

УДК 618.333:618.439.-612.646:614.1

# Ретроспективний аналіз випадків антенатальної загибелі плода в умовах типового міського пологового будинку м. Києва

В.О. Бенюк, Н.М. Гичка, А.С. Котенок

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

У статті проаналізовано випадки антенатальної загибелі плода у Київському міському пологовому будинку (КМПБ) № 3 за 2014–2018 рр. **Мета дослідження:** на підставі аналізу випадків антенатальної загибелі плода у КМПБ № 3 за 2014–2018 рр. визначити групу вагітних високого ризику щодо виникнення даної патології.

**Матеріали та методи.** Для досягнення мети проведено аналіз медичної документації (обмінні карти вагітних, історії пологів, результати патолого-анатомічного висновку, рецензії) 68 випадків антенатальної загибелі плода у КМПБ № 3 за 2014–2018 рр.

**Результати.** Середній показник частоти антенатальної загибелі плода за 5 років на 1000 пологів становить 4‰. Найбільша частка антенатальної загибелі плода припадає на період вагітності до 37 тиж. Причинами мертвонародження у цей період, в основному, стали передчасне відшарування плаценти на тлі пізнього гестозу, вади розвитку плода та фетоплацентарна недостатність. Найбільша кількість випадків антенатальної загибелі плода спостерігалась у жінок віком 30–34 роки. У всіх жінок даної вікової групи обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез – мимовільний викидень або замерла вагітність. Пацієнтки даної групи стали на облік щодо вагітності після 12 тиж (n=17), що свідчить про відсутність проведення прекоцепційної підготовки та корекції способу життя у ранніх термінах вагітності.

**Заключення.** Отже, було визначено середній показник частоти виникнення антенатальної загибелі плода у КМПБ № 3 за 2014–2018 рр., який становить 4‰. Це свідчить про своєчасне адекватне надання медичної допомоги. Необхідно виконувати комплексне обстеження жінок у прегравідарний період, вагітних, проводити оцінювання внутрішньоутробного стану плода, забезпечувати консультивання вагітних суміжними спеціалістами.

**Ключові слова:** приріст населення, антенатальна загибель плода, мертвонародження, критичні періоди вагітності.

## Retrospective analysis of antenatal fetal death cases in a typical Kiev maternity hospital N.M. Nychka, V.O. Benyuk, A.S. Kotenok

In this work, cases of antenatal fetal death in the Kyiv City Maternity Hospital No. 3 for 2014-2018 are analyzed. It is established, by means of a retrospective study, of high-risk groups in pregnant women in the antenatal period.

**The objective:** on the basis of the analysis of cases of antenatal fetal death in the KCMH number 3 for 2014–2018, to determine the high-risk group of pregnant women in the occurrence of this pathology.

**Materials and methods.** To achieve the goal, an analysis of medical records (exchange births, birth histories, results of the pathologic-anatomical conclusion, reviews) of cases of antenatal fetal death in the KCMH № 3 for 2014–2018 was conducted.

**Results.** 68 cases of antenatal fetal death over the past 5 years in the Kyiv City Maternity Hospital No. 3 have been analyzed. The average frequency of antenatal death per 5 years per 1000 genera is 4‰. The greatest proportion of antenatal fetal death occurs during pregnancy up to 37 weeks. The causes of stillbirth in this period were mainly premature detachment of the placenta against the background of late gestosis, fetal malformations, and fetoplacental insufficiency. The largest number of cases of antenatal fetal death occurred at the age of 30 - 34 years. All women in this age group have obsessive-gynecological history - involuntary miscarriage or stopped pregnancy. Pregnant women of this group began to be registered in pregnancy after 12 weeks (n=17), which indicates the lack of preconceptual preparation and lifestyle correction in the early stages of pregnancy.

**Conclusions.** Thus, we have established an average index of the frequency of antenatal fetal death in the KCMH № 3 for 2014–2018, which is 4 ‰, indicating timely, adequate provision of medical care. It is necessary to perform a comprehensive examination of women in the pregraviderm period, pregnant women, to evaluate the fetus's fetal condition, to use pregnancy counseling by related specialists.

**Key words:** population growth, antenatal mortality, stillbirth, critical periods of pregnancy.

## Ретроспективный анализ случаев антенатальной гибели плода в условиях типичного городского роддома г. Киева Н.М. Гычка, В.А. Бенюк, А.С. Котенок

В данной статье проанализированы случаи антенатальной гибели плода в Киевском городском роддоме (КГРД) № 3 за 2014–2018 гг.

**Цель исследования:** на основе анализа случаев антенатальной гибели плода в КГРД № 3 за 2014–2018 гг. определить группу беременных высокого риска по возникновению данной патологии.

**Материалы и методы.** Для достижения цели проведен анализ медицинской документации (обменные карты беременных, истории родов, результаты патолого-анатомического заключения, рецензии) 68 случаев антенатальной гибели плода в КГРД № 3 за 2014–2018 гг.

**Результаты.** Средний показатель частоты антенатальной гибели плода за 5 лет на 1000 родов составляет 4‰. Наибольшая доля антенатальной гибели плода приходится на период беременности до 37 нед. Причинами мертворождения в этот период, в основном, является преждевременная отслойка плаценты на фоне позднего гестоза, пороки развития плода и фетоплацентарная недостаточность. Наибольшее количество случаев антенатальной гибели плода наблюдалось в возрасте 30–34 года. У всех женщин данной возрастной группы отягощенный акушерско-гинекологический анамнез – самопроизвольный выкидыш или замершая беременность. Пациентки данной группы стали на учет по беременности после 12 нед (n=17), что свидетельствует об отсутствии проведения прекоцепционной подготовки и коррекции образа жизни в ранних сроках беременности.

**Заключение.** Таким образом, было установлено средний показатель частоты антенатальной гибели плода в КГРД № 3 за 2014–2018 гг., который составляет 4‰. Это свидетельствует о своевременном адекватном оказании медицинской помощи. Необходимо выполнять комплексное обследование женщин в прегравидарный период, беременных, проводить оценку внутриутробного состояния плода, обеспечивать консультирование беременных у смежных специалистов.

**Ключевые слова:** прирост населения, антенатальная гибель плода, мертворождение, критические периоды беременности.

Проблема репродуктивного здоров'я української жінки не втрачає своєї важливості і в XXI столітті. Чисельність населення України за останні 5 років неспинно зменшується. Негативний приріст населення, високий відсоток безплідних шлюбів, значний рівень репродуктивних втрат (штучні аборти, мимовільні викидні, мертвородження, неонатальна смертність) додають актуальності даному питанню і вимагають корекції як з соціально-економічних, так і з медичних позицій. Спостерігається прогресивне зменшення кількості жіночого населення фертильного віку, а саме – у 2014 році в Україні нараховувалося 10 542 358 жінок, а у 2018 році – 9 998 457 (на 5,16% менше). Ця тенденція пов'язана, у першу чергу, зі «сталістю» закономірністю – збільшенням смертності та зменшенням народжуваності, наявністю хронічних запальних захворювань та дисгормональних порушень до моменту настання вагітності, необізнаністю популяції щодо уникнення небажаних чи преморбідних станів.

Зберігаються високі показники абортів: у 2018 році проведено 81 448 абортів, що становить 20,48 на 100 вагітностей [1]. Невиношування вагітності становить до 30% серед усіх бажаних вагітностей і не має тенденції до зниження. Прямі репродуктивні втрати від цієї проблеми щороку становлять 35–40 тис. ненароджених бажаних малюків. Понад 30–40% випадків захворювань новонароджених зумовлені передчасними пологами. З кожним роком зростає кількість дітей, які з'являються на світ із надзвичайно низькою масою тіла – менше 1000 г [5]. За даними літератури встановлено, що після двох попередніх викиднів ризик втрати наступної вагітності сягає 38%, а після трьох – 40–45%. Це пояснюють тим фактом, що виникає зрив адаптації, формується незавершена гестаційна домінанта, а комплексний вплив усіх несприятливих факторів проявляється системною відповіддю організму, такою, як дисгормональні порушення, запальні захворювання пологових шляхів та психоемоційний розлад [2].

Критерієм визначення рівня соціально-економічного благополуччя країни є показники здоров'я населення. Для вирішення демографічної проблеми в Україні у 2011 році прийнято розпорядження Кабінету Міністрів України про схвалення концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір». Тому на сьогодні в пріоритеті є збереження кожної вагітності, рання діагностика звичного невиношування та зменшення показників пренатальних втрат і народження здорової дитини.

Одним з варіантів репродуктивних втрат є антенатальна загибель плода (АЗП). За останні роки показник частоти АЗП не змінюється та знаходиться на високому рівні серед пренатальних втрат. За даними ВООЗ, мертвороджуваність у забезпечених сім'ях становить 14–18 на 1000 новонароджених, а в групі робітниць – 21–26. Серед факторів, що зумовлюють збільшення пренатальних втрат, виділяють соціально-економічні, біологічні, генетичні та інші. Конституція жінки може зумовити ускладнення для плода: пікнотичні жінки схильні до прееклампсії, і ризик мертвороджуваності з кожним тижнем гестації зростає [4], інфантильні – до передчасного переривання вагітності, астеничні – до гіпотонії. Генетичні фактори впливають на показники перинатальної захворюваності та смертності. Важливе значення має вік матері, сімейний стан, шкідливі звички, екстрагенітальна патологія, кількість попередніх пологів, маса плода, стан новонародженого, рівень підготовки медичного персоналу. Якщо вік матері більше 30 років, то частота мертвороджуваності коливається від 2 до 12%, а показник АЗП при перших пологах у жінок понад 45 років у 6 разів вищий, ніж у 20-річних [3, 8].

Також вагомим фактором у мертвородженні є патологічні стани, спричинені шкідливими звичками, особливо палінням, вживанням наркотичних засобів. Наявність у вагітної харчового дисбалансу, дефіцит мінерального та вітамінного комплексу сприяють пренатальним втратам – у першу чергу дефіцит фолієвої кислоти та оксиду азоту [7]. Патологія плаценти

та пуповини, наявність інфекції призводять до виникнення ризику передчасних пологів та збільшують відсоток АЗП [6].

Під час вагітності екзогенні та ендогенні фактори мають агресивніший вплив на плід у так звані критичні періоди розвитку, що характеризуються підвищеною чутливістю ембріона/плода до дії різних факторів. Розрізняють такі основні критичні періоди:

- I – кінець 1-го і весь 2-й тиждень гестації (період імплантації). Ефект пошкоджувального фактора реалізується найчастіше загибеллю зародка. Шкідливі фактори чинять ембріотоксичну дію;

- II – 6–8-й тиждень гестації (період органогенезу), коли розпочинається закладання та формування органів ембріона. Шкідливі фактори чинять тератогенну дію;

- III – 11–13-й тиждень вагітності, коли формується фетоплацентарний комплекс (період плацентарії).

До критичних періодів фетального розвитку також належать 15–20-й тиждень вагітності (швидке збільшення головного мозку) та 24–32-й тиждень (формування основних функціональних систем організму). Останні місяці вагітності характеризуються значною невідповідністю між припиненням збільшення маси плаценти та швидким збільшенням маси тіла плода.

Отже, визначено багато факторів, що можуть спричинювати мертвородження, і завданням кожного лікаря має бути встановлення причини, щоб попередити АЗП у подальшому та нейтралізувати наслідки. Визначення супутньої патології дозволяє виявити патогенетичну основу АЗП та завчасно її профілакувати.

**Мета дослідження:** на підставі аналізу випадків АЗП у КМПБ № 3 за 2014–2018 рр. визначити групу вагітних високого ризику щодо виникнення даної патології.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення мети проведено аналіз медичної документації (обмінні карти вагітних, історії пологів, результати патолого-анатомічного висновку, рецензії) 68 випадків АЗП у КМПБ № 3 за 2014–2018 рр.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Було проаналізовано 68 випадків АЗП за останні 5 років у Київському міському пологовому будинку № 3 (таблиця).

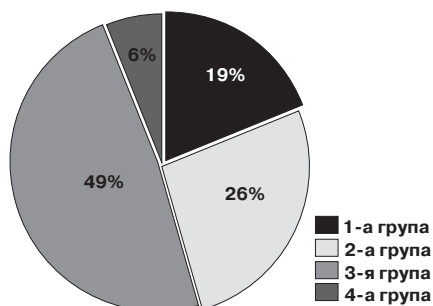
Середній показник частоти АЗП за 5 років на 1000 пологів становить 4%. Як видно з таблиці, у 2015 році зменшилась загальна кількість пологів, що пов'язано з несприятливими подіями на сході України, але у подальшому кількість пологів у КМПБ № 3 зростає. Кількість випадків антенатальної загибелі плода знаходиться приблизно на сталому рівні, що може свідчити про мультифакторність етіопатогенезу даної патології.

Вивчаючи причини мертвородження, пацієнток було розподілено на чотири групи (мал. 1):

- до 1-ї групи увійшли жінки, у яких антенатальна загибель плода відбулась у доношеному терміні гестації, без наявних структурних змін у системі мати–плацента–плід (n=13);
- до 2-ї групи – жінки з доношеною вагітністю, які мали ускладнення вагітності, обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез та/або екстрагенітальну патологію (n=18);

### Частота випадків антенатальної загибелі плода в КМПБ № 3 за 2014–2018 рр.

Рік	Загальна кількість пологів	Кількість випадків АЗП	Частота на 1000 пологів, %
2014	3816	14	3,7
2015	3169	13	4,1
2016	3342	18	5,4
2017	3424	10	2,9
2018	3539	13	3,7



Мал. 1. Розподіл вагітних з АЗП

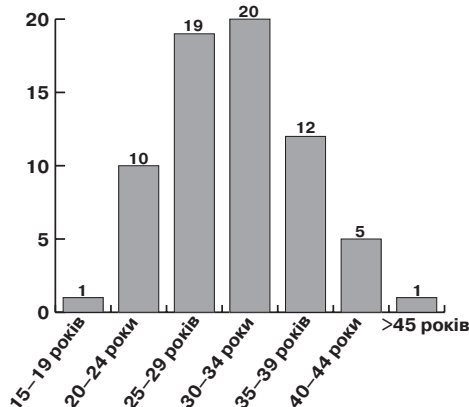
- до 3-ї групи включені жінки з недоношеною вагітністю та супутньою екстрагенітальною патологією (n=33);
- до 4-ї групи входили жінки необстежені, які не перебували на обліку з приводу вагітності (n=4) та щодо яких відсутні будь-які дані стосовно екстрагенітальної патології та ускладнень вагітності.

Серед жінок груп дослідження найбільша частка АЗП припадає на період вагітності до 37 тиж. Причинами мертвородження у цей період, в основному, стало передчасне відшарування плаценти на тлі пізнього гестозу, вади розвитку плода та фетоплацентарна недостатність.

На другому місці знаходяться жінки з доношеною вагітністю та ускладненнями під час вагітності (внутрішньоутробне інфікування, гестози) та/або екстрагенітальною патологією (вторинна артеріальна гіпертензія, захворювання щитоподібної залози, ожиріння). Причиною мертвородження у жінок 1-ї групи є обвиття пуповини навколо тулуба та/або ніжки плода або істинний вузол пуповини. Отже, потрібно особливу увагу приділяти пренатальній діагностиці, особливо щодо виявлення хронічних екстрагенітальних захворювань, позаяк III триместр є критичним: у 22–34 тиж вагітності вплив шкідливих факторів, зокрема гострих інфекційних захворювань матері, може призвести до передчасних пологів, народження дітей з низькою масою тіла, слабких і навіть до мертвородження.

Наступний етап даного дослідження – це розподілення вагітних з АЗП за віком. Вік вагітної є вагомим чинником у виникненні даної патології. З віком кількість екстрагенітальних нозологій, що виявляють у жінок, зростає (захворювання щитоподібної залози, гіпертензивні розлади, інфекції сечостатевої системи та інші). А ймовірність народити після 40 років дитину із синдромом Дауна становить 1:110, а у 45 років – 1:30, що теж є ризиком щодо АЗП (мал. 2).

Як видно з мал. 2, що найбільша кількість випадків АЗП спостерігається у віці 30–34 роки. У всіх жінок даної вікової групи



Мал. 2. Розподілення вагітних з АЗП за віком

встановлено обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез – мимовільний викидень або завмерла вагітність. Пацієнтки даної групи стали на облік щодо вагітності після 12 тиж (n=17), що свідчить про відсутність проведення прекоцепційної підготовки та корекції способу життя у ранніх термінах гестації.

## ВИСНОВКИ

Отже, було встановлено середній показник частоти виникнення антенатальної загибелі плода у КМПБ № 3 за 2014–2018 рр., який становить 4% (в Україні середній показник – 5,94%), що свідчить про своєчасне, адекватне надання медичної допомоги. Термін вагітності 24–32 тиж є критичним щодо мертвородження.

Під час розподілення вагітних з АЗП за віковими категоріями визначено, що дану патологію діагностували частіше у жінок віком 30–34 роки, які в анамнезі мали пренатальні втрати. Тому рекомендовано виконувати комплексне обстеження жінок на прегравідарному етапі, проводити визначення внутрішньоутробного стану плода (лабораторні методи дослідження, УЗД, оцінювання біофізичного профілю плода, кардіотокографія, доплерівське дослідження), консультувати вагітних у суміжних спеціалістів, використовувати сучасні методи моніторингу за станом плода під час пологів. Також необхідно залучати населення до освітньо-просвітницької роботи стосовно здорового способу життя та профілактики захворювань.

Перспективою подальшого вивчення проблеми невиношування є розроблення сучасних профілактично-лікувальних заходів, а також поглиблене вивчення патогенетичних аспектів антенатальної загибелі плода.

## Сведения об авторах

**Бенюк Василий Алексеевич** – Кафедра акушерства и гинекологии № 3 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03148, г. Киев, ул. В. Кучера, 7; тел.: (044) 405-60-33

**Гичка Назарий Михайлович** – Киевский городской родильный дом № 3, 03148, г. Киев, ул. В. Кучера, 7; тел.: (044) 405-60-33

**Котенок Антонина Сергеевна** – Кафедра акушерства и гинекологии № 3 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03148, г. Киев, ул. В. Кучера, 7; тел.: (044) 405-60-33. E-mail: doctortonya@ukr.net

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Стан здоров'я жіночого населення в Україні за 2014–2018 рр. /Міністерство охорони здоров'я України, Державний заклад «Центр медичної статистики МОЗ України».
2. Цыбульская О.В., Жаркин Н.А., Бурова Н.А. / Адаптивный потенциал пациенток из синдромом втрати плода //Вестник ВолГМУ. – 2012. – Вып. 1 (41).
3. Аналіз перинатальної захворюваності та смертності в умовах перинатального центру та шляхи її зниження/ Н.М. Пасієшвілі // Scientific Journal «ScienceRise». – 2016. – № 1/3 (18).
4. J Matern Fetal Neonatal Med. 2019 Feb; 32(3):434-441. 2017 Sep 27. The risk of perinatal mortality with each week of expectant management in obese pregnancies.
5. Волкова О.В. Психологічні особливості жінок різного віку із загрозою невиношування вагітності //Проблеми сучасної психології. – 2011. – Вып. 14.
6. Аганезов С.С. Возможности снижения риска преждевременных родов с позиции доказательной медицины [Текст] / С.С. Аганезов, Н.В. Аганезова // Акушерство и гинекология. – 2015. – № 4. – С. 62–68.
7. Кривицька Г.О. Профілактика перинатальних ускладнень у жінок із синдромом втрати плода. – Тернопіль, 2019.
8. Бербец А.М. Перебіг вагітності, пологів та стан плода у жінок, які перенесли загрозу переривання вагітності в I триместрі: Автореф. – К., 2005.

Статья поступила в редакцию 12.07.2019