

УДК 618.39-036.3/.4-055.2"364"(477.61)(-074/.075)-06:618.3/.5:616-053.31-036.8
DOI 10.11603/24116-4944.2019.2.10926

©І. Ю. Романенко

Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації
ендокринних органів і тканин МОЗ України, Київ

ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ ТА ПЕРИНАТАЛЬНІ НАСЛІДКИ РОЗРОДЖЕННЯ ЖІНОК ІЗ ЗАГРОЗОЮ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ ТА СТАТУСОМ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ У ЛУГАНСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Мета дослідження – оцінити перебіг вагітності, пологів та перинатальні наслідки розродження жінок із загрозою переривання вагітності (ЗПВ) та статусом внутрішньо переміщених осіб (ВПО), які проживають у Луганській області, для вдосконалення лікувально-профілактичних заходів та профілактики акушерських і перинатальних ускладнень у таких жінок.

Матеріали та методи. Проведено проспективний клініко-статистичний аналіз перебігу вагітності та пологів 42 вагітних, які в I і II триместрах вагітності перебували на стаціонарному лікуванні з приводу ЗПВ у лікарнях Луганської області та мали статус ВПО (група I). Контрольну групу склали 64 вагітні жінки з неотяженим анамнезом із фізіологічним перебігом вагітності аналогічного гестаційного терміну та місця проживання (група II).

Результати дослідження та їх обговорення. У жінок групи I була достовірно вищою питома вага захворювань серцево-судинної системи, сечовивідних шляхів, ЛОР-органів, запальних захворювань жіночих статевих органів в анамнезі, мав місце ускладнений перебіг вагітності та пологів. Кількість випадків гострої респіраторно-вірусної інфекції, істміко-цервікальної недостатності, неспецифічного вагініту достовірно перевищувала показники групи II, безсимптомна бактеріурія, рецидивна ЗПВ, гестаційний пієлонефрит та уреоплазмозова інфекція зустрічалися тільки у жінок групи I, кількість випадків анемії не мала достовірної різниці. Передчасні пологи в терміні 33–37 тижнів гестації відбулися у 7 (16,67 %) жінок групи I та у 3 (4,69 %) – групи II ($p=0,048$), оперативне розродження зареєстровано в 13 (30,95 %) та 8 (12,50 %) випадках відповідно ($p=0,02$). У жінок групи I передчасний розрив плодових оболонок зустрічався в 1,9, слабкість пологової діяльності – в 3,4, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти – в 6, дистрес плода – в 1,5 рази частіше, центральне передлежання плаценти відмічено тільки в групі I.

Висновки. Наявність в анамнезі хронічних запальних захворювань придатків матки, інфекцій, що передаються статевим шляхом, гострої респіраторно-вірусної інфекції під час наявної вагітності, ЗПВ в I і II триместрах дозволяють виділити вагітних у групу високого ризику щодо розвитку гестаційних ускладнень з метою своєчасного проведення лікувально-профілактичних заходів. Ускладнений перебіг I і II триместрів вагітності впливає на зростання частоти передчасного переривання вагітності, оперативного розродження у жінок групи I порівняно з жінками групи II.

Ключові слова: внутрішньо переміщені особи; вагітність; загроза переривання вагітності; пологи; стан новонароджених.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ РОДРАЗРЕШЕНИЯ ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И СТАТУСОМ ВНУТРЕННЕ ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЛУГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Цель исследования – оценить ход беременности, родов и перинатальные исходы родоразрешения женщин с угрозой прерывания беременности (УПБ) и статусом внутренне перемещенных лиц (ВПЛ), проживающих в Луганской области, для усовершенствования лечебно-профилактических мероприятий и профилактики акушерских и перинатальных осложнений у таких женщин.

Материалы и методы. Проведен проспективный клинико-статистический анализ течения беременности и родов 42 беременных, которые в I и II триместрах беременности находились на стационарном лечении по поводу УПБ в больницах Луганской области и имели статус ВПЛ (группа I). Контрольную группу составили 64 беременные женщины с неотягощенным анамнезом и физиологическим течением беременности аналогичного гестационного срока и места проживания (группа II).

Результаты исследования и их обсуждение. У женщин группы I был достоверно выше удельный вес заболеваний сердечно-сосудистой системы, мочевыводящих путей, ЛОР-органов, воспалительных заболеваний женских половых органов в анамнезе, регистрировалось осложненное течение беременности и родов. Количество случаев острой респираторно-вирусной инфекции, истмико-цервикальной недостаточности, неспецифического вагинита достоверно превышало показатели группы II, бессимптомная бактериурия, рецидивирующая УПБ, гестационный пиелонефрит и уреоплазменная инфекция встречались только у женщин группы I, число случаев анемии достоверно не различалось. Преждевременные роды в сроке 33–37 недель гестации состоялись у 7 (16,67 %) женщин группы I и у 3 (4,69 %) – группы II ($p=0,048$), оперативное родоразрешение зарегистрировано в 13 (30,95 %) и 8 (12,50 %) случаях соответственно ($p=0,02$). У женщин группы I преждевременный разрыв плодных оболочек встречался в 1,9, слабость родовой деятельности – в 3,4, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – в 6, дистресс плода – в 1,5 раза чаще, центральное предлежание плаценты отмечено только в группе I.

Выводы. Наличие в анамнезе хронических воспалительных заболеваний придатков матки, инфекций, передающихся половым путем, острой респираторно-вирусной инфекции во время имеющейся беременности, УПБ в I и II триместрах позволяет выделить беременных в группу высокого риска по развитию гестационных осложнений с целью своевременного проведения лечебно-профилактических мероприятий. Осложненное течение I и II триместров беременности влияет на рост частоты преждевременного прерывания беременности, оперативного родоразрешения у женщин группы I по сравнению с группой II.

Ключевые слова: внутренне перемещенные лица; беременность; угроза прерывания беременности; роды; состояние новорожденных.

THE COURSE OF PREGNANCY, CHILDBIRTH AND PERINATAL OUTCOMES IN WOMEN WITH THREATENED INTERRUPTION OF PREGNANCY AND THE STATUS OF INTERNALLY DISPLACED PERSONS, LIVING IN THE LUHANSK REGION

The aim of the study – to evaluate the course of pregnancy, childbirth and perinatal outcomes in women with threatened interruption of pregnancy (TIP) and the status of internally displaced persons (IDPs), living in the Lugansk region, to improve treatment and preventive measures and prevent obstetric and perinatal complications in such women.

Material and methods. A prospective clinical and statistical analysis of the course of pregnancy and childbirth of 42 pregnant women in first and second trimesters of pregnancy which had IDPs status and who were hospitalized regarding TIP in the hospitals located in the Luhansk region was performed (group I). The control group consisted of 64 pregnant women with non-complicated obstetric anamnesis and physiological course of pregnancy with similar gestational period of pregnancy and place of residence (group II).

Results and Discussion. It has been established that in pregnant women of group I the proportion of diseases of the cardiovascular system, urinary tract, ENT organs, and genital inflammatory diseases was significantly higher; a complicated course of pregnancy and childbirth was registered. The number of cases of acute respiratory viral infection, isthmic-cervical insufficiency, nonspecific vaginitis significantly exceeded the indicators of group II, asymptomatic bacteriuria, recurring threatened interruption of pregnancy, gestational pyelonephritis and ureaplasma infection were found only in pregnant women of group I, the number of cases of anemia there was no significant difference. 7 (16.67 %) women of group I and 3 (4.69 %) – group II ($p = 0.048$) had preterm birth at 33-37 weeks of gestation, operative delivery was registered in 13 (30.95 %) and 8 (12.50%) cases, respectively ($p = 0.02$). Premature rupture of the membranes was found in 1.91, weakness of labor – in 3.4, premature detachment of the normally located placenta – in 6, fetal distress – in 1.5 more often in women of group I, central placenta previa was noted only in group I.

Conclusions. The presence of a history of chronic female genital inflammatory diseases, sexually transmitted infections, acute respiratory viral infection during pregnancy, threatened interruption of pregnancy in the first and second trimesters, allows pregnant women to be at high risk of developing gestational complications in order to conduct timely treatment. The complicated course of the first and second trimesters of pregnancy had a direct effect on frequency increase of premature termination of pregnancy and operative delivery in women of group I compared with women of group II.

Key words: internally displaced persons; pregnancy; threatened interruption of pregnancy; childbirth; condition of newborns.

ВСТУП. Затяжні збройні конфлікти створюють не тільки політичні, правові, соціально-економічні проблеми, формують міграційні потоки населення, а й впливають на соматичне та психічне здоров'я людей [1].

Згідно з визначенням, внутрішньо переміщені особи (ВПО) – це «особи або групи осіб, які були змушені покинути місце свого проживання, щоб уникнути наслідків збройного конфлікту, ситуацій генералізованого насильства, порушень прав людини, і які не перетнули міжнародно визнаний державний кордон країни» [2]. У 2016 році, за даними Департаменту досліджень миру і конфліктів в Університеті Упсали, у всьому світі було зареєстровано 51 триваюче збройне зіткнення [3].

Глобальна кількість вимушених переселенців істотно зросла з 43,3 млн у 2009 році до 70,8 млн в 2018 році, досягнувши рекордно високого рівня [4]. У всьому світі число ВПО перевищує кількість біженців. Станом на кінець 2018 року в результаті конфлікту і насильства у внутрішньому переміщенні проживало 41,3 мільйона чоловік, що є найвищим показником за всю історію, збройні конфлікти стали причиною 4,9 мільйона внутрішніх переміщень [5]. Емоційний стрес від переміщення впливає як на фізичне, так і на психічне здоров'я, виснажує фізичні й емоційні резерви. У рекомендаціях агентства ООН у справах біженців підкреслена важливість задоволення потреб в сфері репродуктивного здоров'я біженців, наголошено на необхідності вирішення проблем безпечного материнства [6].

Жінки, залучені в збройний конфлікт, часто перебувають під впливом подій, що травмують психіку, і щоденних стресів із ризиком підвищеного рівня психічних розладів, вагітність сама по собі є критичним етапом у розвитку особистості жінки. Вагітні дуже сприйнятливі до різних впливів навколишнього середовища. Хронічний стрес може впливати на перебіг вагітності, приводячи

до збільшення числа ускладнень. Під час і після надзвичайних ситуацій люди починають стикатися з різними проблемами психічного здоров'я. У деяких з них виникають додаткові психічні розлади, тоді як інші відчувають психологічний дистрес [7].

Загроза переривання вагітності (ЗПВ) – найпоширеніше ускладнення вагітності, що виникає в 15–20 % випадків триваючої вагітності і пов'язане з передчасними пологами та низькою масою при народженні, пре-еклампсією, передчасним розривом плодових оболонок, відшаруванням плаценти [8]. Передчасні пологи у короткостроковій перспективі є основною причиною смерті новонароджених і другою причиною смертності дітей у віці до 5 років [9]. Оцінки, що базуються на останніх даних із 107 країн, показують, що в 2014 році близько 10,6 % живонароджень у всьому світі (14,84 мільйона) були передчасними. Існують значні відмінності в показниках між країнами (8,7 % в Європі проти 13,55 % в Північній Африці) [10]. Незважаючи на успіхи у вивченні етіології, патогенезу, розробці різних методів діагностики й лікування загрози переривання вагітності, частота невиношування залишається стабільною [11, 12].

Виявлено ряд материнських факторів, які впливають на ризик виникнення невиношування вагітності. З них деякі є немодифікованими, такі як невиношування в анамнезі, материнський вік <19 і >35 років [13, 14, 15], багатоплідна вагітність [16], коротка довжина шийки матки [17], дилатація/вишкрібання [18], етнічна приналежність і сімейний анамнез [19, 20], генетичні фактори [21]. Деякі фактори можна змінити, серед них такі, як харчування, низький соціально-економічний статус, низький індекс маси тіла, ожиріння, куріння, зловживання психоактивними речовинами, короткий інтервал між вагітностями, бактеріальний вагіноз, нелікована антенатальна депресія і використання допоміжних репродуктивних технологій [22, 23, 24].

Кількість досліджень, присвячених вивченню та ранній ідентифікації факторів ризику передчасного переривання вагітності, а також розробці ефективних профілактичних втручань, в останні роки збільшується. Важливими та недостатньо висвітленими є питання особливостей перебігу вагітності, пологів і перинатальні наслідки розродження жінок із загрозою переривання вагітності, які перебували в зоні збройного конфлікту та мають статус внутрішньо переміщених осіб.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – оцінити перебіг вагітності, пологів та перинатальні наслідки розродження жінок із загрозою переривання вагітності та статусом внутрішньо переміщених осіб, які проживають в Луганській області, для удосконалення лікувально-профілактичних заходів та профілактики акушерських і перинатальних ускладнень у таких жінок.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Проведено проспективний клініко-статистичний аналіз перебігу вагітності та пологів 42 вагітних у I і II триместрах вагітності, які перебували на стаціонарному лікуванні з приводу ЗПВ у лікарнях Луганської області та мали статус ВПО (група I). Контрольну групу (група II) склали 64 вагітні жінки з необтяженим анамнезом із фізіологічним перебігом вагітності аналогічного гестаційного терміну та місця проживання. Перед початком обстеження кожна досліджувана підписала Інформовану згоду пацієнта на проведення діагностики, лікування і обробку персональних даних. Дослідження проведені з дотриманням основних біоетичних норм та вимог Гельсінської декларації, прийнятої Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації, Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (1977 р.), відповідного положення ВООЗ, Міжнародної ради медичних наукових товариств, Міжнародного кодексу медичної етики (1983 р.) та наказу МОЗ України № 690 від 23.09.2009 р.

Ведення вагітності та розродження жінок, які входили до груп дослідження, первинну оцінку стану новонароджених, їх ранню фізіологічну адаптацію та медичний догляд за ними здійснювали відповідно до чинних наказів МОЗ України.

Статистичну обробку даних проводили з використанням програми SPSS 17.0 і Microsoft Excel for Windows

(2013). Нормальність розподілу даних кількісного типу визначали за допомогою критерія Шапіро–Уїлкі. Для опису даних порядкового типу було використано формат Me (Q1–Q3), де Me – медіана, Q1 – 25-й квантиль, Q3 – 75-й квантиль. Оцінювали достовірні відмінності за допомогою непараметричного тесту Манна–Уїтні для незалежних вибірок. Статистичну значимість асоціацій між якісними показниками за частотою факторів оцінювали за допомогою критерію χ^2 Пірсона або за допомогою точного тесту Фішера (при очікуваних значеннях в таблиці зчеплення ≤ 5). Критичний рівень значущості при перевірці статистичних гіпотез приймали рівним 0,05.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Середній вік жінок групи I склав Me (Q1–Q3) = 26,00 (23,00–29,00), групи II – 27,50 (24,00–32,00) років ($p=0,117$). Найбільше число пацієнок спостережали у віці 20–30 років (26 (61,9 %) і 44 (68,8 %) особи відповідно), тобто серед активної та працездатної частини населення. 39 (92,86 %) вагітних групи I були переміщеними з окупованої території Луганської області, 3 (7,14 %) – з Донецької області. Більшість жінок перебувала у зареєстрованому шлюбі – 36 (85,71 %) і 52 (81,25 %) відповідно.

Серед обстежених жінок більшість становили домогосподарки (табл. 1), умови праці не були пов'язані із професійними шкідливостями.

Більшість обстежених жінок мала середню спеціальну освіту. Кількість жінок із середньою освітою в групі I була достовірно вищою (табл. 2).

У жінок групи I питома вага захворювань серцево-судинної системи, сечовивідних шляхів, ЛОР-органів була достовірно вищою порівняно із групою II (рис. 1). Захворювання серцево-судинної системи були представлені вегетосудинною дистонією, захворювання сечовивідних шляхів – циститом, пієлонефритом в анамнезі, ЛОР-органів – хронічним тонзилітом, отитом, гайморитом, патологія щитоподібної залози – гіперплазією щитоподібної залози I–II ступенів без порушення функції.

Індекс маси тіла склав 21,30 (20,44–24,83) і 21,61 (19,71–25,90) відповідно ($p=0,872$). Медіана Me (Q1–Q3) віку менархе в групах була, відповідно, 13 (12–14) і 13

Таблиця 1. Соціальний статус обстежених жінок (абс. ч., %)

Зайнятість	Група I (n=42)		Група II (n=64)	
	n	%	n	%
Домогосподарки	18	42,86	20	31,25
Службовці	10	23,81	12	18,75
Робітниця	8	19,04	25	39,06
Студентки	6	14,29	7	10,94

Таблиця 2. Рівень освіти обстежених жінок (абс. ч., %)

Рівень освіти	Група I (n=42)		Група II (n=64)	
	n	%	n	%
Середня	10	23,81*	6	9,38
Середня спеціальна	18	42,86	34	53,12
Вища	14	33,33	24	37,50

Примітка. * – рівень істотності відмінності $p < 0,05$ при порівнянні пацієнтів груп I і II.

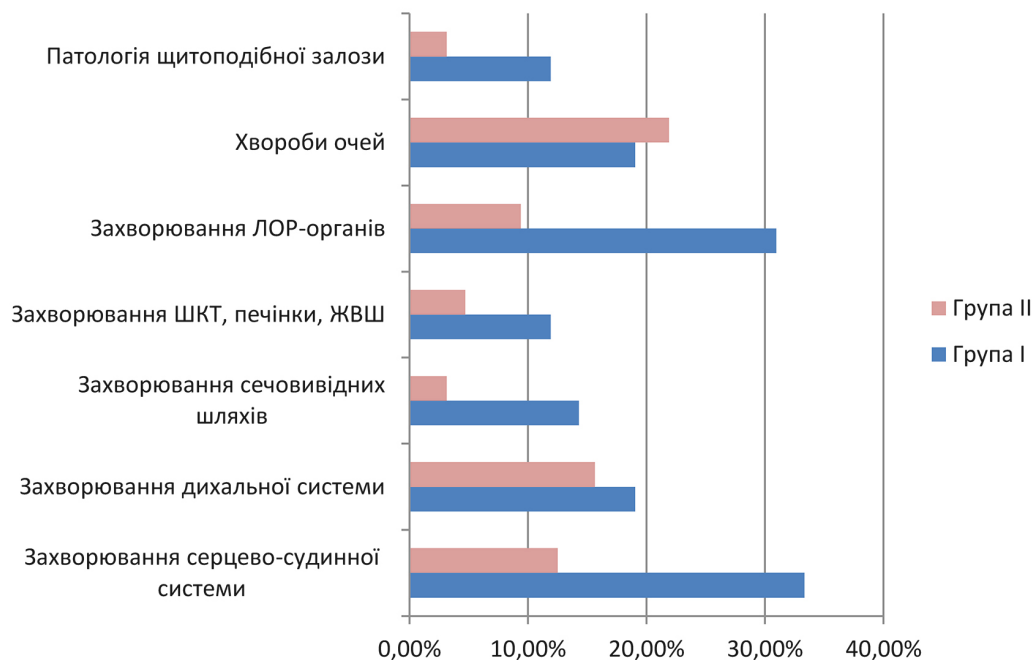


Рис. 1. Екстрагенітальна патологія в обстежених жінок (в %).

(12–14) років. Вагітність була першою у 20 (47,61 %) і 34 (53,1 %) пологи в анамнезі – у 15 (35,71 %) і 30 (46,88 %), штучні аборти – у 14 (33,33 %) і 24 (37,50 %), мимовільні аборти – у 4 (9,52 %) і 4 (6,25 %), аборт, що не відбувся, – у 6 (14,29 %) і 8 (12,50 %) жінок відповідно.

З перенесених гінекологічних захворювань найбільш частими були ектопія циліндричного епітелію шийки матки: 12 (28,57 %) і 20 (31,25 %) осіб ($p=0,769$); запальні захворювання жіночих статевих органів: 10 (23,81 %) і 6 (9,38 %) жінок відповідно ($p=0,042$).

При аналізі перебігу першого триместру вагітності було виявлено, що в порівнюваних групах частота блювання вагітних не мала достовірної різниці, кількість випадків гострої респіраторно-вірусної інфекції (ГРВІ) в групі I достовірно перевищувала показники групи II ($p=0,048$), причому в однієї вагітної зафіксовано 2 випадки ГРВІ протягом I триместру, безсимптомну бактеріюрію відмічено тільки у жінок групи I (табл. 3).

Істміко-цервікальна недостатність (ІЦН) достовірно частіше ускладнювала перебіг другого триместру вагітності в групі I – в (5 (14,29 %) і 1 (1,56 %) випадках відповідно ($p=0,035$)). Необхідно відзначити, що в групі II ІЦН була зумовлена післяпологовими розривами. Неспецифічний вагініт зареєстровано в 12 (28,57 %) і 6 (9,38 %) випадках відповідно ($p=0,01$). Рецидивуюча

ЗПВ, гестаційний пієлонефрит та уреоплазмозова інфекція зустрічалися тільки у вагітних групи I (в 13 (30,95 %), 2 (4,76 %) і 1 (2,38 %) випадках відповідно). Кількість випадків анемії не мала достовірної різниці (10 (23,81 %) і 8 (12,50 %) відповідно ($p=0,077$)).

У третьому триместрі частота анемії збільшувалася з терміном гестації й становила 12 (28,57 %) і 13 (20,31 %) випадків відповідно, загрозу передчасних пологів було зареєстровано тільки в групі I – 9 (21,43 %) випадків, прееклампсію відмічено у 2 (4,76 %) та 1 (1,56 %) жінок відповідно.

Ускладнений перебіг вагітності у більшості випадків став підґрунтям для розвитку ускладнень пологового акту. При аналізі перебігу пологів встановлено, що кількість випадків слабкості пологової діяльності в групі I достовірно перевищувала дані групи II ($p=0,032$) (рис. 2).

Передчасні пологи в терміні 33–37 тижнів гестації відбулися у 7 (16,67 %) жінок групи I та у 3 (4,69 %) – групи II ($p=0,048$). Оперативне розродження зареєстровано в 13 (30,95 %) та 8 (12,50 %) випадках відповідно ($p=0,02$). Показаннями до оперативного розродження були: передчасне відшарування нормально розташованої плаценти – в 4 (9,52 %) і 1 випадках (1,56 %), рубець на матці, відмова від спроби вагінальних пологів – у 3 (7,14) і 1 (1,56 %), дистрес плода – в 6 (14,29 %) і 6 (9,38 %) ви-

Таблиця 3. Частота ускладнень I триместру в обстежених жінок

Ускладнення	Група I (n=48), n (%)	Група II (n=64), n (%)
Блювання вагітних	7 (16,67 %)	10 (15,63 %)
Гостра респіраторно-вірусна інфекція	7 (16,67 %)*	3 (4,69 %)
Безсимптомна бактеріюрія	4 (9,52 %)	–

Примітка. * – рівень істотності відмінності $p<0,05$ при порівнянні пацієнток груп I і II.

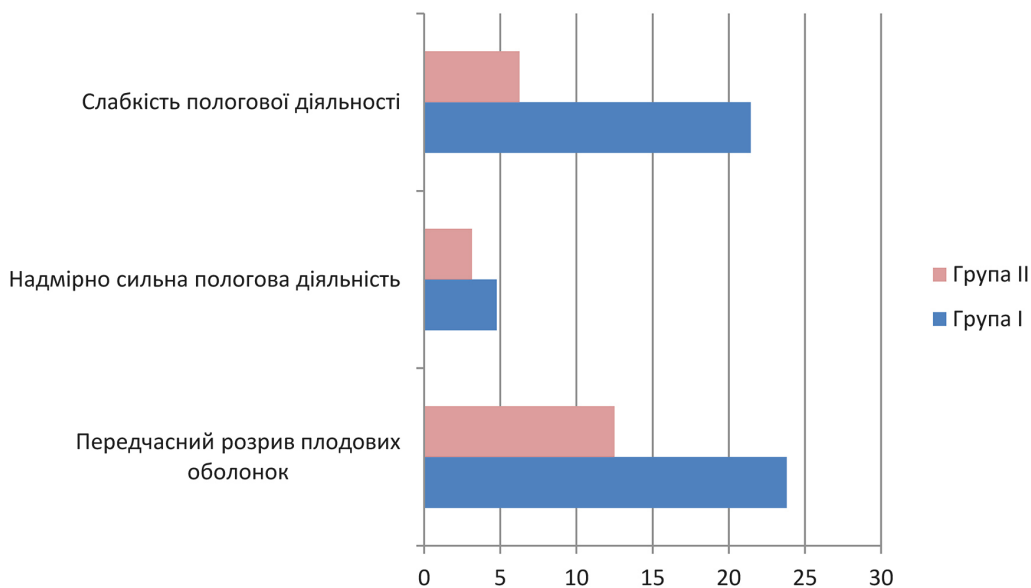


Рис. 2. Характеристика ускладнень при пологах у групах дослідження, %.

падках відповідно, центральне передлежання плаценти зареєстровано тільки в 1 (2,38 %) жінки групи I.

Всі жінки народили живих дітей. Середня оцінка новонароджених за шкалою Апгар у групі I на 1 хвилині була Me (Q1–Q3) = 7,00 (7,00–8,00), в групі II – 8,00 (8,00–8,00) балів, на 5 хвилині – 8,00 (7,00–8,00) і 8,00 (8,00–9,00) балів відповідно. Статистично значущих відмінностей між групами не виявлено. У групі I середня маса дітей при народженні склала Me (Q1–Q3) = 3025,00 (2650,00–3212,50) г, зріст 47,50 (45,00–52,00) см, в групі II – 3325,00 (2925,00–3600,00) г і 50,50 (48,00–52,00) см відповідно. Відзначено незначне зниження маси ($p=0,002$) і зросту дітей ($p=0,074$) при народженні в групі I порівняно з групою II, що відображає більшу питому вагу передчасних пологів у групі I.

У нашому дослідженні ми виявили, що в групі I достовірно переважали жінки із середньою освітою. Питома вага захворювань серцево-судинної системи, сечовивідних шляхів, ЛОР-органів була достовірно вищою порівняно з групою II, що можна розглядати як суттєві фактори ризику розвитку ускладнень гестаційного процесу та пологів. Хоча структура гінекологічної захворюваності відповідає середньопопуляційній, у жінок групи I в анамнезі запальні захворювання жіночих статевих органів зустрічалися достовірно частіше. Ускладнений перебіг вагітності і пологів також частіше реєструвався в групі I. Кількість випадків ГРВІ була в 3,5, ІЦН – у 9, неспецифічного вагініту – в 3 рази більша і достовірно перевищувала показники групи контролю, безсимптомна бактеріурія, рецидивна ЗПВ, гестаційний пієлонефрит та уреоплазмозова інфекція зустрічалися тільки у вагітних групи I. Значна питома вага інфекційно-запальних захворювань сечостатевого тракту може бути результатом відсутності прегравідарної підготовки та контрольованої санації протягом гестації. Кожна п'ята жінка групи I і кожна восьма групи II мали анемію, що можна розглядати як маркер соціального неблагополуччя, неповноцінного та

незбалансованого харчування, адже ця патологія добре корегується і належить до модифікованих факторів. У поєднанні з надмірним психоемоційним напруженням це може відігравати роль преморбідного фону, на якому може відбуватися маніфестація гестаційних ускладнень.

Кількість передчасних пологів та оперативного розродження у жінок групи I достовірно перевищувала показники групи II в 3,5 та 2,5 рази відповідно, що збігається з даними Ahmed SR et al. та Kanmaz AG et al. [8, 25]. У жінок групи I передчасне відшарування нормально розташованої плаценти та дистрес плода зустрічалися, відповідно, в 6 та 1,5 рази частіше, центральне передлежання плаценти відмічено тільки в групі I. За нашими даними, у жінок групи I частіше реєстрували передчасний розрив плодових оболонок, слабкість пологової діяльності, надмірно сильну пологову діяльність – в 1,9, 3,4 та 1,5 рази відповідно, що узгоджується з даними Weiss J. L. et al. [26]. Можна припустити, що тривалий психоемоційний стрес зробив внесок у патогенетичні механізми центральної регуляції пологової діяльності, став підґрунтям для розвитку ускладнень пологового акту.

Наші дані підтверджують думку про вагітних із ЗПВ та статусом ВПО як найбільш уразливу групу населення, яка потребує комплексного медико-психологічного моніторингу стану здоров'я.

ВИСНОВКИ. 1. Наявність в анамнезі хронічних запальних захворювань придатків матки, інфекцій, що передаються статевим шляхом, патології серцево-судинної системи, сечовивідних шляхів, ЛОР-органів, ГРВІ під час наявної вагітності, ЗПВ в I і II триместрах дозволяє виділити вагітних у групу високого ризику щодо розвитку гестаційних ускладнень із метою своєчасного проведення лікувально-профілактичних заходів.

2. Ускладнений перебіг I і II триместрів вагітності впливає на зростання частоти передчасного переривання вагітності, оперативного розродження у жінок основної групи порівняно з жінками групи контролю.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Важливим напрямком подальших досліджень є детальний аналіз акушерсько-гінекологічного, соматичного анамнезу, вивчення особливостей перебігу вагітності у жінок, які проживають у зоні збройного конфлікту, що дозволить

індивідуалізувати підхід до ведення та своєчасно розробити корегуючі та реабілітаційні заходи, які будуть позитивно впливати на стан здоров'я матері та її потомства, сприяти благополучному завершенню вагітності.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Psychiatric disorders in refugees and internally displaced persons after forced displacement: A systematic review / N. Morin, A. Akhtar, J. Barth, U. Schnyder // *Front Psychiatry*. – 2018. – Vol. 2 (9). – P. 433.
2. IDCP Global Overview 2015: People Internally Displaced by Conflict and Violence. – 2015. – Available from : <http://www.internal-displacement.org/sites/default/files/inline-files/20150506-global-overview-2015-en.pdf>.
3. IDCP Global Overview 2015: People Internally Displaced by Conflict and Violence. – 2015. – Available from : <http://www.internal-displacement.org/sites/default/files/inline-files/20150506-global-overview-2015-en.pdf>.
4. Forced displacement in 2018. Global trends. – Available from: <https://www.unhcr.org/globaltrends2018>.
5. Global Report on Internal Displacement 2019. – Available from: <http://www.internal-displacement.org/sites/default/files/publications/documents/2019-IDMC-GRID.pdf>.
6. Refugee health. – Available from: <https://www.unhcr.org/excom/EXCOM/3ae68bf424.html>.
7. The complex impact of five years of stress related to life-threatening events on pregnancy outcomes: a preliminary retrospective study / M. Keren, N. Keren, A. Eden [et al.] // *Eur. Psychiatry*. – 2015. – Vol. 30 (2). – P. 317–321.
8. Pregnancy outcome in women with threatened miscarriage: a year study / S. R. Ahmed, Mel-K. El-Sammani, M. A. Al-Sheeha [et al.] // *Mater Sociomed*. – 2012. – Vol. 24 (1). – P. 26–28. doi: 10.5455/msm.2012.24.26-28.
9. Global, regional, and national causes of child mortality: An updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000 / L. Liu, H. L. Johnson, S. Cousens [et al.] // *Lancet*. – 2012. – Vol. 379. – P. 2151–2161.
10. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014, a systematic review and modelling analysis / S. Chawanpaiboon, J. P. Vogel, A.-B. Moller [et al.] // *Lancet Glob. Health*. – 2018. – Vol. 7. – P. e37–e46.
11. Born too Soon: the global epidemiology of 15 million preterm births / H. Blencowe, S. Cousens, D. Chou [et al.] // *Reprod Health*. – 2013. – Vol. 10 (1). – P. S2.
12. Preventing preterm births: analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index / H. H. Chang, J. Larson, H. Blencowe [et al.] // *Lancet*. – 2013. – Vol. 381 (9862). – P. 223–234.
13. The Effect of Very Advanced Maternal Age on Maternal and Neonatal Outcomes: A Systematic Review / J. Leader, A. Bajwa, A. Lanes [et al.] // *J. Obstet. Gynaecol. Can.* – 2018. – Vol. 40. – P. 1208–1218.
14. Nulliparous teenagers and preterm birth in California / J. A. Mayo, B. Z. Shachar, D. K. Stevenson, G. M. Shaw // *J. Périnat. Med.* – 2017. – Vol. 45. – P. 959–967.
15. Prevention of preterm delivery: Current challenges and future prospects / M. D. Van Zijl, B. Koullali, B. W. Mol [et al.] // *Int. J. Womens Health*. – 2016. – Vol. 8. – P. 633–645.
16. Fuchs F. Multiple gestations and preterm birth / F. Fuchs, M. V. Senat // *Semin. Fetal Neonatal Med.* – 2016. – Vol. 21. – P. 113–120.
17. Berghella V. Universal cervical length screening for prediction and prevention of preterm birth / V. Berghella // *Obstet. Gynecol. Surv.* – 2012. – Vol. 67. – P. 653–657.
18. Dilatation and curettage increases the risk of subsequent preterm birth: A systematic review and meta-analysis / M. Lemmers, M. A. Verschoor, A. B. Hooker [et al.] // *Hum. Reprod. (Oxf. Engl.)*. – 2016. – Vol. 31. – P. 34–45.
19. Manuck T. A. Racial and ethnic differences in preterm birth: A complex, multifactorial problem / T. A. Manuck // *Semin. Perinatol.* – 2017. – Vol. 41. – P. 511–518.
20. Maternal race and intergenerational preterm birth recurrence / M. C. Smid, J. H. Lee, J. H. Grant [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2017. – Vol. 217. – P. 480.e1–480.e9.
21. Genetic associations with gestational duration and spontaneous preterm birth / G. Zhang, B. Feenstra, J. Bacelis [et al.] // *N. Engl. J. Med.* – 2017. – Vol. 377. – P. 1156–1167.
22. Frey H. A. The epidemiology, etiology, and costs of preterm birth / H. A. Frey, M. A. Klebanoff // *Semin. Fetal Neonatal Med.* – 2016. – Vol. 21. – P. 68–73.
23. Neonatal outcomes in women with untreated antenatal depression compared with women without depression / A. Jarde, M. Morais, D. Kingston [et al.] // *JAMA Psychiatry*. – 2016. – Vol. 73. – P. 826–837.
24. Prevention of preterm birth: Harnessing science to address the global epidemic / C. E. Rubens, Y. Sadovsky, L. Muglia [et al.] // *Sci. Transl. Med.* – 2014. – Vol. 6. – P. 262sr5.
25. The effects of threatened abortions on pregnancy outcomes / A. G. Kanmaz, A. H. İnan, E. Beyan, A Budak // *Ginekol Pol.* – 2019. – Vol. 90 (4). – P. 195–200.
26. Threatened abortion: A risk factor for poor pregnancy outcome, a population-based screening study / J. L. Weiss, F. D. Malone, J. Vidaver [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2004. – Vol. 190 (3). – P. 745–750.

REFERENCES

1. Morin, N., Akhtar, A., Barth, J., & Schnyder, U. (2018). Psychiatric disorders in refugees and internally displaced persons after forced displacement: A systematic review. *Front Psychiatry*, 2, 9, 433. doi: 10.3389/fpsy.2018.00433.
2. IDCP Global Overview 2015: People Internally Displaced by Conflict and Violence. (2015). Retrieved from: <http://www.internal-displacement.org/sites/default/files/inline-files/20150506-global-overview-2015-en.pdf>.
3. (2015). IDCP Global Overview 2015: People Internally Displaced by Conflict and Violence. Retrieved from: <http://www.internal-displacement.org/sites/default/files/inline-files/20150506-global-overview-2015-en.pdf>.
4. Forced displacement in 2018. Global trends. Retrieved from: <https://www.unhcr.org/globaltrends2018>.
5. Global Report on Internal Displacement 2019. Retrieved from: <http://www.internal-displacement.org/sites/default/files/publications/documents/2019-IDMC-GRID.pdf>.
6. Refugee health. Retrieved from: <https://www.unhcr.org/>

excom/EXCOM/3ae68bf424.html.

7. Keren, M., Keren, N., Eden, A., Tsangen, S., Weizman, A., & Zalsman, G. (2015). The complex impact of five years of stress related to life-threatening events on pregnancy outcomes: a preliminary retrospective study. *Eur. Psychiatry*, 30, 2, 317-21. doi: 10.1016/j.eurpsy.2014.10.004.
8. Ahmed, S.R., El-Sammani, Mel-K., Al-Sheeha, M.A., Aitallah, A.S., Jabin Khan, F., & Ahmed, S.R. (2012). Pregnancy outcome in women with threatened miscarriage: a year study. *Mater. Sociomed.*, 24, 1, 26-8. doi: 10.5455/msm.2012.24.26-28.
9. Liu, L., Johnson, H.L., Cousens, S., Perin, J., Scott, S., Lawn, J.E., ..., & Li, M. (2012). Global, regional, and national causes of child mortality: An updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. *Lancet*, 379, 2151-2161. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60560-1.
10. Chawanpaiboon, S., Vogel, J.P., Moller, A.-B., Lumbiganon, P., Petzold, M., Hogan D., ..., & Laopaiboon, M. (2018). Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014, a systematic review and modelling analysis. *Lancet Glob. Health*, 7, e37-e46. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30451-0.
11. Blencowe, H., Cousens, S., Chou, D., Oestergaard, M., Say, L., Moller, A.B., ..., & Lawn, J. (2013). Born too soon: the global epidemiology of 15 million preterm births. *Reprod. Health*, 10, 1, S2. doi: 10.1186/1742-4755-10-S1-S2.
12. Chang, H.H., Larson, J., Blencowe, H., Spong, C.Y., Howson, C.P., & Cairns-Smith, S., (2013). Preventing preterm births: analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index. *Lancet*, 381, 9862, 223-234. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61856-X.
13. Leader, J., Bajwa, A., Lanes, A., Hua, X., White, R.R., Rybak, N., & Walker, M. (2018). The effect of very advanced maternal age on maternal and neonatal outcomes: A systematic review. *J. Obstet. Gynaecol. Can.*, 40, 1208-1218. doi: 10.1016/j.jogc.2017.10.027.
14. Mayo, J.A., Shachar, B.Z., Stevenson, D.K., & Shaw, G.M. (2017). Nulliparous teenagers and preterm birth in California. *J. Périnat. Med.*, 45, 959-967. doi: 10.1515/jpm-2016-0313.
15. Van Zijl, M.D., Koullali, B., Mol, B.W., Pajkrt, E., & Oudijk, M.A. (2016). Prevention of preterm delivery: Current challenges and future prospects. *Int. J. Women's Health*, 8, 633-645. doi: 10.2147/IJWH.S89317.
16. Fuchs, F., & Senat, M.V. (2016). Multiple gestations and preterm birth. *Semin. Fetal Neonatal Med.*, 21, 113-120. doi: 10.1016/j.siny.2015.12.010.
17. Berghella, V. (2012). Universal cervical length screening for prediction and prevention of preterm birth. *Obstet. Gynecol. Surv.*, 67, 653-657. doi: 10.1097/OGX.0b013e318270d5b2.
18. Lemmers, M., Verschoor, M.A., Hooker, A.B., Opmeer, B.C., Limpens, J., Huirne, J.A., ..., & Mol, B.W. (2016). Dilatation and curettage increases the risk of subsequent preterm birth: A systematic review and meta-analysis. *Hum. Reprod. (Oxf. Engl.)*, 31, 34-45. doi: 10.1093/humrep/dev274.
19. Manuck, T.A. (2017). Racial and ethnic differences in preterm birth: A complex, multifactorial problem. *Semin. Perinatol.*, 41, 511-518. doi: 10.1053/j.semperi.2017.08.010.
20. Smid, M.C., Lee, J.H., Grant, J.H., Miles, G., Stoddard, G.J., Chapman, D.A., & Manuck, T.A. (2017). Maternal race and intergenerational preterm birth recurrence. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 217, 480.e1-480.e9. doi: 10.1016/j.ajog.2017.05.051.
21. Zhang, G., Feenstra, B., Bacelis, J., Liu, X., Muglia, L.M., Juodakis, J., ..., & Russell, L. (2017). Genetic associations with gestational duration and spontaneous preterm birth. *N. Engl. J. Med.*, 377, 1156-1167. doi: 10.1056/NEJMoa1612665.
22. Frey, H.A., & Klebanoff, M.A. (2016). The epidemiology, etiology, and costs of preterm birth. *Semin. Fetal Neonatal Med.*, 21, 68-73. doi: 10.1016/j.siny.2015.12.011.
23. Jarde, A., Morais, M., Kingston, D., Giallo, R., MacQueen, G.M., Giglia, L., ..., & McDonald, S.D. (2016). Neonatal outcomes in women with untreated antenatal depression compared with women without depression. *JAMA Psychiatry*, 73, 826-837. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0934.
24. Rubens, C.E., Sadovsky, Y., Muglia, L., Gravett, M.G., Lackritz, E., & Gravett, C. (2014). Prevention of preterm birth: Harnessing science to address the global epidemic. *Sci. Transl. Med.*, 6, 262sr5. doi: 10.1126/scitranslmed.3009871.
25. Kanmaz, A.G., İnan, A.H., Beyan, E., & Budak, A. (2019). The effects of threatened abortions on pregnancy outcomes. *Ginekol Pol.*, 90, 4, 195-200. doi: 10.5603/GP.a2019.0035.
26. Weiss, J.L., Malone, F.D., Vidaver, J., Ball, R.H., Nyberg, D.A., Comstock, C.H., ..., & D'Alton, M.E. (2004). Threatened abortion: A risk factor for poor pregnancy outcome, a population-based screening study. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 190, 3, 745-750. doi: 10.1016 / j.ajog.2003.09.023.

Отримано 03.12.19