношеності 17,4% займають вади внутрішньоутробного розвитку, 6,9% випадків належить внутрішньоутробному інфікуванню плода і 2,3% становить пологова травма.

Результати аналізу показників ранньої неонатальної смертності (РНС) виявили корелятивну залежність частоти відповідно до гестаційного терміну і маси тіла при народженні. Показник РНС серед глибоко недоношених становив 183,1±52,7%, новонароджених з масою тіла 1500–1999 г – 144,8±31,3%, а народжених з масою тіла 2000–2499 г – 33,4±4,9% ( $p < 0,05$ ). Аналізуючи причини смерті недоношених новонароджених, слід відзначити, що достовірно знизилась за останні роки частота респіраторного дистрес-синдрому (РДС) за наявності зростання частоти внутрішньочерепних крововиливів гіпоксичного генезу і вроджених вад розвитку. Серед ускладнень перебігу раннього неонатального періоду у недоношених новонароджених діагностовані гіпоксично-ішемічна енцефалопатія – 76,9±8,2% випадків, внутрішньошлункової крововиливи – 50,3±4,7%, вроджена гіпотрофія – 43,1±5,7% випадків. РДС серед недоношених новонароджених становить 57,1%, ознаки гестаційної незрілості встановлені у 53,5% випадків, реалізація внутрішньоутробної інфекції діагностована у 19,4% випадків, геморагічний синдром – у 5,61% і набряковий синдром – у 4,1% випадків.

Стан новонародженого у постнатальний період залежить значною мірою від характеру перебігу антенатального розвитку. Під час загрози недозагодування можливі порушення функцій органів і систем плода, котрі у подальшому несприятливо впливають на адаптаційно-гомеостатичні механізми новонародженого. Вивчення характеру порушень фетоплацентарної системи при невиношуванні і її вплив на основні системи і органи внутрішньоутробного плода представляє теоретичний і практичний інтерес. Особливе значення має розроблення методів прогнозування, профілактики та впливу на адаптаційно-гомеостатичні механізми плода і новонародженого.

Об'єктивні методи діагностики патологічних змін стану плода сприяють своєчасній їхній медикаментозній корекції на етапах, коли ці порушення мають функціональний, зворотний характер, а також застосуванню оптимальної тактики ведення вагітності і передчасних пологів.

З метою оптимізації методів діагностики стану плода у вагітних із загрозою передчасних пологів було проведено ретроспективне вивчення біофізичного профілю плода (БФП) за комплексною методикою А.М. Vintzileos. Для розрахунку нормативних показників біофізичного профілю плода проаналізовано 140 історій вагітності та пологів. Для вивчення особливостей стану плода при зазгоді передчасних пологів у термінах гестації 28–30 тиж було обстежено 60 вагітних, які увійшли до основної групи, і 90 пацієнток з фізіологічним перебігом вагітності у термінах 28–37 тиж з встановленим строком гестації, які увійшли до контрольної групи.

Під час госпіталізації у перший день до акушерського відділення в основній групі відзначено зниження БФП порівняно з контрольною групою – у 78% спостережень за рахунок 1-го і 3-го ступеня зрілості плаценти, у 55% – внаслідок пригнічення реактивності серцевого ритму плода, у 48% – за рахунок зниження дихальних рухів, у 10% – зниження рухової активності плода і у 15% – за рахунок маловоддя. У середньому БФП до лікування у термінах гестації 28–30 тиж становив  $7,93 \pm 0,81$  бала. При динамічному спостереженні за вагітними зазначеної групи ( $n=44$ ) на тлі медикаментозних препаратів було встановлено, що у 36% випадків оцінка біофізичних параметрів підвищилась, у 33% – результати досліджень залишалися стабільними і в 30% випадків оцінка БФП плода знизилась і в середньому становила  $7,79 \pm 0,48$  бала і не відрізнялась від показника при першому обстеженні ( $p > 0,05$ ). Слід відзначити достовірну різницю у показниках БФП плода при загрозі передчасних пологів з оцінкою показника контрольної групи ( $p < 0,05$ ).

У вагітних з загрозою передчасних пологів у термінах гестації 31–34 тиж сумарна оцінка біофізичних характеристик становила  $7,79 \pm 0,48$  бала. Зниження БФП плода, порівняно з контрольною групою, зафіксовано у 58,3% спостережень за рахунок 3-го ступеня зрілості плаценти, у 69,2% – внаслідок пригнічення реактивності серцевого ритму плода, у 58,4% – зниження дихальних рухів, у 51,6% випадків – тонуса плода і у 56,7% випадків – за рахунок маловоддя.

Середня оцінка БФП плода у процесі динамічного спостереження становила  $8,22 \pm 0,30$  бала. Причому 8-бальна оцінка виявлена у 16 випадках обстежених вагітних. Найменша, 6-бальна, оцінка виявлена у 8 випадках.

Аналізуючи результати абсолютних показників при загрозі передчасних пологів у термінах гестації 34 – 36+6 тиж, слід відзначити майже у два рази зменшення фізіологічного показника частоти дихальних рухів порівняно з контрольною групою та в 1,2 разу порівняно з групою у терміні гестації 31 – 33+6 тиж. Разом з тим встановлено зростання даного показника в 1,5 разу порівняно з групою у термінах гестації 28–30 тиж. На зазначені результати вплинули в основному показники варіабельності частоти дихальних рухів у відповідних групах. Показники генералізованих рухів плода в термінах гестації 34 – 36+6 тиж були зниженими в 1,5 разу порівняно з контрольною групою, в 1,2 разу порівняно з групою в 31 – 33+6 тиж і в 1,3 разу порівняно з групою у 28–30 тиж. З нашої точки зору, на стан показників генералізованих рухів плода в обстеженій групі вагітних вплинуло підвищення частоти передчасного дозрівання плаценти, а також і показника стану маловоддя. Установлено корелятивну залежність підвищення частоти маловоддя зі зростанням терміну гестації, що, безумовно, впливає на функціональний стан плода. Частота маловоддя у термінах гестації 28–30 тиж діагностована при загрозі передчасних пологів у 21,6%, відповідно у термінах гестації 31 – 33+6 тиж – у 28,3% і в термінах гестації 34 – 36+6 тиж – у 43,3%.

Результати ультразвукової фетометрії виявили фізіологічні показники росту і розвитку у 41 (68,3%) плода, що на 8,4% менше, ніж в обстежених у термінах гестації 31 – 33+6 тиж, і на 11,7% менше, ніж у відповідній групі у термінах гестації 28–30 тиж. Дані фетометрії плода виявили залежність частоти гіпотрофії від терміну гестації. Так, в основній групі у термінах гестації 28–30 тиж гіпотрофія плода діагностована у 13,3% пацієнок, у термінах гестації 31 – 33+6 тиж – у 23,3% і відповідно у групі з терміном гестації 34 – 36+6 тиж – у 35% випадків. Представлені дані засвідчують несприятливий вплив загрози передчасних пологів на фетометричні показники плода, і останні залежать як від тривалості стану загрози переривання вагітності, так і стану фетоплацентарного комплексу.

Установлені морфологічні особливості плацент при передчасних пологах, які, з нашої точки зору, зумовлюють клітинно-паренхіматозний тип плацентарної недостатності. Дані висновки базуються на аналізі проведених гістоморфологічних обстежень 83 плацент після передчасних пологів.

При мікроскопії плацент обстеженої групи було виявлено порушення плодово-материнського кровообігу у формі розширення, повнокров'я судин і набряк строми певної частини ворсин, яке спостерігалось у 31 (37,3%) випадку; у 23 (27,7%) – поодинокі та діapedезні крововиливи, у 29 (34,9%) – потовщення стінок артерій великих ворсин та у 30 (36,1%) випадках – дрібні інфаркти ворсин.

Термінальні ворсини представляють не більше третини усіх ворсин і становлять  $31,4 \pm 1,2\%$  при контрольних значеннях  $46,2 \pm 1,1\%$  ( $p < 0,05$ ). Термінальні ворсини містять 2–7 капілярів, найчастіше – 3–4 і в середньому становлять  $4,1 \pm 0,2\%$  при контрольних значеннях  $5,6 \pm 0,1\%$  ( $p < 0,05$ ). Вони розташовуються як поблизу поверхні ворсин, так і в їхній центральній частині. Поряд з широкими синусоїдними капілярами спостерігаються гемокапіляри малого діаметра. Ендотелій капілярів місцями виглядає набряклим, що, безумовно, впливає на діаметр останніх і (при передчасних пологах) у середньому становить  $8,7 \pm 0,3$  мкм при контрольних значеннях  $12,3 \pm 0,3$  мкм ( $p < 0,05$ ).

Строма ворсин, особливо великого діаметра, містить помірну кількість фібробластичних елементів. Середні показники строми ворсин при передчасних пологах становлять  $40,1 \pm 3,8\%$ , при контрольних значеннях –  $38,64 \pm 3,5\%$  ( $p > 0,05$ ). У частині плацент спостерігається набряк строми ворсин малого діаметра та нерівність їхніх контурів.

Показник термінальних ворсин у плаценті при передчасних пологах у середньому становив  $30,2 \pm 1,6\%$ , при контрольних значеннях –  $38,0 \pm 1,8\%$  ( $p < 0,05$ ). Заслужує уваги той факт, що у разі зменшення відсотку термінальних ворсин загальна площа поперечного перетину становить у середньому  $163,3 \pm 7,4$  мкм<sup>2</sup>, при контрольних значеннях –  $112,8 \pm 4,2$  мкм<sup>2</sup> ( $p < 0,05$ ). Це, можливо, пов'язано з компенсаторно-приспосувальною реакцією плаценти, хоча питома площа достовірно менша в основній групі порівняно з контрольною.

Кількість синцитіальних вузлів на ворсинах хоріона різниться у значних межах. В одних плацентах їх не виявляють, а в інших вони можуть виявлятися майже у третини ворсин малого діаметра. У всіх випадках наявність синцитіальних вузлів спостерігається у тих ворсинах, які містять не менше 5 капілярів синусоїдного типу. Спостерігається наявність потовщених безядерних ділянок синцитіотрофобласта, котрі вплинули на товщину останніх і становили у середньому  $3,8 \pm 0,11$  мкм при контрольних значеннях  $2,3 \pm 0,07$  мкм ( $p < 0,05$ ).

Септи плацент при передчасних пологах часто мають слабо розвинену строму і інколи можуть складатися з елементів цитотрофобласта. Останній характеризується значною поліхромністю ядер. Великі ділянки поверхні септ можуть бути вкриті фібриною. Якщо при фізіологічному перебігу вагітності фібриною відіграє роль імунного захисту і належить до компенсаторно-приспосувальних механізмів, то встановлене достовірне зростання плодового фібриноїду  $6,4 \pm 1,4\%$  (контроль –  $4,2 \pm 0,8\%$ ) і тенденція до зростання материнського фібриноїду, з нашої точки зору, порушують кровообіг у фетоплацентарній системі. Останнє підтверджується показниками стану міжворсинчастого простору, котрий в основній групі становить  $21,2 \pm 1,6\%$  і відрізняється від показника контрольної групи –  $28,4 \pm 3,17\%$  ( $p < 0,05$ ).

У зв'язку із викладеним вище слід припустити, що недоошування може бути зумовлене порушеннями гомеостазу імунних взаємовідносин між материнським і плодовим організмом. Ураховуючи діагностовані структурні зміни фетоплацентарного комплексу після закінчення вагітності, збільшується проникність для клітин плодового походження, вони потрапляють у кров матері. Це є суттєвим фактором для зміни імунологічної рівноваги між матір'ю та плодом і спричинює індукцію пологової діяльності. Для встановлення можливості міграції клітин плодового походження через фетоплацентарний бар'єр та їхньої кількості і визначення стану імунної реактивності материнського організму

на наявність алоантігену використали методику неінвазивної діагностики і візуалізації плодових ядерних еритроцитів.

Було виявлено характерні особливості, котрі зумовлюють вплив імунологічної реактивності на індукцію недоношування вагітності. Якщо під час фізіологічних пологів частота виявлення ядерних алоантігенів плодового походження становить  $9,4 \pm 0,8\%$ , то під час передчасних пологів зростає в 1,7 рази і становить  $20,1 \pm 1,6\%$  ( $p < 0,05$ ). Слід відзначити достовірну різницю між показником алоантігенів під час термінових пологів ( $9,4 \pm 0,8\%$ ) та у разі загрози недоношування ( $18,7 \pm 1,2$ ). Також було встановлено достовірну різницю між показником алоантігенів під час загрози недоношування та відповідним показником при передчасних пологах на тлі тенденції до збільшення кількості алоантігенів під час фізіологічного перебігу вагітності та пологів ( $p > 0,05$ ).

## ВИСНОВКИ

Проведений ретроспективний клініко-статистичний аналіз частоти і перебігу передчасних пологів за останні п'ять років виявив низку соціально-побутових і медично-біологічних чинників, що спричиняють індукцію недоношування і негативно впли-

### Особенности беременности, родов, состояния плода и новорожденного у женщин с невынашиванием в анамнезе (Ретроспективный анализ)

*Н.М. Гычка*

Перинатальные аспекты невынашивания беременности, несмотря на успехи в изучении патогенетических механизмов недоношивания беременности, продолжают оставаться ведущими в современном акушерстве. Вопросы прогнозирования, предупреждения и профилактики перинатальных осложнений требуют четкого понимания механизма влияния угрозы самопроизвольного выкидыша и преждевременных родов на плод. **Цель исследования:** изучение частоты и причин преждевременных родов, влияющих на основные показатели результатов недоношивания беременности, для усовершенствования организационных мероприятий, направленных на профилактику перинатальных и акушерских осложнений и улучшения медицинской помощи недоношенным новорожденным.

**Материалы и методы.** Был проведен ретроспективный клинико-статистический анализ 1976 историй беременности и родов женщин, находившихся на лечении и родоразрешении в Киевском городском роддоме № 3 за 2014–2018 годы. Особое внимание уделяли анализу показателей биофизического профиля плода, который проводили у 140 беременных. Для углубленного изучения причин и последствий преждевременных родов были проанализированы результаты 83 гистоморфологических исследований плацента после преждевременных родов.

**Результаты.** К основным факторам развития невынашивания беременности, согласно полученным результатам, относятся юный и поздний репродуктивный возраст беременных, низкий социальный статус, позднее взятие на учет в женской консультации, сопутствующая экстрагенитальная и гинекологическая патология. К основным осложнениям беременности у обследованных беременных относились угроза прерывания беременности в I и II триместрах и предшествующая госпитализации угроза преждевременных родов. Роды обременялись преждевременным разрывом плодного пузыря, аномалиями родовой деятельности, ручным обследованием стенок полости матки. Ранний неонатальный период у недоношенных новорожденных усложнялся патологией, обусловленной прежде всего незрелостью органов и систем. Патоморфологическое обследование плацент после преждевременных родов выявило клеточно-паренхиматозный тип плацентарной недостаточности. Анализ результатов иммунологической реактивности показал увеличение уровня алоантігенів плодового происхождения у беременных с невынашиванием.

**Заключение.** Проведенный ретроспективный клинико-статистический анализ частоты и течения преждевременных родов за последние пять лет выявил ряд социально-бытовых и медико-биологических факторов, способствующих индукции недоношивания и негативно влияющих на функциональное состояние плода, что соответственно может иметь прогностический характер.

**Ключевые слова:** беременность, невынашивание, преждевременные роды, биофизический профиль плода, перинатальные осложнения.

вають на функціональний стан плода і відповідно можуть мати прогностичний характер. До основних чинників розвитку передчасних пологів належать юний та пізній репродуктивний вік вагітних, низька матеріальна забезпеченість, пізнє взяття на облік у жіночій консультації, а також високий відсоток екстрагенітальної та гінекологічної патології в анамнезі. Аналіз перебігу раннього неонатального періоду у недоношених новонароджених виявив значний відсоток патологічних станів, пов'язаних у першу чергу з незрілістю органів і систем, несприятливим перебігом вагітності та ускладненнями під час передчасних пологів.

Вплив загрози передчасних пологів на функціональний стан плода особливо несприятливо проявляється у 28–30 тиж гестації і характеризується зниженням компенсаторно-присосувальних механізмів плода.

Аналіз морфологічного дослідження плацент засвідчив наявність імунної сенсibiлізації материнського організму алоантігенами плодового походження, що, у свою чергу, впливає на морфофункціональні особливості фетоплацентарного комплексу. Викладені вище результати зумовлюють необхідність впровадження методу корекції з впливом на функціональний стан плода, перебіг вагітності та передчасних пологів.

### Features of pregnancy, delivery, the condition of the fetus and newborn in women with miscarriage in history (Retrospective analysis)

*N.M. Hychka*

Perinatal aspects of miscarriage, despite advances in the study of the pathogenetic mechanisms of prematurity of pregnancy, continue to be leading in modern obstetrics. The issues of forecasting, prevention and prevention of perinatal complications require a clear understanding of the mechanism of the impact of the threat of spontaneous miscarriage and premature birth on the fetus.

**The objective:** to study the frequency and causes affecting the main indicators of the results of preterm pregnancy to improve organizational measures aimed at the prevention of perinatal and obstetric complications and improve medical care for preterm infants.

**Materials and methods.** We conducted a retrospective clinical and statistical analysis of 1976 histories of pregnancy and childbirth of women who were treated and delivered in the Kiev City Maternity Hospital No. 3 for 2014–2018 years. Particular attention was paid to the analysis of indicators of the fetal biophysical profile, which was performed in 140 pregnant women. For in-depth study of the causes and consequences of preterm birth, we analyzed the results of 83 histomorphological studies of placenta in preterm birth.

**Results.** The main factors of the development of miscarriage, according to the results obtained by us are the young and late reproductive age of pregnant women, low social status, late registration in the women's clinic, concomitant extragenital and gynecological pathology. Prior to the main pregnancy complications in the examined pregnant women, the threat of abortion in the first and second trimesters and the threat of premature birth preceding hospitalization were considered. Childbirth was burdened with premature rupture of the fetal bladder, abnormalities of labor, manual examination of the walls of the uterine cavity. Early neonatal period in premature newborns was complicated by pathology caused primarily by immaturity of organs and systems. Pathomorphological examination of the placenta after premature birth revealed a cell-parenchymal type of placental insufficiency. Analysis of the results of immunological reactivity showed an increase in alloantigens of fetal origin in pregnant women with miscarriage.

**Conclusion.** A retrospective clinical and statistical analysis of the frequency and course of preterm birth over the past five years revealed a number of social, medical and biological factors that contribute to the induction of prematurity and adversely affect the functional state of the fetus and, accordingly, may have a prognostic character.

**Key words:** pregnancy, miscarriage, premature birth, fetal biophysical profile, perinatal complications.

## Сведения об авторе

Гычка Назарий Михайлович – Кафедра акушерства и гинекологии № 3 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, Киевский городской родильный дом № 3, 03148, г. Киев, ул. В. Кучера, 7. E-mail: nmhychka@gmail.com  
ORCID ID 0000-0001-9863-6207

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аналіз смертності та наслідків передчасних пологів: від новонародженої дитини до дорослої людини. Частина 2 серії «Передчасні пологи» (2011). З турботою про жінку. 3 (24): 26–31.
2. Антипкин Ю.Г., Давыдова Ю.В. (2012). Основные направления развития перинатальной медицины. Репродуктив. эндокринология. 2: 5–7.
3. Бенюк В.О., Диндар О.А. (2014). Цитокіновий профіль і імуністохімічний стан ендометрію жінок із невиношуванням вагітності на тлі надлишкової маси тіла та метаболічного синдрому. Імунологія та алергологія: наука і практика. 4: 33–37.
4. Венцківська І.В., Страшко І.В., Венцківський К.О., Загородня О.С. (2017). Передчасний розрив плодових оболонок: нові генетичні чинники та можливий патогенез їхньої реалізації. Здоров'я жінчини. 2 (118): 26–29.
5. Веропотвелян П.Н., Веропотвелян Н.П., Панасенко А.Н., Горук П.С. (2012). Преждевременное излитие околоплодных вод при недоношенной беременности – что делать? Здоровье женщины. 1 (67): 99–104.
6. Веропотвелян П.Н., Белая В.В., Веропотвелян Н.П. (2014). Современные клинические подходы к лечению угрожающих преждевременных родов. Здоровье женщины. 3: 78–83.
7. Іванюта С.О. (2012). Передчасні пологи (Клінічна лекція). Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. II. 1(3): 71–75.
8. Назаренко Л.Г., Круглова Н.А. (2014). О влиянии прогестероновой поддержки на психоэмоциональное состояние беременных с риском невынашивания. Жіночий лікар. 2: 46–51.
9. Пірогова В.І., Місюра А.Г. (2015). Клінічні варіанти перебігу передчасного розриву плодових оболонок. Перинатальні аспекти. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. Тернопіль, 2: 147–149.
10. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. (2008). Привычное невынашивание. М.: 44.
11. Anum E.A., Springel E.H. et al. (2009). Genetic contributions to disparities in preterm birth. Pediatr. Res. 65 (1): 1–9.
12. Boots C.E. Bernardi L.A., Stephenson M.D. (2014). Frequency of euploid miscarriage is increased in obese women with recurrent early pregnancy loss. Fertility and Sterility. 102 (2): 455–459.
13. Campbell S. (2014). Мы более не можем не делать ничего для предотвращения преждевременных родов. Здоровье женщины. 2: 17–20.
14. Chrousos G.P. (2009). Stress and Disorders of the Stress System. Nat. Rev. Endocrinol. 5: 374–381.
15. Dodd J.M., Crowther C.A. (2009). The role of progesterone in prevention of preterm birth. Int. J. Womens Health. 1: 73–84.
16. Hubinont C., Debieve F. (2012). Профілактика передчасних пологів: новини токолізу. Жіночий лікар. 2: 21–24.
17. Phibbs C.S., Baker L.C., Caughey A.B. (2007). Level and volume of neonatal intensive care and mortality in very-low-birth-weight infants. N. Engl. J. Med. 356: 2165–2175.
18. Schindler A.E. Carp H., Druckmann R., Genazzani A.R. et al. (2015). Рекомендации Европейского клуба прогестинов по профилактике и лечению гестагенами угрожающего или привычного невынашивания беременности. Здоровье женщины. 6: 29–31.

Статья поступила в редакцию 22.04.2019