

Перинатальні наслідки розродження жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді

О.А. Ковалишин

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

Питання збереження репродуктивного здоров'я жінки протягом багатьох років не втрачає своєї актуальності. Фундаментальні дослідження останніх десятиліть дозволили визначити основні механізми функціонування жіночої репродуктивної системи, але поодинокими залишаються дослідження щодо особливостей перебігу вагітності, ускладнень пологів і стану новонароджених у жінок із порушеннями менструальної функції в пубертатному періоді.

Мета дослідження: за даними лабораторних та інструментальних методів дослідження вивчити особливості пологів і стану новонароджених у жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді.

Матеріали та методи. За характером порушень основну групу вагітних ($n=120$), які мали розлади менструальної функції в пубертатному періоді, було розподілено на три підгрупи: 1-а підгрупа – 40 вагітних з первинною олігоменореєю в анамнезі, 2-а підгрупа – 40 вагітних з пізнім віком менархе, 3-я підгрупа – 40 вагітних з пубертатними кровотечами. У контрольну групу увійшли 40 вагітних з правильним ритмом менструацій у пубертаті.

Результати. У ході клінічного дослідження відзначали достовірні розбіжності біологічної неготовності організму до пологів у всіх підгрупах основної групи вагітних порівняно з контрольною групою. У 35 (29,2%) вагітних, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді, в передбачуваний термін пологів відзначено «незрілу» або недостатньо «зрілу» шийку матки, що мало значення у порушенні пологової діяльності при мимовільних пологах у потиличному передлежанні і збільшенні частоти розродження шляхом кесарева розтину (КР). Кесарів розтин проведено у 51 (42,5%) вагітної основної групи: плановий КР – у 39 (32,5%), терміновий у пологах – у 12 (10,0%) жінок. У групі вагітних із правильним ритмом менструацій мимовільні пологи відбулися у 37 (92,5%) жінок, плановий КР через звужений таз і великий плід – у 2 (5,0%), екстрений КР – в 1 (2,5%) випадку.

Частота ускладнень у пологах (порушення пологової діяльності, передчасний розрив плодових оболонок, кровотечі) в основній групі у 4 рази вище, ніж у групі контролю ($p<0,001$), у порівняльному аспекті між підгрупами розбіжності недостовірні. Виявлено, що 95,2% новонароджених від матерів, які мали по-

рушення менструальної функції у пубертатному періоді, були у задовільному стані. Оцінка за шкалою Апгар достовірно вища у новонароджених від матерів, які отримали прегравідарну підготовку. Частота окремих станів, що виникають у перинатальному періоді, найвища у новонароджених від матерів із первинною олігоменореєю в анамнезі.

Заклучення. Результати проведених досліджень підтверджують наявність біологічної неготовності організму до нормального перебігу пологів у жінок, які мали порушення менструальної функції у пубертатному періоді, про що свідчать порушення пологової діяльності, основним предиктором яких слід відзначити плацентарну дисфункцію. Частота окремих станів, що виникають у перинатальному періоді, достовірно вище, ніж у новонароджених від матерів, що мали правильний ритм менструацій.

Знизити частоту акушерських і перинатальних ускладнень у жінок зі зниженим репродуктивним потенціалом можливо шляхом оптимізації програми прегравідарної підготовки та впровадження науково обґрунтованого комплексу лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: пубертатний період, менархе, олігоменорея, пубертатні кровотечі, вагітність, пологи, перинатальні наслідки.

Основна функція репродуктивної системи жінки – настання вагітності і народження здорового потомства, тому питання збереження її репродуктивного здоров'я впродовж багатьох років не втрачає своєї актуальності. Фундаментальні дослідження останніх десятиліть дозволили визначити основні механізми функціонування жіночої репродуктивної системи, але поодинокими залишаються дослідження щодо особливостей перебігу вагітності, ускладнень пологів і стану новонароджених у жінок з порушеннями менструальної функції в пубертатному періоді.

Пологи – це кінцевий, кульмінаційний етап розвитку вагітності. Будучи невід'ємною частиною цього процесу, пологи залежать від функціонування окремих складових етапів розвитку вагітності, а також від початкового стану як материнського організму, так і окремих його ефektorних органів [1]. У жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді, відзначають понад 70% ускладнень вагітності, при цьому перебіг пологів частіше ускладнювався аномаліями пологової діяльності (57,0%) та патологією післяпологового періоду (15,8%). Відсоток оперативного розродження достовірно вищий (25,4%) проти даних у жінок із фізіологічним пубертатом (4,6%). Природним шляхом закінчилися пологи у 74,6% жінок, більше народжувалось дітей з ознаками хронічної внутрішньоутробної гіпоксії (28,1%) та асфіксії у пологах (67,5%) [2–4].

Фізіологічний перебіг пологів можливий лише за наявності сформованої родової домінанти, яка приходить на зміну виснаженій домінанті вагітності і об'єднує в єдину динамічну систему як вищі нервові центри, так і виконавчий орган [1]. Клінічну діагностику до пологів проводять шляхом вивчення певних характерних змін, які відбуваються в організмі жінки. По-перше, це зміни в шийці матки. Протягом усього періоду гестації шийка матки зберігає щільну консистенцію, функціонує як замок, що закриває вихід із порожнини матки. Це сприяє виношуванню вагітності до пологів. Однак ближче до кінця вагітності в шийці матки відбуваються морфологічні, біо- та гістохімічні процеси, які змінюють структуру органа. У результаті цих змін шийка вкорочується і розм'якшується, що полегшує процес народження плода

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

і плаценти. Розм'якшення і вкорочення прийнято називати «дозріванням» шийки матки. Протягом останніх 40 років клінічну оцінку «зрілості» шийки матки проводять за шкалою Бішопа [5].

Готовність організму до пологів можна визначити також за іншими ознаками:

- використовуючи спеціальну апаратуру, вивчають тонус, збудливість і скоротливість активності міометрія;
- для оцінювання функціонального стану матки проводять окситоциловий тест;
- при наближенні терміну пологів у вагінальних мазках відбувається «естрогенізація» у вигляді наростання кількості поверхневих клітин і зменшення базально-філіальних клітин багатоядерного плоского епітелію [5].

Отже, визначення ступеня готовності організму до пологів має велике практичне значення, оскільки дозволяє певною мірою прогнозувати особливості перебігу пологів і передбачати можливість настання аномалій пологової діяльності, особливо, якщо на етапі преконцепційного обстеження було виявлено передумови для їхнього розвитку.

Причини або стани, які сприяють виникненню аномалій пологової діяльності, різноманітні. Їх можна систематизувати в декілька основних груп:

1. Патологія материнського організму (соматичні і нейроендокринні захворювання, порушення регулюючого впливу ЦНС і вегетативної системи; ускладнений перебіг вагітності (гестози, загроза переривання); патологічна зміна міометрія (фіброміома, перенесений запальний процес); занадто розтягнута матка (великий плід, багатоводдя, багатопліддя); генетична патологія та ін.
2. Патологія плода і плаценти (вади розвитку нервової системи плода; аплазія наднирників плода; передлежання плаценти та низьке розташування; прискорене або запізніле дозрівання плаценти тощо).
3. Механізми перешкоди для просування плода (вузький таз, пухлини малого таза; неправильне положення плода (косе або поперекове); неправильні вставлення голівки; анатомічна ригідність шийки матки).
4. Неодночасна готовність організму матері і плода до пологів.
5. Стресовий фактор (джерела стресу різні для кожної жінки, але підвищення при такому стані рівня стресових гормонів може призвести до слабкості пологової діяльності).
6. Ятрогенний чинник.

Кожний із даних факторів може діяти як самостійно, ускладнюючи перебіг пологів, так і в різних поєднаннях [5]. Тому основною метою надання допомоги під час пологів є забезпечення безпеки для жінки та дитини при мінімальному втручанні у фізіологічний процес шляхом:

- ретельного моніторингу стану матері, плода та прогресування пологів;
- створення умов для надання невідкладної допомоги породіллі та новонародженому;
- проведення заходів, що спрямовані на попередження інфекційних та гнійно-запальних ускладнень;
- впровадження та суворе дотримання принципів «теплого ланцюжка» [6].

І хоча на сьогодні остаточно не визначені патогенетичні аспекти порушення репродуктивного здоров'я жінок із патологічним перебігом пубертату, але впевнено можна стверджувати, що практично всі соматичні і гінекологічні захворювання цього періоду, які в майбутньому можуть впливати на зачаття, виношування і пологи, асоціюються із розладами менструального циклу. Без сумніву, попередити

зниження репродуктивного потенціалу не завжди є можливим, але знання факторів, що сприяють його пошкодженню, дозволяють формувати групи ризику ще на доклінічному етапі, а проведення грамотної прегравідарної підготовки у жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді, дозволить знизити частоту акушерських і перинатальних ускладнень.

Мета дослідження: за даними лабораторних та інструментальних методів дослідження вивчити особливості перебігу пологів і стану новонароджених у жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Клінічне дослідження перебігу вагітності проведено у 120 жінок репродуктивного віку, що мали порушення менструальної функції в пубертаті (основна група). За характером порушень в основній групі виділено три підгрупи:

- 1-а підгрупа – 40 вагітних з первинною олігоменореєю в анамнезі;
- 2-а підгрупа – 40 вагітних з пізнім віком менархе;
- 3-я підгрупа – 40 вагітних з пубертатними кровотечами.

До контрольної групи увійшли 40 вагітних із правильним ритмом менструацій в пубертатному періоді. Середній вік жінок контрольної групи становив $24,3 \pm 0,5$ року ($p < 0,05$).

Критерії включення до основної групи:

- жінки репродуктивного віку (середній вік – $25,8 \pm 0,9$ року) з порушеннями становлення менструальної функції в анамнезі;
- одноплідна вагітність;
- обстеження в I триместрі вагітності;
- письмова згода пацієнтки на участь у дослідженні.

Критерії виключення з основної групи:

- екстрагенітальні захворювання в стадії суб- і декомпенсації, в тому числі хвороби ендокринної системи, розлади харчування і порушення обміну речовин;
- наявність вродженої патології та/або аномалії жіночих статевих органів;
- хронічні інфекційні захворювання і загострення під час вагітності;
- відмова від участі у дослідженні.

В основній групі 23 (19,2%) жінки до планування вагітності з метою контрацепції приймали низькодозовані монофазні КОК, 7 (5,8%) – гестагени. Прегравідарну підготовку отримали 72 (0,0%) жінки в основній групі, з них 36 (50,0%) – із застосуванням гестагенів. У контрольній групі прегравідарну підготовку отримали 16 (40,0%) жінок.

Збір анамнезу тривав за загальноприйнятною схемою, результати клініко-лабораторного обстеження на прекоцепційному етапі, показники динамічного клініко-лабораторного моніторингу, випадки ускладнень реєстрували в індивідуально розроблених картах спостереження. Ехографічне дослідження вагітних відбувалось у термінах 11–14, 18–21, 30–34 і 36–40 тиж. У 11–16 тиж проведено оцінювання росту плода (кардіотокографія) і його життєдіяльності, а в термінах 18–21 і 30–34 тиж визначали фетометричні показники, оцінювали розташування і товщину плаценти, об'єм амніотичної рідини.

Для об'єктивного судження про ступінь достовірності результатів дослідження застосовували варіаційно-статистичний метод аналізу отриманих даних за до-

помогою пакета статистичних програм Microsoft Office Excel 2007, «Statistica 6.0». Оцінювання статистичної значущості відмінностей проводили за параметричним t-критерієм Стюдента для незалежних вибірок ($M \pm \sigma$). Відмінності в усіх випадках оцінювали як статистично значущі при $p < 0,05$. Силу кореляційного зв'язку між досліджуваними ознаками визначали за критерієм кореляції Спірмена.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Усі вагітні з порушеннями менструальної функції в пубертатному періоді були розроджені. В основній групі одноплідні мимовільні пологи у потиличному передлежанні відбулися у 69 (57,5%) жінок. Розродження шляхом кесарева розтину (КР) у нижньому матковому сегменті проведено у 51 (42,5%) вагітної, в тому числі: плановий КР – у 39 (32,5%), терміновий у пологах – у 12 (10,0%).

У групі контролю одноплідні мимовільні пологи у потиличному передлежанні відбулися у 37 (92,5%) жінок, шляхом планового КР (звужений таз і великий плід) – у 2 (5,0%), екстрений КР при утруднених пологах внаслідок випадіння ручки плода – в 1 (2,5%) випадку.

В основній групі у 35 (29,2%) вагітних у передбачуваний термін пологів було виявлено «незрілу» або недостатньо «зрілу» шийку матки, у контрольній групі – 1 випадок (2,5%; $p < 0,001$).

Достовірні розбіжності біологічної неготовності організму до пологів («зрілість» шийки матки) відзначали в усіх підгрупах основної груп порівняно з контрольною групою:

- у групі з олігоменореєю в анамнезі – 14 випадків (35,0%; $p < 0,001$);
- з пізнім віком менархе – 10 випадків (25,0%; $p < 0,01$);
- з пубертатними кровотечами – 11 випадків (27,5%; $p < 0,01$).

Найчастішими показаннями до розродження шляхом планового КР були:

- 1) «незріла» шийка матки у передбачуваний термін пологів і невдала спроба стимуляції пологів інструментальними методами (13,3%);
- 2) безпліддя, пов'язане з відсутністю овуляції в анамнезі і «незріла» шийка матки у передбачуваний термін пологів (10,0%);
- 3) прееклампсія і невдала спроба стимуляції пологів (5,0%).

Між підгрупами основної групи частота розродження шляхом планового КР достовірно не відрізнялась.

Самостійні пологи при одноплідній вагітності у потиличному передлежанні планувалися у 81 (67,5%) вагітної основної групи, у групі контролю – у 38 (2 випадки КР у зв'язку з невідповідністю розмірів таза і плода у жінок із вузьким тазом і великим плодом), що становило 95,0% від числа вагітних контрольної групи. Частота ускладнень у пологах в основній групі в 4 рази вище порівняно з контрольною групою ($p < 0,001$). У порівняльному аспекті між підгрупами достовірних розбіжностей не встановлено.

Привертає увагу той факт, що порушення пологової діяльності було зафіксовано у 17 (21,0%) жінок основної групи. Первинну слабкість пологової діяльності і дискоординовану пологову діяльність діагностовано в усіх підгрупах, вторинну слабкість пологової діяльності – у двох жінок з первинною олігоменореєю в анамнезі. У 12 (70,6%) із 17 жінок основної групи медикаментозне лікування порушень пологової діяльності було неефективним. Розродження проведено шляхом термінового КР, у тому числі: при дискоординованій пологовій діяльності ($n=9$) і первинній слабкості пологової діяльності ($n=3$). У підгрупах основної групи терміновий КР було проведено у 5, 4 і 3

випадках відповідно. У двох жінок із первинною олігоменореєю в анамнезі при вторинній слабкості пологової діяльності у другому періоді пологів і появі ознак дистресу плода розродження проведено із застосуванням вакуум-екстрактора.

Кровотеча в ранній післяпологовий період при мимовільному розродженні спостерігалась у 4 (4,9%) породіль основної групи. Заходи щодо зупинки кровотечі і адекватна інфузійно-трансфузійна терапія були ефективними.

Отже, у 29,2% жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді, у передбачуваний термін пологів відзначено «незрілу» або недостатньо «зрілу» шийку матки, що мало значення в порушенні пологової діяльності при мимовільних пологах у потиличному передлежанні і збільшенні частоти розродження шляхом КР.

У матерів, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді, народилось 120 малюків (основна група), у матерів із правильним ритмом менструацій (контрольна група) – 40 немовлят. Розподіл новонароджених за підгрупами відповідав підгрупам їхніх матерів. Усі діти народились у передбачуваний термін пологів.

Із 120 новонароджених основної групи 115 (95,8%) народились з оцінкою за шкалою Апгар на 1-й і 5-й хвилині 7–10 балів, 5 (4,2%) – у помірній асфіксії з оцінкою за шкалою Апгар 6 балів. У матерів із первинною олігоменореєю в анамнезі (1-а підгрупа) у помірній асфіксії було 2 (5,0%) новонароджених, з пізнім віком менархе (2-а підгрупа) – 1 (2,5%), з пубертатними кровотечами (3-я підгрупа) – 2 (5,0%). Реанімаційні заходи в усіх випадках були ефективними.

У групі контролю всі новонароджені за шкалою Апгар на 1-й і 5-й хвилині були оцінені у 7–10 балів. У новонароджених основної групи від матерів, які планували вагітність і отримували прегравідарну підготовку, оцінка за шкалою Апгар на 1-й хвилині була вище, ніж у тих, хто її не отримав ($p < 0,01$). Така закономірність простежувалась у новонароджених від матерів 1-ї і 2-ї підгруп ($p < 0,05$). На 5-й хвилині після народження вона зберігалась у немовлят 2-ї підгрупи ($p < 0,01$), що свідчило про гарну адаптацію новонароджених (табл. 1).

При інтегральному аналізі міжсистемних взаємовідносин між оцінкою новонароджених за шкалою Апгар на 1-й хвилині і товщиною плаценти при ехографічному

Таблиця 1

Оцінка новонароджених за шкалою Апгар у матерів обстежуваних груп

Група		На 1-й хвилині		На 5-й хвилині	
		1	2	1	2
Контрольна, n=40		8,25±0,25	7,94±0,20	8,38±0,26	8,48±0,14
Основна, n=120		8,08±0,10	7,56±0,11 $p < 0,01$	8,67±0,09	8,28±0,09 $p < 0,01$
Підгрупа	1-а, n=40	8,00±0,14	7,25±0,25 $p < 0,05$	8,50±0,14	8,25±0,25
	2-а, n=40	8,17±0,17	7,68±0,15 $p < 0,05$	8,92±0,13	8,36±0,12 $p < 0,01$
	3-я, n=40	8,10±0,35	7,56±0,24	8,60±0,22	8,11±0,11

Примітка: p – ступінь достовірності відмінностей показників між новонародженими від матерів, які отримували прегравідарну підготовку, і тих, хто її не отримував.

¹ – новонароджені від матерів, які отримували прегравідарну підготовку.

² – новонароджені від матерів, які не отримували прегравідарну підготовку.

Таблиця 2

Розподіл новонароджених за масою тіла від матерів обстежуваних груп

Група		Маса тіла, г							
		2500–2999		3000–3499		3500–3999		≥4000	
		Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Контрольна, n=40		1	2,5	23	57,5	12	30,0	4	10,0
Основна, n=120		11	9,2	54	45,0	46	38,3	9	7,5
Підгрупа	1-а, n=40	5	12,5	15	37,5	17	42,5	3	7,5
	2-а, n=40	4	10,0	20	50,0	13	32,5	3	7,5
	3-я, n=40	2	5,0	19	47,5	16	40,0	3	7,5

дослідженні в терміні вагітності 30–34 тиж у матерів із первинною олігоменореєю в анамнезі і пізнім віком менархе встановлено середню пряму кореляційну залежність ($r=0,335$; $p=0,019$ і $r=0,505$; $p=0,020$ відповідно), у матерів із пубертатними кровотечами була пряма кореляційна залежність ($r=0,778$; $p=0,023$). У новонароджених від матерів із пізнім віком менархе між оцінкою за шкалою Апгар на 5-й хвилині і товщиною плаценти в терміні вагітності 30–34 тиж встановлена середня пряма кореляційна залежність ($r=0,504$; $p=0,020$).

Середня маса тіла новонароджених від матерів, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді, відповідала гестаційному віку і достовірно не відрізнялась від контрольної групи (табл. 2). В основній групі 11 (9,2%) новонароджених були «маловаговими» для гестаційного віку, у групі контролю – 1 (2,5%). У матерів із первинною олігоменореєю в анамнезі у 2,5 разу частіше фіксували «маловагових» новонароджених, ніж у матерів із пубертатними кровотечами.

Під час інтегрального аналізу міжсистемних взаємовідносин між показниками маси тіла новонародженого і параметрами ультразвукової фотометрії в терміні вагітності 18–21 тиж у жінок з порушеннями менструальної функції в пубертаті визначалась середня пряма кореляційна залежність між масою тіла новонародженого і біпаріетальним розміром (БПР) голівки ($r=0,571$; $p=0,006$); довжиною стегна (ДС) ($r=0,465$; $p=0,034$), окружністю голівки (ОГ), ($r=0,498$; $p=0,018$), що свідчило про відповідність розмірів плода у 18–21 тиж гестаційному віку.

Частота окремих станів, що виникали в перинатальному періоді (табл. 3), у новонароджених від матерів основної групи у 3 рази вище, ніж у новонароджених контрольної групи ($p<0,05$) і найвища у немовлят від матерів із первинною олігоменореєю в анамнезі ($p<0,05$).

Дихальні розлади в ранньому неонатальному періоді були у новонароджених від матерів основної групи у помірній асфіксії (2,5%). У групі контролю і 2-й підгрупі новонароджених дихальні розлади не виявлені. Порушення церебрального статусу новонародженого в основній групі спостерігалися у 2,3 разу частіше, ніж у групі контролю, між підгрупами розбіжності статистично незначущі.

Під час аналізу величини плацентарно-плодового коефіцієнту встановлено, що у жінок 2-ї і 3-ї підгруп він був статистично значуще вищий порівняно з контрольною

Таблиця 3

Частота і структура окремих станів, які виникли в перинатальному періоді у новонароджених від матерів обстежуваних груп

Група		Дихальні розлади у новонародженого		«Маловаговий» для гестаційного віку плід		Порушення церебрального статусу новонародженого		Усього	
		Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Контрольна, n=40		-	-	1	2,5	2	5,0	3	7,5
Основна, n=120		3	2,5	11	9,2	14	11,7	28	23,4 p<0,05
Підгрупа	1-а, n=40	2	5,0	5	12,5	5	12,5	12	30,0 p ₁ <0,05
	2-а, n=40	-	-	4	10,0	5	12,5	9	22,5
	3-я, n=40	1	2,5	2	5,0	4	10,0	7	17,5

Примітки: p – ступінь достовірності відмінностей показників основної і контрольної груп;
p₁ – між контрольною групою і підгрупами основної групи.

групою (p<0,01 і p<0,05 відповідно). Збільшення плацентарно-плодового коефіцієнту у 2-й і 3-й підгрупах виникало за рахунок маси плаценти. Збільшення маси плаценти за відсутності достовірних відмінностей середньої маси тіла новонароджених від матерів із пізнім віком менархе і з пубертатними кровотечами, можливо, зумовлено гіперваскуляризацією венозних судин ворсин, що слугувало компенсаторно-приспосувальною реакцією і предиктором хронічної компенсованої плацентарної недостатності.

Отже, 95,2% новонароджених від матерів з порушеннями менструальної функції в пубертатному періоді народились у задовільному стані. Оцінка за шкалою Апгар достовірно вища у новонароджених від матерів, які отримували прегравідарну підготовку порівняно з новонародженими від матерів, які її не отримали. Частота окремих станів, що виникли в перинатальному періоді, найвища у новонароджених від матерів із первинною олігоменореєю в анамнезі.

ВИСНОВКИ

1. Усі вагітні з порушеннями менструальної функції в пубертатному періоді були розроджені у передбачуваний термін пологів, з них 57,5% – мимовільні пологи, 42,5% – шляхом кесарева розтину. Основні показання під час вагітності, які спричинили порушення пологової діяльності:

- «незріла» шийка матки у передбачуваний термін пологів і невдала спроба стимуляції пологів із застосуванням інструментальних методів;
- звужений таз і великий плід при передбачуваній невідповідності розмірів таза та плода.

2. У 29,2% жінок основної групи у передбачуваний термін пологів діагностовано «незрілу» шийку матки, у підгрупах найвищий показник (35,0%) – у жінок в олігоменореєю в анамнезі. Саме в цій групі обстежуваних жінок найвищий відсоток хронічної плацентарної недостатності – фактор, який має значення у зниженні гормональної функції плаценти і процесі дозрівання шийки матки.
3. Невідповідність розмірів таза і плода, спричинена вузьким тазом, виявлена в кожному третьому випадку у вагітних з первинною олігоменореєю в анамнезі і пізнім віком менархе, тобто у жінок, що мали в пубертаті клінічні ознаки гіпоестрогенії – фактор, який впливає на антропометричні показники.
4. Порушення пологової діяльності при мимовільних пологах у потиличному передлежанні діагностовано у 21,0% жінок з порушеннями менструальної функції в пубертаті, в тому числі: у 9,9% – первинна слабкість пологової діяльності; у 8,6% – дискоординована пологова діяльність, при якій частіше відзначали невдалу спробу застосування медикаментозних засобів, тому розродження проводили шляхом термінового кесарева розтину.
5. У матерів з порушеннями менструальної функції в пубертатному періоді у передбачуваний термін пологів народилось 120 живих дітей, з них 4,2% в помірній асфіксії. Оцінка новонароджених за шкалою Апгар вище у тих, хто народився від матерів, які отримували прегравідарну підготовку, порівняно з матерями, які не планували вагітність ($8,08 \pm 0,10$ бала проти $7,56 \pm 0,11$; $p < 0,01$).
6. Прегравідарну підготовку отримали 60,0% жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді, що знизило ризики розвитку хронічної плацентарної недостатності у вагітних з 0,75 до 0,49 (абсолютна різниця ризиків становила 0,26) та хронічної гіпоксії плода з 0,67 до 0,35 (абсолютна різниця ризиків становила 0,32), що безсумнівно свідчить на користь надання медичної допомоги жінкам під час підготовки до вагітності.
7. Оптимізація програми прегравідарної підготовки та впровадження науково обґрунтованого комплексу лікувально-профілактичних заходів дозволить значно знизити частоту акушерських і перинатальних ускладнень у жінок, які мали порушення менструальної функції в пубертатному періоді, і сприятиме нормальному перебігу в них вагітності, пологів і народженню здорових дітей.

Перинатальные исходы родоразрешения женщин с нарушениями менструальной функции в пубертатном периоде

О.А. Ковалишин

Вопрос сохранения репродуктивного здоровья женщины в течение многих лет не теряет своей актуальности. Фундаментальные исследования последних десятилетий позволили определить основные механизмы функционирования женской репродуктивной системы, но единичными остаются исследования особенностей течения беременности, осложнений в родах и состояния новорожденных детей у женщин с нарушениями менструальной функции в пубертатном периоде.

Цель исследования: по данным лабораторных и инструментальных методов исследования изучить особенности родов и состояния новорожденных у женщин с нарушениями менструальной функции в пубертатном периоде.

Материалы и методы. По характеру нарушений основную группу беременных ($n=120$) с патологией менструальной функции в пубертатном периоде разделили на три подгруппы: 1-я подгруппа – 40 беременных с первичной олигоменореей в

анамнезе, 2-я подгруппа – 40 беременных с поздним возрастом менархе, 3-я подгруппа – 40 беременных с пубертатными кровотечениями. В контрольную группу вошли 40 беременных с правильным ритмом менструаций в пубертате.

Результаты. В ходе клинического исследования отмечались достоверные отличия биологической неготовности организма к родам во всех подгруппах основной группы беременных по сравнению с контрольной группой. У 35 (29,2%) беременных с нарушениями менструальной функции в пубертатном периоде в предполагаемый срок родов отмечалась «незрелая» или недостаточно «зрелая» шейка матки, что является причиной нарушения родовой деятельности при самопроизвольных родах в затылочном предлежании и увеличения частоты родоразрешения с применением кесарева сечения (КС). КС проведено у 51 (42,5%) беременной основной группы: плановое КС – у 39 (32,5%), срочное в родах – у 12 (10,0%). В группе беременных с правильным ритмом менструаций самопроизвольные роды произошли у 37 (92,5%) женщин, плановое КС из-за суженного таза и большого плода – у 2 (5,0%), экстренное КС – в 1 (2,5%) случае.

Частота осложнений при родах (нарушение родовой деятельности, преждевременный разрыв плодовых оболочек, кровотечения) в основной группе в 4 раза выше, чем в группе контроля ($p < 0,001$), в сравнительном аспекте между подгруппами отличия недостоверны. Выявлено, что 95,2% новорожденных от матерей с нарушениями менструальной функции в пубертатном периоде родились в удовлетворительном состоянии. Оценка по шкале Апгар достоверно выше у новорожденных от матерей, получавших прегравидарную подготовку. Частота отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, самая высокая у новорожденных от матерей с первичной олигоменореей в анамнезе.

Заключение. Результаты проведенных исследований подтверждают наличие биологической неготовности организма к нормальному течению родов у женщин с нарушениями менструальной функции в пубертатном периоде, о чем свидетельствуют нарушения родовой деятельности, основным предиктором которых следует отметить плацентарную дисфункцию.

Частота отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, достоверно выше, чем у новорожденных от матерей, имевших правильный ритм менструаций. Снизить частоту акушерских и перинатальных осложнений у женщин со сниженным репродуктивным потенциалом возможно путем оптимизации программы прегравидарной подготовки и внедрения научно обоснованного комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: пубертатный период, менархе, олигоменорея, пубертатные кровотечения, беременность, роды, перинатальные исходы.

Perinatal outcomes in women with menstrual dysfunction in the puberty O.A. Kovalishin

The issue of preserving the reproductive health of women for many years does not lose its relevance. Fundamental studies of recent decades have made it possible to determine the basic mechanisms of functioning of the female reproductive system, but studies of the characteristics of pregnancy, complications in childbirth and the condition of newborn children in women with menstrual dysfunction in the puberty remain single.

The objective: according to laboratory and instrumental methods of research, to study the characteristics of childbirth and the condition of newborns in women with menstrual dysfunction in the puberty.

Materials and methods. According to the nature of the disorders, the main group of pregnant women ($n=120$) who had a menstrual pathology in the puberty were divided into 3 subgroups ($n=40$): the first – pregnant women with primary oligomenorrhea in the

anamnesis, the second – with a late age menarche, the third – with puberty bleeding. The control group included pregnant women (n=40) with the correct rhythm of menstruation in puberty.

Results. During the clinical study, significant differences in the biological readiness of the body for childbirth in all subgroups of the main group of pregnant women were noted compared with the control group. In 35 (29,2%) pregnant women with menstrual dysfunction during the puberty, an «unripe» or insufficiently «mature» cervix was observed in the expected period of labor, which was important in the violation of labor activity during spontaneous labor in the occipital presentation and an increase in the frequency of delivery using cesarean section (CS) operation. Cesarean section was performed in 51 (42,5%) pregnant women of the main group: planned CS in 39 (32,5%), urgent delivery in 12 (10,0%). In the group of pregnant women with the correct rhythm of menstruation, spontaneous delivery occurred in 37 (92,5%) women, planned CS due to the narrowed pelvis and large fetus in 2 (5,0%), emergency CS – 1 (2,5%) case.

The frequency of complications during childbirth (violation of labor, premature rupture of the membranes, bleeding) in the main group is 4 times higher than in the control group ($p<0,001$), in a comparative aspect, the differences between the subgroups are not significant. 95,2% of newborns from mothers with menstrual dysfunction in the puberty were born in a satisfactory condition. The Apgar score is significantly higher in newborns from mothers receiving pregravid preparation. The frequency of individual conditions that occur in the perinatal period is the highest in newborns from mothers with a history of primary oligomenorrhea.

Conclusions. The results of the studies confirm the presence of the biological unpreparedness of the body for the normal course of labor in women with menstrual dysfunction in the puberty, as evidenced by violations of labor, the main predictor of which is placental dysfunction.

The frequency of individual conditions that occur in the perinatal period is significantly higher than in newborns from mothers who had the correct rhythm of menstruation. It is possible to reduce the frequency of obstetric and perinatal complications in women with reduced reproductive potential by optimizing the pregravid preparation program and introducing a scientifically based complex of treatment and preventive measures.

Keywords: *puberty, menarche, oligomenorrhea, pubertal bleeding, pregnancy, perinatal outcomes.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Сюсюка В. 2018. Медико-психологічні аспекти вагітності. Особливості становлення материнської сфери. З турботою про жінку. 5(89):19-22.
2. Макарчук ОМ, Дзьомбак ВБ. 2017. Порушення становлення менструальної функції та його вплив на репродуктивний потенціал жінки. Галицький лікарський вісник. 3:36-8.
3. Начетова ТН. 2014. Перинатальный анализ и особенности функции репродуктивной системы матерей девочек-подростков с вторичной аменореей. Здоровье ребенка. 2(53):50-3.
4. Макарчук ОМ, Дзьомбак ВБ. 2017. Характеристика репродуктивного потенциала у женщин с нарушениями становления менструальной функции в пубертате, методы профилактики и коррекции. Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. 7(4):522-9.
5. Болотна МА, Бойко ВІ, Бабар ТВ. 2018. Акушерство та гінекологія: навч. посіб. Суми: Сумський державний університет, 307
6. Літвінов СК. 2008. Сучасні погляди на проблему аномалій пологової діяльності (лекція). Частина 1. Жіночий лікар. 5:18-20.