

© В.В. Маляр, 2014

УДК: 618.3+618.346]-06-037

В.В. МАЛЯР

*Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра акушерства та гінекології, Ужгород***МОНІТОРИНГОВІ ПРЕНАТАЛЬНІ ЧИННИКИ РИЗИКУ І ЇХ ЗНАЧЕННЯ В ПРОГНОЗІ ПАТОЛОГІЇ ОБ'ЄМУ НАВКОЛОПЛОДОВОГО СЕРЕДОВИЩА**

Проведений аналіз 8158 історій пологів у жінок, вагітність у яких ускладнилась ідіопатичним мало- або багатоводдям. На основі анамнезу встановлено, що мало- або багатоводдя трапляється майже з однаковою частотою (у 4,3% і 4,4%). Складання прогностичної карти індивідуального прогнозування ідіопатичного мало- або багатоводдя дає можливість більш ефективно використовувати профілактичні заходи та працю сімейного лікаря і дільничного акушер-гінеколога.

Ключові слова: вагітність, фактори ризику, мало- або багатоводдя, індивідуальний прогноз

Вступ. Перинатальна патологія є однією з основних показників якості надання медичної допомоги вагітним жінкам у закладах охорони здоров'я. Мало- або багатоводдя – акушерська патологія, яка в останні роки значно зросла і має безпосередній вплив на показники перинатальної захворюваності і смертності [1, 2, 10].

Збільшення або зменшення об'єму навколоплодового середовища асоціюється з погіршенням фетального прогнозу [3, 6]. В останні роки успішно використовуються системи прогнозування акушерської патології [4, 7, 9]. Заслужують на увагу методики прогнозування з використанням математичного аналізу [1]. Тому проблема акушерської патології, зокрема мало- або багатоводдя невизначеного генезу (ідіопатичного) залишається актуальною і вимагає подальшого удосконалення.

Мета дослідження. На основі оцінки моніторингових пренатальних чинників ризику виникнення ідіопатичного мало- або багатоводдя розробити математичну модель індивідуального прогнозу.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний вибірковий клініко-статистичний аналіз 100 облікових карт і історій пологів з ідіопатичним маловоддям і 100 облікових карт і історій – з багатоводдям. В групі контролю проаналізовано 100 облікових карт і історій пологів з нормальним об'ємом навколоплодових вод і фізіологічним перебігом вагітності й пологів.

Аналіз моніторингових пренатальних чинників ризику мало- або багатоводдя проводився на підставі вивчення облікової карти вагітної та історій пологів.

Результати досліджень та їх обговорення. З метою встановлення моніторингових пренатальних чинників відносно ризику виникнення ідіопатичного мало- або багатоводдя, спочатку ми визначали за методикою Р.Н. Степанова і співавт. (1990) [7] показники відносного ризику (ВР) за формулою:

$$ВР = \frac{a \cdot d}{b \cdot c} \quad (1)$$

де а та с – відповідно число пацієнток з ідіопатичним мало- або багатоводдям, котрі зазнали і не

зазнали впливу моніторингового чинника ризику; в і d – число пацієнток з нормальним об'ємом навколоплодових вод, фізіологічною вагітністю й пологами, які зазнали і не зазнали дії моніторингового чинника ризику.

До них були віднесені: вікові першородячі (ВП), пацієнтки розумової праці (РП), неодружені (НО). Перенесені в дитинстві: кір (К), скарлатина (С), ендемічний паротит (ЕП). Порушення менструального циклу: пізні менархе в 15 і > років (М), менструальний цикл більше ніж через 32 дні (ТМЦ), олігоменорея (О). Гінекологічна патологія: неплідність (Н), гіперандрогенія (ГА), доброякісна патологія шийки матки (ДПШ). Анатомічні порушення структури матки: мілматозні вузли (МВ), внутрішній ендометріоз матки (ВЕМ). Наслідки минулих вагітностей: першовагітні (ПВ), 1-3 артіфіційні аборти в ранні терміни гестації (АР), 1-2 переривання вагітності в пізні терміни (ПВП), мимовільні аборти в пізні терміни (МП), передчасні пологи (ПП), антенатальна загибель плода в анамнезі (АЗП). Ускладнення вагітності: невиношуванням вагітності (НВ), раннім токсикозом (РТ), прееклампсією (ПЕ).

З метою розробки системи моніторингового прогнозування мало- або багатоводдя використано методику Л.А. Суслопарова і співавт. (1997) [7] для розрахунку поправних коефіцієнтів чинників ризику (Q). Діагностичний моніторинговий чинник ризику мало- або багатоводдя визначився через поправний коефіцієнт (Q), який розраховується шляхом поділу частини виявленої даної ознаки у пацієнток із ідіопатичним мало- і багатоводдям на відповідну частоту чинника, який траплявся у вагітних при нормальному об'ємі навколоплодових вод, фізіологічним перебігом вагітності й пологів.

Серед моніторингових чинників ризику нами виділені так звані діагностичні моніторингові чинники відносного ризику (ВР) мало- або багатоводдя, величина яких становила 2 і більше [4].

Показники оцінки моніторингових чинників ризику мало- або багатоводдя приведені в таблиці 1.

Таблиця 1

Поправні коефіцієнти моніторингових діагностичних чинників ризику мало- або багатоводдя

№ п/п	Моніторингові чинники ризику	Поправні коефіцієнти (Q)	
		маловоддя	багатоводдя
1	Вікові першородячі (ВП)	3,0	3,3
2	Розумова праця (РП)	1,6	1,7
3	Неодружені (НО)	2,1	1,9
4	Перенесені дитячі інфекції:		
	кір (К)	5,7	5,3
	скарлатина (С)	8,0	9,0
	епідемічний паротит (ЕП)	3,5	--
5	Порушення менструального циклу:		
	пізнє менархе в 15 і > років (ПМ)	3,5	3,0
	менструальний цикл більш ніж через 32 дні (РМ)	3,2	3,0
	олігоменорея (О)	1,9	2,0
6	Гінекологічна патологія:		
	неплідність (Н)	4,3	4,5
	гіперандрогенія (ГА)	7,0	6,5
	доброякісна патологія шийки матки (ДПШ)	2,4	2,1
7	Анатомічні порушення структури матки:		
	рубць на матці (РМ)	5,5	4,5
	міоматозні вузли (МВ)	3,0	2,0
	внутрішній ендометріоз матки (ВЕМ)	4,0	3,0
8	Першовагітна (ПВ)	3,0	2,8
9	Наслідки минулих вагітностей:		
	1-3 артифіційні аборти в ранні терміни (АР)	2,5	2,3
	1-2 переривання вагітності в пізні терміни (ПТ)	4,0	2,5
	мимовільні аборти в ранні терміни (МР)	4,2	3,6
	мимовільні аборти в пізні терміни (МП)	8,0	5,0
	передчасні пологи (ПП)	12,0	11,0
	антенатальна загибель плода в анамнезі (АЗП)	9,0	5,0
10	Ускладнення вагітності:		
	невиношування (Н)	5,0	4,4
	ранній токсикоз (РТ)	7,0	7,7
	пreeклампсія (ПЕ)	9,5	6,0

Були одержані такі поправні коефіцієнти: $Q_{ВП}+Q_{РО}+Q_{НО}+Q_{К}+Q_{С}+Q_{ЕП}+Q_{ПМ}+Q_{РМ}+Q_{О}+Q_{Н}+Q_{ГА}+D_{ПШ}+Q_{РМ}+Q_{МВ}+Q_{ВЕМ}+Q_{ПВ}+Q_{АР}+Q_{ПТ}+Q_{МР}+Q_{МП}+Q_{ПП}+Q_{АЗП}+Q_{Н}+Q_{РТ}+Q_{ПЕ}$.

Вірогідність (P) розвитку мало- або багатоводдя у конкретній вагітній ми вираховували на основі логарифмування та визначення суми логарифмів і знаходження антилогарифмів відповідно суми за представленою схемою: $P_{М}/\text{або} P_{О} = \text{alg}(\lg Q_{ВП} + \lg Q_{РО} + \lg Q_{НО} + \lg Q_{К} + \lg Q_{С} + \lg Q_{ЕП} + \lg Q_{ПМ} + \lg Q_{РМ} + \lg Q_{О} + \lg Q_{Н} + \lg Q_{ГА} + \lg Q_{ПШ} + \lg Q_{РМ} + \lg Q_{МВ} + \lg Q_{ВЕМ} + \lg Q_{ПВ} + \lg Q_{АР} + \lg Q_{ПТ} + \lg Q_{МР} + \lg Q_{МП} + \lg Q_{ПП} + \lg Q_{АЗП} + \lg Q_{Н} + \lg Q_{РТ} + \lg Q_{ПЕ})$.

На основі поправних коефіцієнтів (Q) за виділеними розрахунковими ознаками і таблиці антилогарифмів середньостатистичної вірогідності була складена таблиця логарифмів поправних коефіцієнтів середньостатистичної вірогідності мало- або багатоводдя (табл. 2).

У таблиці 2 є п'ять стовпчиків, в які входять «зміна середньої вірогідності мало- або багатоводдя» – це загальний поправний коефіцієнт (Qм

і Qб), який є єдиним для будь-якого медичного закладу. В стовпчику «середньостатистична вірогідність мало- або багатоводдя у %» для конкретного закладу і являє собою добуток значень другого стовпчика (Qм і Qб), помноженого на число середньостатистичної вірогідності P_{Мсер} або P_{Бсер}.

Визначення вірогідності виникнення мало- або багатоводдя у жінок на практиці проводиться таким чином:

1. За результатами анамнезу і первинної медичної документації та даними обстеження в таблиці 1 знаходимо поправні коефіцієнти і підсумовуємо їх величини.

2. В таблиці 2 у першому стовпчику знаходимо цифру, найбільш наближену до одержаної суми поправних коефіцієнтів і в її рядку навпроти у стовпчику «середньостатистичної вірогідності» отримуємо інформацію вірогідності розвитку мало- або багатоводдя у відсотках (ступінь ризику).

Середньостатистична вірогідність мало- або багатоводдя

Алгебраїчна сума поправних коефіцієнтів чинників ризику	Зміна середньої вірогідності:		Середньостатистична вірогідність:	
	маловоддя (коефіцієнт Qм)	багатоводдя (коефіцієнт Qб)	маловоддя (%) при R _{мсер} =4,3%	багатоводдя (%) при R _{бсер} =4,4%
0	1	1	4,3%	4,4%
10	3,0	3,0	3,1%	3,0%
20	4,6	5,0	4,8%	5,1%
30	6,7	6,9	7,0%	7,0%
40	12,4	12,2	13,0%	12,3%
50	15,9	--	16,6%	--
60	19,4	15,2	20,3%	15,4%
70	22,6	18,2	23,6%	18,4%
80	24,5	20,2	25,6%	20,4%
90	28,8	44,9	30,1%	45,4%
100	35,8	51,4	37,4%	52,0%
110	38,2	53,5	40,0%	54,1%
120	43,7	58,0	45,7%	58,6%
130	46,7	60,0	48,8%	60,7%
140	50,7	63,0	53,0%	63,7%
150	53,7	65,8	56,2%	66,5%
150,1	56,2	68,1	58,8%	68,9%
160	60,2	70,6	63,0%	71,4%
170	64,4	74,2	67,4%	75,0%
180	72,4	79,2	75,7%	80,1%
190	73,2	80,3	76,6%	81,2%
200	78,2	84,7	81,8%	86,1%
210	85,2	92,4	89,1%	93,4%
220	94,7	98,4	99,1%	99,5%
230,1	95,6	98,9	100%	100%

Висновки. Таким чином, розроблений і запропонований метод прогнозування мало- або багатоводдя на основі моніторингових пренатальних чинників ризику є достатньо об'єктивним, доступ-

ним, потребує мінімальних затрат часу, що дає можливість своєчасно виділити групи ризику серед вагітних з мало- або багатоводдям і своєчасно здійснювати профілактично-терапевтичні заходи.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бабич П.Н. Применение современных статистических методов в практике клинических исследований, сообщение шансов: понятие, вычисление и интерпретация / П.Н. Бабич, А.В. Чубенко, С.Н. Лапач // Україна. — 2005. — №2(46) — С. 113—119.
2. Ласитчук О.М. Перебіг вагітності і пологів при багатоводді / О.М. Ласитчук // Галицький вісник. — 2001. — Т.8, №1. — С. 100—102.
3. Любич О.А. Акушерские и перинатальные аспекты маловодия / О.А. Любич, В.Б. Цхай // Журнал российского общества акушеров-гинекологов. — 2007. — №1. — С. 30—31.
4. Маркін Л.Б. Прогнозування передчасних пологів / Л.Б. Маркін, О.В. Шахова, І.І. Кунинец // Педіатрія акушерство та гінекологія — 1999. — №1. — С. 79—81.
5. Побединский Н.М. Многоводие: диагностика и лечение / Н.М. Побединский, М.А. Бовин, А.П. Киргощинков [и др.] // Акушерство и гинекология. — 2004. — №1. — С. 7—10.
6. Пустотина О.А. Частота, факторы риска и причины развития мало- и многоводия / О.А. Пустотина, Б.Л. Гуртовой, Ю.А. Павлотенкова, А.И. Мелько // Акушерство и гинекология — 2005. — №5. — С. 19—22.
7. Степанова Р.Н. Факторы риска прогнозирование преждевременных родов / Р.Н. Степанова, М.К. Абдурахимова, Х.А. Расулова, М.С. Рустаманова // Акушерство и гинекология — 1990. — №2. — С. 30—32.
8. Сулопаров Л.А. Прогнозирование маточных кровотечений в родах / Л.А. Сулопаров, Н.Л. Осипова, К.Г. Буллах // Акушерство и гинекология. — 1977. — №11. — С. 24—27.

9. Ушакова Г.А. О методике прогнозирования акушерских осложнений / Г.А. Ушакова, Т.В. Цицинская, Т.В. Маркова // Акушерство и гинекология. — 1982. — №9. — С. 45—47.
10. Sherer D.M. Oligohydramnios: use and misuse in clinical management / D.M. Sherer, O. Langer // Ultrasound Obstet. Gynecol. — 2001 — Vol. 18. — P. 411—419.

V.V. MALYAR

Uzhhorod National University, Medical Faculty, Department of Obstetrics and Gynecology, Uzhhorod

MONITORING PRENATAL RISK FACTORS AND THEIR IMPORTANCE IN PROGNOSIS PATHOLOGY
VOLUME ENVIRONMENT NAVKOLOPLODOVOHO

The analysis of 8158 birth stories of women whose pregnancies complicated with idiopathic low-or polyhydramnios. Based on medical history revealed that little or polyhydramnios occurs almost equally (4.3% and 4.4%). Drawing maps of individual prognostic prediction of idiopathic polyhydramnios little or enables more efficient use of preventive measures and work family physician and obstetrician-gynecologist district.

Key words: pregnancy, risk factors, low-or polyhydramnios, individual prognosis

Стаття надійшла до редакції: 28.04.2014