

DOI: 10.52705/2788-6190-2025-01.1-04
УДК 618.3:616-053.31-037:616-055.25-06

Клінічні аспекти дискоординованої пологової діяльності у первородящих різного віку

А. О. Семенюк

Національний університет охорони здоров'я імені П. Л. Шупика, м. Київ

Мета дослідження: вивчити клінічні аспекти дискоординованої пологової діяльності у первородящих різного віку.

Матеріали та методи. Для виконання наукової роботи було обстежено 100 жінок різного віку з доношеною вагітністю в терміні 38–41 тиж. Усі пацієнтки при госпіталізації підписували інформовану згоду на проведення обстеження і лікування.

Ретроспективно всі жінки були розподілені на три клінічні групи. До I клінічної групи (контрольної) увійшли 40 жінок, в яких пологова діяльність почалася спонтанно в строк і закінчилася фізіологічними пологами. II група представлена 20 жінками також із спонтанними терміновими пологами, що завершилися шляхом кесарева розтину через дискоординацію пологової діяльності. Найчастішим її проявом є дисточія шийки матки, що і визначило наш інтерес до цієї патології. У III групу включено 40 жінок, розроджених шляхом кесарева розтину в плановому порядку, в терміні доношеної вагітності, через міопію високого ступеня обох очей, рубця на матці.

Результати. У всіх жінок II групи дискоординована пологова діяльність розвинулася в латентній або на початку активної фази першого періоду пологів. Вона характеризувалася гіпертонусом міометрія, на тлі якого спотворювалася скоротлива активність матки. Тонус міометрія, зокрема нижнього сегмента, внутрішнього і зовнішнього зівів матки були підвищені, ритм пологової діяльності був неправильний, періоди скорочення і розслаблення матки (систола і діастола переймів) спостерігалися то тривалі, то короткі, амплітуда (сила переймів) була нерівномірною, пологова діяльність хвороблива. Характерними для жінок цієї групи були вегетативні порушення різного ступеня вираженості: нудота, блювання, тахікардія або брадикардія, вегетативна судинна дистонія, блідість або виражена гіперемія обличчя, пітливість.

Висновки. Результати проведених досліджень свідчать, що дискоординована пологова діяльність має специфічні клінічні аспекти у жінок різного віку. Це необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів у жінок групи високого ризику з урахуванням віку пацієнток.

Ключові слова: дискоординована пологова діяльність, перші пологи, вік жінок.

Клінічний перебіг пологів, їх тривалість, величина крововтрати, результат пологів для матері і новонародженого багато в чому визначаються скоротливою функцією матки [1, 2].

Порушення пологової діяльності майже завжди супроводжуються зміною матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровообігу, зтяжним перебігом пологів, підвищеною частотою акушерського травматизму, незрідка патологічною крововтратою в послідовому і ранньому післяпологовому періодах, а головне – перинатальною захворюваністю і смертністю [3, 4].

Скоротлива функція матки регулюється складними нейрогуморальними, ендокринними, клітинно-молекулярними й іншими механізмами. З розширенням наукових знань з даних питань відкривається більше можливостей для прогнозування різних патологічних станів скоротливої діяльності матки [5, 6].

Проте дотепер залишаються недостатньо вивченими і суперечливими відомості про фізіологію і патологію пологової перейми. Немає переконливих даних щодо етіології і патогенезу різних видів аномалій пологової діяльності. Мало вивчені чинники, здатні впливати на якість скорочень м'язів матки, а, отже, немає досить обґрунтованих підходів до терапії цієї патології пологів [7, 8].

Вочевидь, причини виникнення аномалій пологової діяльності на сучасному рівні розвитку медицини слід шукати на клітинному рівні. Перспективним напрямом своєчасного прогнозування порушень пологової діяльності є дослідження цитокінів, ростових чинників і різних біоактивних речовин, що беруть участь в регуляції скоротливої активності матки [9–13]. Первинне значення мають клінічні аспекти дискоординованої пологової діяльності у первородящих різного віку.

Мета дослідження: вивчити клінічні аспекти дискоординованої пологової діяльності у первородящих різного віку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для виконання наукової роботи було обстежено 100 жінок різного віку з доношеною вагітністю в терміні 38–41 тиж. Усі пацієнтки при госпіталізації підписували інформовану згоду на проведення обстеження і лікування.

Ретроспективно всі жінки були розподілені на три клінічні групи.

До I клінічної групи (контрольної) увійшли 40 жінок, в яких пологова діяльність почалася спонтанно в строк і закінчилася фізіологічними пологами.

II група представлена 20 жінками також із спонтанними терміновими пологами, що завершилися шляхом кесарева розтину через дискоординацію пологової діяльності. Найчастішим її проявом є дистопія шийки матки, що і визначило наш інтерес до даної патології.

У III групу включено 40 жінок, розроджених шляхом кесарева розтину в плановому порядку у терміні доношеної вагітності, через міопію високого ступеня обох очей, рубця на матці.

При обстеженні учасниць дослідження використовували загальноприйняті методи: збір анамнезу, скарг, огляд, загально-лабораторні дослідження, ультразвукове і доплерометричне дослідження фетоплацентарної гемодинаміки. Для оцінювання стану мікробіоценозу пологових шляхів застосовували мікробіологічне обстеження і ПЛР-діагностику. У пологах використовували інструментальний метод кардіотокографію (непрямий метод) і вели партограму.

Вік обстежених пацієнток був у межах від 18 до 41 року. Розподіл вагітних за віком представлений у таблиці.

Розподіл пацієнток клінічних груп за віком

Вік вагітних, роки	Клінічна група							
	I група, n = 40		II група, n = 20		III група, n = 40		Усього, n = 100	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
18–19	4	10,0	-	-	1	2,5	5	5
19–24	8	20,0	9	45,0	9	22,5	26	26,0
25–28	10	25,0	5	25,0	16	40,0	31	31,0
29–35	12	30,0	6	30,0	11	27,5	29	29,0
36–40	6	15,0	-	-	3	7,5	9	9,0

Вік переважної більшості вагітних у клінічних групах становив 25–35 років. Середній вік жінок у клінічних групах становив: у I – $28,0 \pm 2,4$ року; у II – $29,2 \pm 2,7$ року; у III – $29,8 \pm 2,3$ року. Усі обстежувані пацієнтки були зіставні за віком.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Порівняльний аналіз особливостей перебігу вагітності у пацієнток клінічних груп виявив істотні відмінності. У жінок II і III груп частіше спостерігалися такі ускладнення, як загроза переривання вагітності, плацентарна недостатність і затримка росту плода, багатоводдя. У жінок II групи багатоводдя зустрічалося в 1,6 раза частіше, у пацієнток III групи – в 2 рази частіше, ніж у контрольній групі. Загроза переривання вагітності у жінок у III клінічній групі спостерігалася відповідно в 1,5 і 1,9 раза частіше, ніж у контрольній і II групах. Частота зустрічання анемії вагітних і гестаційного цукрового діабету у всіх клінічних групах достовірно не відрізнялася ($p > 0,05$).

Для оцінювання скоротливої діяльності матки під час пологового акту використовували пальпаторний контроль і об'єктивну реєстрацію скорочень матки за допомогою спеціального апаратури (кардіотокографія). Для аналізу ефективності пологової діяльності вели партограму, що наочно відображає темп розкриття шийки матки в тимчасовому аспекті.

У пацієнток I групи пологи мали фізіологічний період і характеризувалися наступними показниками:

- живий (здоровий) плід при нормальному функціонуванні плаценти (відсутність плацентарної дисфункції);
- координована пологова діяльність, що не вимагає коригуючої терапії;
- нормальний біомеханізм пологів;
- своєчасне вилиття навколоплідних вод (розкриття шийки матки 6–8 см) – активна фаза першого періоду пологів;
- відсутність акушерського травматизму (розриви пологових шляхів);
- тривалість пологів у первородящих становила від 7 до 9 год, у повторнородящих – від 5 до 7,5 год;
- фізіологічна крововтрата у послідовий і ранній післяпологовий період (що не перевищує 0,5% від маси тіла).

У первородящих цієї групи перший період пологів був від 6 до 8 год, у повторнородящих – 4,5–7 год.

Латентна фаза пологів у середньому тривала $3,0 \pm 0,5$ год у первородящих і $2,0 \pm 0,6$ год у повторнородящих. Перейми фіксували спочатку з частотою 1–2 за 10 хв,

тонус матки становив 10 мм рт. ст. Тривалість скорочення матки (систола переймів) була приблизно 30–40 с, розслаблення (діастола переймів) – 80–120 с. В активну фазу пологів частота сутичок зростала до 3–5 за 10 хв, тривалість систоли і діастоли – до 60–90 с.

Враховуючи дані вагінальних досліджень, швидкість відкриття шийки матки в латентну фазу першого періоду пологів у первородящих становила 0,3–0,4 см/год; у повторнородящих – 0,4–0,5 см/год; в активну фазу – 1,5–1,7 см/год у первородящих і 2,0–2,3 см/год у повторнородящих.

У всіх жінок II групи дискоординована пологова діяльність розвинулася в латентний період або на початку активної фази першого періоду пологів. Вона характеризувалася гіпертонусом міометрія, на фоні якого спотворювалася скоротлива активність матки. Тонус міометрія, зокрема нижнього сегмента, внутрішнього і зовнішнього зіву матки були підвищені, ритм пологової діяльності був неправильний, періоди скорочення і розслаблення матки (систола і діастола переймів) спостерігалися то тривалі, то короткі, амплітуда (сила переймів) була нерівномірна, пологова діяльність хвороблива. Характерними для жінок цієї групи були вегетативні порушення різного ступеня вираженості: нудота, блювання, тахікардія або брадикардія, вегетативна судинна дистонія, блідість або виражена гіперемія особи, пітливість.

Клінічні ознаки пологової діяльності жінок III групи:

- перейми нерівномірні за частотою, силою, тривалістю;
- виникали через 1–2–5–3–7–1 хв, амплітуда скорочення матки то знижувалася, то різко зростала, тривалість систоли і діастоли були різні;
- переважала тривалість систоли над діастолю або виникали зворотні співвідношення;
- спостерігалася різка хворобливість переймів;
- між переймами матка достатньою мірою не розслаблялася;
- подовження латентної і активної фази пологів, незважаючи на сильну пологову діяльність.

ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що дискоординована пологова діяльність має специфічні клінічні аспекти у жінок різного віку. Це необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів у жінок групи високого ризику з урахуванням віку пацієнток.

Clinical aspects of disordinated labor activity for primiparous different age A. O. Semenyuk

The objective: to learn the clinical aspects of disordinated of labor activity for primiparous of different age.

Materials and methods. For implementation of the advanced study 100 women were inspected different age with the worn pregnancy in a term 38–41 week. All patients during hospitalization signed the informed consent to the conduct of inspection and treatment. Retrospectively all women parted on three clinical groups. 40 women in which a labor activity began spontaneously in time and made of physiology births entered in the I clinical group (control). The II group is presented by 20 women also with spontaneous urgent births which was completed by an operation caesarean section to the section through discoordination of labor activity. Its most frequent display is a dystocia of cervix, that and defined our interest to this pathology. In the III group 40 women born by an operation caesarean section in the planned order, in the term of the worn pregnancy through myopia of high degree of both eyes, scar on an uterus.

Results. For all women of the II group disordinated labor activity developed in latent or at the beginning of active phase of the first period of births. It was characterized by hypertone of

myometrium, which retractive activity of uterus was distorted on a background. Tone of myometrium, including, lower segment, internal and external pharynx of uterus were enhanceable, the rhythm of labor activity was wrong, the periods of reduction and weakening of uterus (systole and diastole of birth pangs) were observed both protracted or short, amplitude (force of birth pangs) was uneven, labor activity sickly. Characteristic for the women of this group were vegetative violations of different degree of expressed: nausea, vomit, tachycardia or bradycardia, vegetative vascular dystonia, pallor or expressed hyperemia of person, sweating.

Conclusions. The results of the conducted researches testify that disordinated labor activity has specific clinical aspects for women different age. It must be taken into account at development of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic measures for the women of group of high risk recognition age of patients.

Keywords: *disordinated labor activity, first births, different age.*

Відомості про автора

Семенюк Андрій Олександрович – Національний університет охорони здоров'я імені

П. Л. Шупика, м. Київ

ORCID: 0009-0001-0652-7562; e-mail: andrijsemenu@gmail.com

Information about the author:

Semenyuk Andrey O. – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

ORCID: 0009-0001-0652-7562; e-mail: andrijsemenu@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ahamed M., 2022. Placental lead-induced oxidative stress and preterm delivery / M. Ahamed, P. K. Mehrotra, P. Kumar, M. K. Siddiqui // Environ. Toxicol. Pharmacol.:27:70-4.
2. Alfrevic Z., 2021. Doppler ultrasonography in high-risk pregnancies: systematic review with meta-analysis / Z. Alfrevic, J.P. Neilson // Am. J. Obstet. Gynecol.:172:1379–87.
3. Angel J.L., 2020. Aggressive perinatal care for high-order multiple gestations: Does good perinatal outcome justify aggressive assisted reproductive techniques? / Angel J.L., Kalter C.S., Morales W.J. // Am. J. Obstet. Gynecol.:181:2:253-9.
4. Atalla R.K., 2022. Newborn acid-base status and umbilical cord morphology / R.K. Atalla, K. Abrams, S.C. Bell // Obstet. Gynecol. :92:865-98.
5. Barker D. J., 2023. The obstetric origins of health for a lifetime / D.J. Barker, K.L. Thornburg // Clin Obstet Gynecol.:56:3:511-9.
6. Bektukhambetov Y., 2021. Metabolic and immunologic aspects of fetoplacental insufficiency / Y. Bektukhambetov, A. Mamyrbayev, T. Dzharfenov [et al.] // Am J. Reprod Immunol.:76:4:299-306. Behrman, 2022. R.E. Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention / R.E. Behrman, A.S. Butler (editors). – Washington (DC):1232.
7. Bogatti P., 2023. Feto-placental haemodynamics in growth retardation : A pulsed Doppler study / Bogatti P., Vaglio P.C., Rustia D. // Europ. J. Obstet. Gynecol.:31:3:213-9.
8. Butchon R., 2023. Birth rates and pregnancy complications in adolescent pregnant women giving birth in the hospitals / R. Butchon, T. Liabsuetrakul, E. McNeil, Y. Suchonwanich // J Med Assoc Thai.:97:8:41-4.
9. Buchhols E.S., 2023. Children of adolescent mothers: are they at risk for abuse ? / Buchhols E.S., Korn-Bursztyn C. // Adolescence. :2:361-82.
10. Callaway L.K., 2023. Pregnancy outcomes in women of very advanced maternal age / L.K. Callaway, K. Lust, H.D. McIntyre // Aust N Z J Obstet Gynaecol.:45:12-6.
11. Campbell S., 2023. Doppler investigation of the fetal circulation / S. Campbell, S. Vyas, K.H. Nicolaides // J. of Perinatal Med.:19:12:21-6.
12. Chan B.C., 2022. Influence of parity on the obstetric performance of mothers aged 40 years and above / B.C. Chan, T.T. Lao // Hum. Reprod.:14:833-7.
13. Chernauek S.D., 2022. Update: consequences of abnormal fetal growth / S.D. Chernauek // J. Clin Endocrinol Metab.:97:3:689-95.