

Тактика ведення дуже ранніх передчасних пологів

О.В. Мосендз

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

Мета дослідження: визначення особливостей тактики ведення дуже ранніх передчасних пологів залежно від терміну гестації з оцінюванням перинатальних наслідків.

Матеріали та методи. У дослідженні брали участь 166 жінок репродуктивного віку з дуже ранніми передчасними пологами (ДРПП) у термінах 22–27 тиж гестації. Пацієнток розподілено на дві групи залежно від критеріїв живородіння: 1-а група – 79 жінок, пологи у яких розцінювали як пізній викидень (ретроспективне дослідження); 2-а група – 87 жінок, у яких пологи відбулися як дуже ранні передчасні (проспективне дослідження). Критерії виключення: вроджені вади розвитку плода. Усім жінкам проводили комплексне обстеження із застосуванням клінічних, інструментальних і лабораторних методів дослідження.

Результати. Основними ускладненнями гестації у вагітних обох груп у II триместрі стали загроза переривання вагітності та плацентарна дисфункція (ПД), що призвело до розвитку затримки росту плода (ЗРП) в обох групах (66% – у 1-й групі, 63% – у 2-й групі). Наявність ПД при ДРПП підтверджено гістологічно у 68% і 72% випадків відповідно у кожній групі родиль.

Вагінальні пологи відбулися у 55 (69,6%) пацієнток 1-ї групи і у 26 (29,9%) жінок 2-ї групи. Показання до кесарева розтину (КР) у 1-й групі переважно були з боку матері (75%), у 2-й групі цей показник становив 27,8%, з боку плода – 4,9% (ПД), поєднані показання – 65,6% (глибока недоношеність). Розширення показань до КР при ДРПП на 41% привело до зниження перинатальної смертності в 1,5 разу ($p < 0,05$). У післяпологовий період у пацієнток обох груп відзначено зниження частоти гнійно-септичних ускладнень на фоні проведеного профілактичного лікування з 13,9% (1-а група) до 4,6% (2-а група) ($p < 0,05$).

Під час аналізу перинатальної смертності найвищі показники відзначено у термінах гестації 22–24 тиж, при цьому вони нижчі в 1,5 разу у 25 тиж і у 3,5 разу – у 26–27 тиж. У ході дослідження встановлено, що метод розродження не впливав на перинатальні результати у 22–25 тиж, але у термінах 26–27 тиж виживаність дітей, народжених шляхом КР, вища на 10%, ніж при самовільних пологах ($p < 0,05$).

Розширення показань щодо проведення профілактики респіраторного дистрес-синдрому плода з 22 тиж у 2-й групі (у 1-й групі не проводили) на 10,7% привело до збільшення виживаності дітей з екстремально низькою масою тіла на 11% ($p < 0,05$).

Заключення. У разі загрози ДРПП вибір тактики ведення пологів визначається терміном гестації, станом здоров'я матері та плода, ступенем готовності пологових шляхів до розродження. Передчасний термін пологів не є показанням до КР, за винятком наявності конкретних акушерських показань, але проведення абдомінального розродження можливе на ранніх термінах вагітності (22–25 тиж).

Неоднозначними залишаються питання до застосування інструментальної допомоги при розродженні, визначення гестаційних термінів початку проведення профілактики респіраторного дистрес-синдрому глюкокортикоїдами, необхідності використання токолізу. Правильне визначення тактики ведення жінок, які народять передчасно, дозволить вчасно здійснити заходи, що спрямовані на покращання результатів для матері і новонародженого та можуть мати прогностичний характер.

Ключові слова: дуже ранні передчасні пологи, респіраторний дистрес-синдром, глюкокортикоїди, токоліз, кесарів розтин, плацентарна дисфункція, перинатальна смертність.

The management of very early preterm birth

O. V. Mosendz

The objective: a determination of the management for very early preterm birth, depending on the gestational age, and an assessment of perinatal outcomes.

Materials and methods. The study involved 166 women of reproductive age with very early preterm birth (VEPB) at 22–27 weeks of gestation. The patients were divided into two groups depending on the criteria of live birth: the 1st group – 79 women whose labor was as a late miscarriage (retrospective study); the 2nd group – 87 women with very early preterm birth (prospective study). Exclusion criteria: congenital malformations of the fetus.

All women were examined using clinical, instrumental and laboratory research methods.

Results. The main complications of gestation in pregnant women of both groups in the II trimester were the threat of pregnancy interruption and placental dysfunction (PD), which led to the development of fetal growth retardation in both groups (66% – in the 1st group, 63% – the 2nd group). The presence of PD by VEPB was confirmed histologically in 68% and 72% of cases in each group, respectively. 55 (69.6%) patients of the 1st group and in 26 (29.9%) women of the 2nd group had vaginal delivery. Indications for cesarean section (CR) in the 1st group were mainly from the mother (75%), in the 2d group 27.8% persons had indications from the mother, 4.9% (PD) – from the fetus, combined indications were determined in 65.6% (deep prematurity). The expansion of indications for CS by VEPB in 41% led to a 1.5-fold decrease in perinatal mortality ($p < 0.05$). In the postpartum period, patients of both groups had a decrease frequency of purulent-septic complications after the preventive treatment from 13.9% (the 1st group) to 4.6% (the 2d group) ($p < 0.05$). The analysis of perinatal mortality demonstrated a high rate at 22–24 weeks of gestation, while this indicator was in 1.5 times lower at 25 weeks and 3.5 times lower at 26–27 weeks. We found that the method of delivery did not affect perinatal results at 22–25 weeks,

but at 26–27 weeks the survival rate of newborns born by CS is on 10% higher than by spontaneous delivery ($p < 0.05$). The expansion of indications for the prevention of respiratory distress syndrome of the fetus from 22 weeks in the 2nd group (in the 1st group was not performed) by 10.7% led to an increase in the survival rate of children with extremely low body weight by 11% ($p < 0.05$).

Conclusions. In cases of threat of VTPB, the management is determined by the gestational age, the state of health of the mother and the fetus, the degree of readiness of the birth canal for delivery. Premature delivery is not an indication for CS, except for the presence of specific obstetric indications, but abdominal delivery is possible in early pregnancy (22–25 weeks). The questions about the operated vaginal delivery, the determination of the gestational age for the prevention of respiratory distress syndrome with glucocorticoids, the need to use tocolysis are controversial. The correct determination of the management of women with preterm birth will allow to apply timely measures to be taken to improve the results for the mother and the newborn and may have a prognostic character.

Keywords: *very early preterm birth, respiratory distress syndrome, glucocorticoids, tocolysis, cesarean section, placental dysfunction, perinatal mortality.*

Тактика ведения очень ранних преждевременных родов О.В. Мосендз

Цель исследования: определение особенностей тактики ведения очень ранних преждевременных родов в зависимости от срока гестации с оценкой перинатальных исходов.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 166 женщин репродуктивного возраста с очень ранними преждевременными родами (ОРПР) в терминах 22–27 нед гестации. Пациенток распределили на две группы в зависимости от критериев живорождения: 1-я группа – 79 женщин, роды у которых расценивали как поздний выкидыш (ретроспективное исследование); 2-я группа – 87 женщин, у которых роды произошли как очень ранние преждевременные (проспективное исследование). Критерии исключения: врожденные пороки развития плода.

Всем женщинам проводили комплексное обследование с применением клинических, инструментальных и лабораторных методов исследования.

Результаты. Основными осложнениями гестации у беременных обеих групп во II триместре стали угроза прерывания беременности и плацентарная дисфункция (ПД), что привело к развитию задержки роста плода (ЗРП) в обеих группах (66% – в 1-й группе, 63% – во 2-й группе). Наличие ПД при ОРПР подтверждено гистологически в 68% и 72% случаев соответственно в каждой группе рожениц.

Вагинальные роды произошли у 55 (69,6%) пациенток 1-й группы и у 26 (29,9%) женщин 2-й группы. Показания к кесареву сечению (КС) в 1-й группе в основном были со стороны матери (75%), во 2-й группе этот показатель составил 27,8%, со стороны плода – 4,9% (ПД), сочетанные показания – 65,6% (глубокая недоношенность). Расширение показаний к КС при ОРПР на 41% привело к снижению перинатальной смертности в 1,5 раза ($p < 0,05$). В послеродовой период у пациенток обеих групп отмечено снижение частоты гнойно-септических осложнений на фоне проведенного профилактического лечения с 13,9% (1-я группа) до 4,6% (2-я группа) ($p < 0,05$).

Во время анализа перинатальной смертности высокие показатели отмечали в сроках гестации 22–24 нед, при этом они ниже в 1,5 раза в 25 нед и в 3,5 раза – в 26–27 нед. В ходе исследования установлено, что метод родоразрешения не влиял на перинатальные результаты в 22–25 нед, но в сроках 26–27 нед выживаемость детей, рожденных путем КС, выше на 10%, чем при самопроизвольных родах ($p < 0,05$).

Расширение показаний к проведению профилактики респираторного дистресс-синдрома плода с 22 нед во 2-й группе (в 1-й группе не проводили) на 10,7% привело к увеличению выживаемости детей с экстремально низкой массой тела на 11% ($p < 0,05$).

Заключение. При угрозе ОРПР выбор тактики ведения родов определяется сроком гестации, состоянием здоровья матери и плода, степенью готовности родовых путей к родоразрешению. Преждевременный срок родов не является показанием к КС, за исключением наличия конкретных акушерских показаний, но проведение абдоминального родоразрешения возможно на ранних сроках беременности (22–25 нед).

Неоднозначными остаются вопросы по применению инструментальной помощи при родах, определение гестационных сроков начала проведения профилактики респираторного дистресс-синдрома глюкокортикоидами, необходимости использования токолиза. Правильное определение тактики ведения женщины, которые родят преждевременно, позволит вовремя принять меры, направленные на улучшение результатов для матери и новорожденного и могут иметь прогностический характер.

Ключевые слова: *очень ранние преждевременные роды, респираторный дистресс-синдром, глюкокортикоиды, токолиз, кесарево сечение, плацентарная дисфункция, перинатальная смертность.*

Передчасні пологи є серйозною медико-соціальною проблемою, яка вважається основною причиною неонатальної смертності в усьому світі. Це пов'язано з більш високими показниками захворювань нервової системи, сенсоневральними порушеннями та ускладненнями з боку респіраторної та травної систем [1]. Епідеміологічні дані також свідчать про те, що недоношені діти мають підвищений ризик розвитку багатьох хронічних дегенеративних захворювань у дорослому віці (ішемічна хвороба серця, інсульт, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет 2-го типу та ін.). Показники захворюваності вищі у слаборозвинених країнах (11,8%) порівняно з більш розвиненими (9,3%) [2].

Приблизно 15 млн дітей у всьому світі щорічно народжуються передчасно. З них 1 млн помирає у віці до 5 років, що становить 18% від усіх смертей дітей цього віку. З передчасними пологами пов'язані 35% випадків ранньої і пізньої неонатальної смерті новонароджених (віком до 28 днів) [3].

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), передчасними є пологи з 22 до 37 тиж вагітності (+ 6 діб): термін гестації 22–27 тиж – дуже ранні передчасні пологи (ДРПП), 28–33 тиж – ранні передчасні пологи, 34–37 тиж – передчасні пологи. Такий розподіл зумовлений причинами, що провокують початок пологової діяльності, а методи лікування та на-

слідки для новонароджених відрізняються у ці періоди вагітності. За даними літератури, у групі ДРПП надзвичайно високими є перинатальна захворюваність і смертність новонароджених з ЕНМТ та незрілими легенями, а наявність інфекції у пологових шляхах виключає можливість тривалого пролонгування такої вагітності [4, 5].

Актуальність проблеми передчасних пологів у всьому світі пов'язана не лише з медичними наслідками, але й із соціальною значущістю: зменшується приріст населення, збільшується дитяча смертність, погіршується фертильна функція жінок. Ураховуючи поліетіологічність причин ДРПП, велике значення має якісна організація амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги цій когорті жінок. Оскільки причини переривання вагітності виникають ще задовго до розвитку вагітності, очевидною є необхідність обстеження і лікування таких пацієнток ще до настання та з моменту настання вагітності.

Незважаючи на чисельні та високоефективні методи діагностики і лікування, частота ранніх передчасних пологів у світі не має тенденції до зниження. Недоношені діти народжуються мертвими у 8–13 разів частіше, ніж доношені, та у 50 разів частіше вмирають на першому тижні життя [6].

Частим ускладненням при передчасних пологах, яке призводить до смерті новонародженого, є синдром дихальних розладів. Його частота напряму пов'язана з терміном гестації: чим менше гестаційний вік, тим частіше відзначається респіраторний дистрес-синдром (РДС), у розвитку якого провідне значення має дефіцит сурфактанта. Токोलітична терапія дає час для проведення антенатального курсу кортикостероїдами, який зменшує кількість випадків РДС та неонатальної смерті приблизно на 50% [7]. Але у терміні вагітності менше 22 тиж кортикостероїди не застосовують у зв'язку з тим, що у плода ще недостатня кількість примітивних альвеол, на які може вплинути препарат. Критерії визначення гестаційного віку при загрозі ДРПП зумовлюють підхід до термінів профілактики РДС плода і методу розродження.

Для прогнозування ефективності токолізу індикатором слугує ступінь розкриття шийки матки: при розкритті маткового вічка понад 3 см токоліз буде неефективний. При виявленні вкорочення шийки матки менше 2,5 см проводять низку профілактичних заходів, спрямованих на попередження прогресування її вкорочення (накладання шва на шийку матки, уведення розвантажувального акушерського песарію, призначення прогестерону) [6].

Сьогодні суттєво зросла важливість інфекційного фактора як причини ДРПП. Загроза переривання вагітності буває наслідком запальних процесів жіночих статевих органів, що призводить до порушень імплантації плідного яйця, аномалій розташування плаценти, а також накопичення у навколоплідних водах речовин, які запускають процес пологів. Патологічний перебіг вагітності супроводжується гіпоксією плода, що призводить до змін у проникності мембран, збільшення гідрофільності тканин, порушення процесів згортання крові. Наслідком цього є розвиток плацентарної дисфункції (ПД), порушення мозкового кровообігу і перинатальні ураження нервової системи плода [8].

Головним і найскладнішим питанням, що постає перед акушерками, є вибір методу розродження при ДРПП. Проблема недоношування вагітності та збере-

ження життя і здоров'я дітей з ЕНМТ, народжених у термінах гестації від 22 до 27 тиж, напряму пов'язана не тільки з якістю медичної допомоги під час пологів, але й тактикою їхнього ведення, через що питання щодо методів розродження у цій групі вагітних не втрачає своєї актуальності. При ДРПП існують додаткові причини, що зумовлюють інтранатальну травматизацію: невідготовленість плода до пологового стресу і незавершеність редукції поверхневої капілярної мережі та слабкість аргірофільного каркаса мозку, незрілість ауторегуляції мозкового кровообігу, відсутність усіх біомеханізмів пологів при пересуванні плода, здавлювальна дія тканин пологового тракту [1, 7]. Тому вибір методу розродження і розроблення раціональної тактики ведення ДРПП залежно від терміну гестації, маси плода, стану ФПК є вирішальними, що має знизити перинатальну смертність і збільшити виживаність новонароджених.

Отже, при загрозі ДРПП необхідно належним чином ідентифікувати жінок за сукупністю факторів ризику. Вибір схем ведення пацієнток із ДРПП визначають терміном гестації, станом здоров'я матері та плода, цілісністю плодового міхура, характером скорочувальної діяльності матки, ступенем змін шийки матки, наявністю й інтенсивністю кровотечі. Використання кортикостероїдів має бути тільки за життєвими показаннями (коротка шийка матки, і/або позитивний фібрoneктин, або ранній плановий кесарів розтин – КР).

Передчасний термін вагітності не є показанням до КР, за винятком наявності конкретних акушерських показань [7]. Вагінальні пологи є безпечним і загальноприйнятим способом народження дітей при одноплідній вагітності і двійні у разі головного передлежання першого плода. КР рекомендований у разі затримки внутрішньоутробного росту плода та/або тазового передлежання [1]. Проведення КР не показане, але можливе на ранніх термінах вагітності (22–25 тиж). Інструментальна допомога при народженні не рекомендується на ранніх термінах вагітності. Однак, за необхідності, перевага надається накладанню вихідних щипців, а не вакуумній екстракції. У край важливе відстрочене (через 1–3 хв) перетискання пуповини після народження недоношених дітей, що значно поліпшує прогноз для новонародженого [7].

Різноманітність причин ДРПП зумовлює необхідність знання механізмів пологової діяльності, що дозволить індивідуалізувати терапію загрози передчасного розродження і зберегти життя жінці і майбутній дитині.

Мета дослідження: визначення особливостей тактики ведення ДРПП залежно від терміну гестації з оцінюванням перинатальних наслідків.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для виконання поставленої мети проведено аналіз особливостей ведення ДРПП і перинатальних наслідків у 166 жінок репродуктивного віку у термінах 22–27 тиж гестації. Пацієнток розподілено на дві групи залежно від критеріїв живородіння:

- до 1-ї групи увійшли 79 жінок (n=79), пологи у яких розцінювали як пізній викидень, народилось 94 дитини, 68 з них – живі (ретроспективне дослідження);
- до 2-ї групи – 87 жінок (n=87), у яких пологи відбулися як дуже ранні передчасні, народилось 94 дитини, 91 з них – живі (проспективне дослідження).

Основний критерій включення – факт пологів у термінах 22–27 тиж вагітності. Критерій виключення: вроджені вади розвитку плода.

Метод розродження не мав суттєвого впливу на перинатальні результати.

Середній вік пацієток 1-ї і 2-ї груп дорівнював $29,0 \pm 2,5$ і $29,5 \pm 2,7$ року відповідно, тобто всі жінки були в активному або середньому репродуктивному віці й статистично зіставними. Пацієткам обох груп проводили комплексне обстеження із застосуванням клінічних, інструментальних і лабораторних методів дослідження. Під час аналізу анамнестичних даних до уваги брали перенесені захворювання, які мали значення при становленні і функціонуванні репродуктивної системи, особливості менструальної функції, соматичну патологію, наслідки попередніх вагітностей, перенесені оперативні гінекологічні втручання, наявність запальних захворювань статевої системи.

Під час ведення вагітності у пацієток обох груп особливу увагу приділяли оцінюванню факторів ризику розвитку ДРПП, застосуванню мікронізованого прогестерону для запобігання передчасного розродження і профілактиці ФПН і РДС плода глюкокортикоїдами. За необхідності проводили додаткові дослідження щодо функціонального стану органів і систем.

Математичне і статистичне оброблення отриманих даних проводили за допомогою пакета статистичних програм Microsoft Office Excel і «Statistica». Оцінювання статистичної значущості відмінностей виконували із застосуванням параметричного t-критерію Стьюдента для незалежних вибірок.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз анамнезу пацієток обох груп, оцінених ретроспективно і проспективно, засвідчив, що всі обстежувані були зіставні за віком і антропометричними даними: середній вік дорівнював $29,0 \pm 2,5$ і $29,5 \pm 2,7$ року, а середня маса тіла – $73,9 \pm 3,6$ кг і $75,5 \pm 2,9$ кг відповідно. Працюючими були 72,05% жінок 1-ї групи і 71,6% – у 2-ї групі, їхні професії не були пов'язані з шкідливими факторами, але шкідливі звички (паління) відзначали 11,7% і 14,8% жінок. Обтяжену спадковість щодо захворювань з боку серцево-судинної системи, за ендокринопатіями та онкологічними захворюваннями мали 10,1% і 11,4% пацієток відповідно.

Під час вивчення анамнестичних даних обстежуваних жінок брали до уваги перенесені захворювання, які мали значення під час становлення і функціонування репродуктивної системи. За структурою екстрагенітальних захворювань лише близько 20% пацієток з кожної групи були відносно здоровими. Більшість жінок мали в анамнезі хронічні вогнища інфекції, захворювання нирок і сечовивідних шляхів, травного тракту (ТТ), гіпертонічну хворобу, ендокринопатії. Якщо зіставити домінуючий репродуктивний вік пацієток (від 20 до 39 років) з високою частотою хронічних естрагенітальних захворювань, можна зробити висновок, що наявність останніх є серйозним фактором ризику несприятливого завершення вагітності. Це підтверджується фактом ДРПП у всіх пацієток.

Зважаючи на численні фактори ризику, у більшості пацієток вагітність мала ускладнений перебіг. Осно-

вним ускладненням I триместра в обох групах була загроза переривання (40,5% і 50,6% відповідно), пов'язана з ризиком ПД (зменшення розмірів жовтого тіла, зниження рівня прогестерону).

У II триместрі гестації загроза переривання вагітності у пацієток обох груп (43% і 30% відповідно) через дисфункцію фетоплацентарного комплексу (ФПК) проявилася клінічно у 1-й групі у 22,7%, у 2-й групі – у 21,8% жінок. При цьому у 2-ї групі 37 (41,5%) пацієткам проведено додаткове дослідження гормонів ФПК і матково-плацентарного кровотоку. У результаті у 37,8% вагітних виявлені порушення матково-плацентарного кровотоку різного ступеня, які спостерігались в основному у випадках з найбільш несприятливим перебігом вагітності, що могло бути пов'язано із взаємною залежністю гормональної функції ФПК і підвищенням тонусом міометрія.

Неповноцінність функціонування ФПК (51,4%) підтверджена зниженням рівня плацентарного лактогену нижче 25П у 27% вагітних і підвищенням понад 75П у 24,4% пацієток. Терапія мікронізованим прогестероном сприяла збільшенню продукування прогестерону і плацентарного лактогену, що привело до зниження частоти порушення кровообігу у судинах ФПК у 6,3 разу, а застосування бета-міметиків покращило ці показники лише у 4 рази ($p < 0,05$). Також були оцінені шанси сприятливого ефекту при токолізі різними групами препаратів, що мало позитивний вплив на перинатальні результати не тільки у випадку пролонгування вагітності до доношених термінів, але й зменшило кількість випадків штучної вентиляції легень серед недоношених новонароджених.

Більшість ДРПП, як у 1-й, так і у 2-ї групах пацієток, сталися у термінах гестації 25–27 тиж (65,8% і 83,9% відповідно), у той час як у 2-ї групі вагітних пологів у 22 тиж не відбулося. Це може свідчити про більш правильну тактику ведення пацієток із загрозою ДРПП і прологування вагітності до більших термінів гестації, що є оптимальним способом покращення перинатальних наслідків.

Порівняльний аналіз структури пологів в обох групах виявив певні особливості: у ретроспективному дослідженні (1-а група) превалювали самовільні пологи і тільки 30% з них становили оперативні, у проспективному дослідженні (2-а група) – самовільні пологи сталися лише у 30% пацієток ($p < 0,01$). Змінився і підхід до ведення пологів через природні пологові шляхи: не застосовували стимуляцію окситоцином, широко використовували довготривалу епідуральну аналгезію, що привело до більш турботливого розродження, збільшення тривалості пологів.

У третій період пологів різко знизилася частота вишкрябань стінок порожнини матки після народження плаценти (у 22–25 тиж вишкрябання проводили тільки за життєвими показаннями, у 26–27 тиж застосовували ручне обстеження порожнини матки), що є набагато кращим варіантом для ендо- і міометрія у майбутніх можливих вагітностях.

Частота КР у 2-ї групі зростає на всіх термінах гестації: у 22–24 тиж – від 0% до 42,9%, у 25 тиж – від 16,7% до 73,3%, у 26–27 тиж – від 42,3% до 75,9% ($p < 0,01$). За наявності умов дитину виймали у цілому плодово-мі-

хурі, тобто саму операцію при ДРПП стали проводити більш обережно.

Змінилися і показання до оперативного розродження: якщо у 1-й групі в основному вони були з боку матері (75%), то у 2-й групі – 27,8% з боку матері, з боку плода – 4,9% (ПД), за поєднаними показаннями – 65,6% (глибока недоношеність). Розширення показань до КР при ДРПП на 41% призвело до зниження перинатальної смертності в 1,5 разу ($p < 0,05$).

У післяпологовий період у пацієнок обох груп відзначено зниження частоти гнійно-септичних ускладнень на фоні проведеного профілактичного лікування з 13,9% (1-а група) до 4,6% (2-а група) ($p < 0,05$). Цей факт пов'язаний з оцінюванням інфекційного індексу вагітних з ДРПП і ускладненнями у післяпологовий період у пацієнок 1-ї групи. У зв'язку з цим у післяпологовий період всіх роділь 2-ї групи вели як пацієнок високого ризику щодо реалізації гнійно-септичних післяпологових ускладнень у повному обсязі комплексу лікувально-профілактичних заходів (промивання післяпологової матки антисептиками, застосування УВЧ). При цьому слід зазначити, що всі післяпологові ускладнення у пацієнок 2-ї групи реалізовувалися після абдомінального розродження, що само по собі є додатковим фактором ризику.

Основними збудниками запальних процесів у післяпологовий період в обох групах були *E. coli*, *Enter. faecalis*, *St. agalacticus*, яких виявили у бакпосівах у клінічно значущих концентраціях, при цьому комбінацію збудників зафіксовано у 28,7% випадків.

Про високий інфекційний ризик щодо розвитку гнійно-септичних ускладнень у роділь після ДРПП свідчать і результати гістологічного дослідження плацент, у яких зміни, що відповідають запальним процесам різного ступеня вираженості (децидуїт, децидуохоріоніт, плацентит), були виявлені у 72% спостережень у 1-й групі і у 87,3% – у 2-й групі.

Отже, дані спостереження дозволяють зробити висновок, що всі роділлі з ДРПП належать до групи високого ризику щодо розвитку післяпологових гнійно-септичних ускладнень і потребують проведення лікувально-профілактичних заходів, особливо пацієнтки після КР.

Під час аналізу стану новонароджених (за шкалою Апгар) відзначено збільшення кількості дітей з оцінкою 5–7 балів на 1-й та 5-й хвилинах у 2-й групі жінок: на 1-й хвилині – з 27,5% (1-а група) до 44%, на 5-й хвилині – з 72% (1-а група) до 74% ($p < 0,05$). При їхніх станах на 5-й хвилині залежно від терміну вагітності відзначали зменшення кількості дітей з низькою оцінкою і збільшення – з більш високою у всіх термінах гестації ($p < 0,05$). Низька оцінка напряму залежала від терміну гестації: так, 1–2 бали мали 58,3% новонароджених у термінах 22–24 тиж і тільки 19,4% дітей – у термінах 26–27 тиж ($p < 0,05$).

При цьому високу оцінку стану дітей (5–7 балів) на 1-й хвилині достовірно частіше реєстрували у новонароджених у 26–27 тиж, ніж у дітей у 22–24 тиж (52,4% і 25,05 відповідно). На 5-й хвилині відзначали аналогічну ситуацію: високі бали у 2 рази частіше спостерігалися у дітей, народжених у 25, 26–27 тиж, ніж у 22–24 тиж.

У 1-й групі не виявлено зв'язку з оцінкою за шкалою Апгар і методом розродження, вірогідно, через те, що КР проводили виключно за показаннями матері. При

цьому у 2-й групі після розширення показань до абдомінального розродження відзначено збільшення кількості новонароджених з більш високою оцінкою за шкалою Апгар: на 1-й хвилині оцінку 5–7 балів при КР мали у 2 рази більше дітей – 51,5%, ніж при самовільних пологах – 22% ($p < 0,01$), на 5-й хвилині кількість новонароджених з високою оцінкою була на 22% більшою після КР, ніж при самостійному розродженні.

Під час аналізу перинатальної смертності найвищі її показники відзначали у термінах гестації 22–24 тиж, при цьому вони в 1,5 разу нижче у 25 тиж і у 3,5 разу нижче у 26–27 тиж. При порівнянні показників перинатальної смертності спостерігається зниження цього показника у 2-й групі в 1,5 разу за рахунок антенатальної й інтранатальної смертності у результаті профілактики та лікування ПД, своєчасного і більш дбайливого розродження. Але при цьому підвищився показник ранньої неонатальної смертності. При цьому у термінах 22–25 тиж рання неонатальна смертність мала тенденцію до збільшення, але у 26–27 тиж цей показник практично не змінився, що свідчить про більшу перспективність цієї групи щодо виживаності і виходжування.

Оцінити структуру причин ранньої неонатальної смерті у 1-й групі неможливо, оскільки померлі до 7 діб належали за статистикою до пізніх викиднів, і патологоанатомічне дослідження не проводили. Тому структура ранньої неонатальної смертності оцінювали тільки у 2-й групі. У структурі ранньої неонатальної смертності, як і в структурі неонатальної смертності в цілому, превалювали інфекційні процеси (65% і 61,8% відповідно).

Під час визначення причин ранньої неонатальної смертності у різні терміни гестації привертало увагу, що у терміні 22–24 тиж провідною причиною смерті була асфіксія (57,1%), у 25, 26–27 тиж – переважали інфекційні процеси (83,3% і 77,8% відповідно). Синдром дихальних розладів як причину смерті відзначали у термінах 22–24 тиж та 25 тиж вагітності (14,3% і 16,7% відповідно). Структура причин пізньої неонатальної смертності в обох групах була менш різноманітною: основною причиною смерті новонароджених з 7 до 28 діб життя були інфекції (у 25 тиж – 100%, у 26–27 тиж – 63,6%) і внутрішньошлункові крововиливи як реалізація запального процесу (36,4%).

З проведеного аналізу виживаності новонароджених більше 28 діб видно, що при оцінці стану малюків за шкалою Апгар на 5-й хвилині 1–2 бали тільки половина (50%) дітей, народжених у терміні гестації 26–27 тиж, дожили до 28 діб, а в терміні 22–24 тиж при оцінці на 5-й хвилині 1–2 і 3–4 балів жодна дитина не прожила більше 28 днів. При оцінці 5–7 балів на 5-й хвилині шанси на виживання у новонароджених у 22–24 тиж підвищувалися у 2 рази, а виживаність дітей у терміні 25 і 26–27 тиж була 66,7% та 80% відповідно ($p < 0,05$). Це свідчить про низьку життєздатність дітей, що народилися у гестаційних термінах 22–24 тиж, поліпшення ситуації у 25 тиж і досить хороші перспективи для виходжування у 26–27 тиж вагітності.

При проведенні порівняльного аналізу виживаності новонароджених більше 28 днів залежно від методу розродження в обох групах відзначали достовірно більший відсоток дітей, що вижили, народжених абдомінальним шляхом ($p < 0,05$). При цьому слід ураховувати, що ва-

гітним 1-ї групи КР проводили тільки за життєвими показаннями з боку матері і, в основному, у терміні 26–27 тиж гестації.

Під час аналізу виживаності дітей, народжених передчасно, більше 28 днів у різні терміни гестації залежно від методу розродження констатували, що у терміні 22–24 і 25 тиж метод розродження суттєво не впливав на перинатальні наслідки (виживаність більше 28 днів при абдомінальному розродженні – 41% і 65%, а при самовільних пологах – 42% і 66% відповідно). Виживаність дітей більше 28 днів, які народилися у терміні 26–27 тиж, мала чітку залежність від методу розродження і не залежала від методу розродження – у терміні 25 і 22–24 тиж. Установлено, що при КР у терміні 26–27 тиж ймовірність виживання новонароджених вище, ніж при самовільних пологах.

Неоднозначним є і питання визначення гестаційних термінів початку проведення профілактики РДС глюкокортикоїдами при ДРПП. Під час аналізу перинатальних наслідків в обох групах пацієнок, розширення показань до проведення профілактики РДС з 22 тиж у 2-ї групи на 10,7% (з 41,5% до 52,2%) привело до збільшення виживаності дітей з ЕНМТ на 11% (з 70,4 до 81,4%) ($p < 0,05$).

Аналіз виживаності дітей відповідно до збільшення терміну гестації проводили тільки у пацієнок 2-ї групи (через перехід до інших критеріїв статистичного обліку). При цьому відзначали збільшення цього показника відповідно до збільшення терміну гестації: так, більше 7 днів у 26–27 тиж виживало новонароджених на 13,5% більше, ніж у 22–24 тиж (88,5% і 75% відповідно), а понад 28 днів у термінах гестації 26–27 тиж виживало дітей в 1,5 рази більше, ніж у 22–24 тиж (70% і 40% відповідно). Це ще раз свідчить про низьку життєздатність дітей у терміні гестації 22–24 тиж і перспективність щодо виходжування новонароджених гестаційної групи 26–27 тиж.

Отже, проведені дослідження визначили тактику розродження у жінок із загрозою ДРПП з урахуванням факторів ризику початку пологів, терміну гестації, ведення післяпологового періоду і перинатальних наслідків. Це дозволить розробити рекомендації при оптимізації ведення вагітності та пологів даної категорії пацієнок з метою зниження перинатальних втрат і поліпшення якості життя новонароджених з екстремально низькою масою тіла.

ВИСНОВКИ

Наявність обтяженого загального і акушерського анамнезу у вагітних є серйозним фактором ризику несприятливого завершення вагітності, що підтверджується фактом дуже ранніх передчасних пологів (ДРПП) у всіх пацієнок. Правильне оцінювання шансів сприятливого ефекту при токолізі різними групами препаратів справляє позитивний вплив на перинатальні результати не тільки у випадку пролонгування вагітності до доношених термінів, але й знижує частоту застосування штучної вентиляції легень у недоношених новонароджених. Розширення показань до проведення профілактики РДС з 22 тиж приводить до збільшення виживаності дітей.

Вибір методу розродження і розроблення раціональної тактики ведення ДРПП залежно від терміну гестації, маси плода, стану ФПК дозволяє знизити перинатальну смертність більше ніж в 1,5 рази і підвищити виживаність новонароджених до 76%.

Оцінка інфекційного індексу вагітних із ДРПП і ускладненнями у післяпологовий період дозволяє зробити висновки, що всі роділлі із ДРПП належать до групи високого ризику щодо розвитку післяпологових гнійно-септичних ускладнень і потребують проведення лікувально-профілактичних заходів, особливо пацієнток після КР.

Відомості про автора

Мосендз Олена Володимирівна – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

Information about the author

Mosendz Olena V. – Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 04107, Kyiv, 9 Dorohozhytska Str. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

Сведения об авторе

Мосендз Елена Владимировна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национального университета здравоохранения Украины имени П. Л. Шупика, 04107, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

ПОСИЛАННЯ

- Golyanovsky OV [editor], Leush SS, Romanenko TG, Gerasimova TV et al. Management of childbirth and delivery: Textbook. K.: Mercury-Podillya; 2016. Book 1. 272 p.
- Granese R, Gitto E, D'Angelo G et al. Preterm birth: seven-year retrospective study in a single centre population. Ital. J. Pediatr. 2019. April 11; 45:45.
- Walani SR. Global burden of preterm birth. Int J Gynecol Obstet. 2020. 150:31-3.
- Savelyeva GM, Shalina RI, Kurtser MA et al. Preterm birth as the most important problem of modern obstetrics. Obstetrics and gynecology. 2012;2(8):4-10.
- Pirogova VI, Shurpyak SO, Oshurkevich OE. Ways to optimize the diagnosis of the threat of preterm birth. Medical aspects of women's health. 2011; 7(47):18-24.
- Dyak KV, Yuzko OM. Causal factors of preterm birth (A new look at the problem). Neonatology, surgery and perinatal medicine. 2017; 1(23):62-9.
- Lakatosh VP, Naritnik TT, Bila W et al. Preterm birth: rubbing and passing realities. Woman's health. 2014;7(93):10-18.
- Petrenko YV, Strubchevska KR. Preterm labor: issues of prognosis, prevention and management (Literature review). Reproductive health of woman. 2021;3(48):57-64.
- Likhachev VK. Infections and inflammatory diseases in obstetrics and gynecology. K.: LAT & company; 2019. 185 p.

Стаття надійшла до редакції 09.06.2021. – Дата першого рішення 15.06.2021. – Стаття подана до друку 02.08.2021