

Особливості ведення дуже ранніх передчасних пологів у жінок із безпліддям в анамнезі

А.С. Падченко

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

Мета дослідження: визначення особливостей тактики ведення дуже ранніх передчасних пологів залежно від терміну гестації з оцінкою перинатальних наслідків у жінок із безпліддям в анамнезі.

Матеріали та методи. У дослідженні брали участь 166 жінок репродуктивного віку із безпліддям в анамнезі та дуже ранніми передчасними пологами в термінах 22–27 тиж гестації (основний критерій включення). Пацієнток було розподілено на дві групи залежно від критеріїв живонародженості: 1-а група – 79 жінок, пологи в яких розцінювались як пізній викидень (ретроспективне дослідження); 2-а група – 87 жінок, в яких пологи відбулися як дуже ранні передчасні (проспективне дослідження).

Критерії виключення: вроджені вади розвитку плода. Пацієнтки обох груп мали серйозний загальний і акушерський анамнез, високу частоту запальних процесів статевих органів, оперативних втручань, а також гормональних порушень і зумовлених ними захворювань. Усім жінкам проводили комплексне обстеження із застосуванням клінічних, інструментальних і лабораторних методів дослідження.

Результати. Основними ускладненнями гестації у вагітних обох груп у II триместрі були загроза переривання вагітності і плацентарна дисфункція, що стало причиною затримки розвитку плода в обох групах обстежуваних – у 66% і 63% дітей відповідно. Плацентарна дисфункція при дуже ранніх передчасних пологах підтверджено гістологічно у 68% і 72% випадків у кожній групі роділь. Вагінальні пологи відбулися у 55 пацієнток 1-ї групи і у 26 жінок 2-ї групи (69,6% і 29,9% відповідно), серед них у термінах 22–24 тиж – 100% і 57,1%, 25 тиж – 83,3% і 26,7%, 26–27 тиж – 57,7% і 24,1% відповідно в кожній групі.

Показання до кесаревого розтину в 1-й групі переважно були з боку матері – безпліддя в анамнезі (75%), у 2-й групі – 27,8% з боку матері, з боку плода – 4,9% (плацентарна дисфункція), за поєднаними показаннями – 65,6% (глибока недоношеність). Розширення показань до кесарева розтину при дуже ранніх передчасних пологах на 41% призвело до зниження перинатальної смертності в 1,5 раза ($p < 0,05$). У післяпологовий період у пацієнток обох груп відзначено зниження 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 відзначались у термінах гестації 22–24 тиж, при цьому вони нижчі в 1,5 раза у 25 тиж і в 3,5 раза – у 26–27 тиж. У ході дослідження встановлено, що метод розродження не впливав на перинатальні результати у 22–25 тиж, але в термінах 26–27 тиж виживаність дітей, народжених шляхом кесарева розтину, вища, ніж при мимовільних пологах, на 10% ($p < 0,05$).

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% ($p < 0,05$).

Висновки. При загрозі дуже ранніх передчасних пологів вибір тактики ведення пологів визначається терміном гестації, станом здоров'я матері та плода, ступенем готовності пологових шляхів до розродження. Передчасний термін вагітності не є показанням до кесарева розтину, за винятком наявності конкретних акушерських показань, але проведення абдомінального розродження можливе для дітей на ранніх термінах вагітності (22–25 тиж).

Неоднозначними залишаються питання щодо застосування інструментальної допомоги при народженні, визначення гестаційних термінів початку проведення профілактики респіраторного дистрес-синдрому глюкокортикоїдами, необхідності використання токолізу. Правильне визначення тактики ведення жінок із безпліддям в анамнезі, 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, безпліддя в анамнезі, кесарів розтин, плацентарна дисфункція, перинатальна смертність.

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 є вищими 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 дів):

- 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 наслідки для новонароджених відрізняються в ці періоди вагітності. За даними літератури, у групі ДРПП (ДРПП) надзвичайно висо-

кими є перинатальна захворюваність і смертність новонароджених з екстремально низькою масою тіла (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 значимістю:

- зменшується приріст населення,
- збільшується дитяча смертність,
- погіршується фертильна функція жінки.

Враховуючи 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 та лікування, частота ранніх передчасних пологів у світі не має тенденції до зниження, особливо у жінок із безпліддям в анамнезі. Недоношені діти народжуються мертвими у 8–13 разів частіше, ніж доношені, та у 50 разів частіше помирають 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 відмічається респіраторний дистрес-синдром (РДС), у розвитку якого провідне значення має дефіцит сурфактанту. Токолітична терапія дає час для проведення антенатального курсу кортикостероїдами, який знижує кількість випадків РДС та неонатальної смерті приблизно на 50% [7]. Водночас 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 неефективним. При виявленні вкорочення шийки матки менше 2,5 см проводять низку профілактичних заходів, спрямованих на попередження прогресування її вкорочення (накладання шва на шийку матки, введення розвантажувального акушерського песарія, 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 плодового яйця, аномалій розташування плаценти, а також накопичення в 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 чого є розвиток плацентарної дисфункції (ПД), порушення мозкового кровообігу і перинатальні ураження нервової системи плода [8].

Головним і найскладнішим питанням, що постає перед акушерами, є вибір методу розродження при ДРПП. Проблема недоношування вагітності та збереження життя і здоров'я дітей з ЕНМТ, народжених в термінах гестації від 22 до 27 тиж, напряму пов'язана не тільки з якістю медичної допомоги при пологах, але й тактикою їх ведення, через що питання щодо методів розродження в цій групі вагітних не втрачає своєї актуальності.

При ДРПП існують додаткові причини, що сприяють інтранатальній травматизації:

- невідготовленість плода до пологового стресу,
- незавершеність редукції поверхневої капілярної мережі та слабкість аргіфільного каркасу 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 фетоплацентарного комплексу (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 визначається терміном гестації, станом здоров'я матері та плода, цілісністю плідного 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 кесарева розтину, за винятком наявності конкретних акушерських показань [7]. Вагінальні пологи є безпечним і загальноприйнятим способом народження дітей при одноплодовій вагітності і двійні у разі головного передлежання першого плода. Кесарів розтин рекомендований у разі затримки внутрішньоутробного росту плода та/або тазового передлежання [1]. Проведення кесарева розтину не показано, але можливе для дітей 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. Украй важливе відстрочене (через 1–3 хв) перетискання пуповини після народження недоношених дітей, що значно поліпшує прогноз для новонародженого [7].

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

Мета дослідження: визначити особливості тактики ведення ДРПП залежно від терміну гестації з оцінкою перинатальних наслідків у жінок із безпліддям в анамнезі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

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

- 1-а група – 79 жінок, пологи в яких розцінювались як пізній викидень, народилось 94 дитини, 68 з них – живі (ретроспективне дослідження);
- 2-а група – 87 жінок, в яких пологи відбулися як дуже ранні передчасні, народилось 94 дитини, 91 з них – живі (проспективне дослідження).

Основний критерій включення: безпліддя в анамнезі, факт пологів в термінах 22–27 тиж вагітності. Критерії виключення: вроджені вади розвитку плода. Метод розродження не мав суттєвого впливу на перинатальні результати.

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

Середній вік пацієнток 1-ї і 2-ї груп становив $29,0 \pm 2,5$ і $29,5 \pm 2,7$ року відповідно, тобто всі жінки були в активному або середньому репродуктивному віці й статистично зіставними. Пацієнткам 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 статеві системи.

При веденні вагітності у пацієнток 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». Оцінку статистичної значущості відмінностей проводили із застосуванням параметричного t-критерію Стюдента для незалежних вибірок.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз анамнезу пацієнток обох груп, оцінених ретроспективно і проспективно, продемонстрував, що всі обстежувані були співставні за віком і антропометричними даними: середній вік становив $29,0 \pm 2,5$ і $29,5 \pm 2,7$ року, 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% – 2-ї групи, їхні професії не були пов'язані зі шкідливими факторами, але шкідливі звички (тютюнопаління) відзначали 11,7% і 14,8% жінок. Обтяжену спадковість з боку серцево-судинної системи, за ендокринопатіями та онкологічними захворюваннями мали 10,1% і 11,4% пацієнток.

При вивченні анамнестичних даних досліджуваних жінок брали до уваги перенесені захворювання, які мали значення при становленні і функціонуванні репродуктивної системи. За структурою екстрагенітальних захворювань лише близько 20% пацієнток з кожної групи були відносно здоровими. Більшість жінок мали в анамнезі хронічні вогнища інфекції, захворювання нирок і сечовивідних шляхів, захворювання травного тракту, гіпертонічну хворобу, ендокринопатії. Якщо співставити домінуючий репродуктивний вік пацієнток (від 20 до 39 років) з високою частотою хронічних екстрагенітальних захворювань, можна зробити висновок, що наявність останніх є серйозним фактором ризику несприятливого завершення вагітності, що підтверджується фактом ДРПП у всіх пацієнток.

Серед провідних причин безпліддя в анамнезі переважав ендокринний фактор (64,3%) порівняно із трубним (21,4%) та чоловічим (14,3%).

Зважаючи на численні фактори ризику, у більшості пацієнток вагітність мала ускладнений перебіг. Основним 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 вагітності загроза переривання вагітності у пацієнток 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. Водночас у 2-й групі 37 (41,5%) пацієнткам проведено додаткове обстеження гормонів ФПК і матково-плацентарного кровотоку. У результаті

у 37,8% вагітних виявлені порушення матково-плацентарного кровотоку різного ступеня, які спостерігались переважно у випадках з найбільш несприятливим перебігом вагітності, що могло бути пов'язано із взаємною залежністю гормональної функції ФПК і підвищеним тонусом міометрія. Неповноцінність функціонування ФПК (51,4%) підтверджена зниженням рівня плацентарного лактогену нижче 25П у 27% вагітних і підвищенням понад 75П у 24,4% пацієнток. Терапія мікронізованим прогестероном сприяла збільшенню продукції прогестерону і плацентарного лактогену, що призвело до зменшення частоти порушення кровообігу в судинах ФПК у 6,3 раза, а застосування бета-міметиків покращило ці показники лише в 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 штучну вентиляцію легень серед недоношених новонароджених.

Більшість ДРПП в обох групах пацієнток сталися в термінах гестації 25–27 тиж (65,8% і 83,9% відповідно), у той час як у 2-й групі вагітних пологів у 22 тиж не відбулося. Це може свідчити про більш правильну тактику ведення пацієнток 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 складали оперативні, у проспективному дослідженні (2-а група) – мимовільні пологи сталися лише у 30% пацієнток ($p < 0,01$). Змінився і підхід до ведення пологів через природні пологові шляхи: не застосовувалась стимуляція окситоцином, широко використовувалась довготривала епідуральна аналгезія, що призвело до більш турботливого розродження, збільшення тривалості пологів.

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

Частота кесарева розтину у 2-й групі зросла 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 в цілому плодовому міхурі, тобто саму операцію при ДРПП стали проводити більш обережно. Змінилися і показання до оперативного розродження: якщо в 1-й групі в основному вони були з боку матері – безпліддя в анамнезі (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% привело до зниження перинатальної смертності в 1,5 раза ($p < 0,05$).

У післяпологовий період у пацієнток обох груп відзначено зниження гнійно-септичних ускладнень на тлі проведеного профілактичного лікування з 13,9% (1-а група) до 4,6% (2-а група) ($p < 0,05$). Цей факт пов'язаний з оцінкою інфекційного індексу вагітних з ДРПП і ускладненнями у післяпологовий період у пацієнток 1-ї групи, у зв'язку з чим у післяпологовий період всіх роділь 2-ї групи вели як пацієнток високого ризику за реалізацією гнійно-септичних післяпологових ускладнень у повному обсязі комплексу лікувально-профілактичних заходів (промивання після-

пологової матки антисептиками, застосування УВЧ). Усі 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 знайдено в 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, в яких зміни, що відповідають запальним процесам різного ступеня вираженості (децидуїт, децидуохоріоніт, плацентит), були виявлені у 72% спостережень у 1-й групі і в 87,3% – у 2-й групі.

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

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 їх станах на 5-й хвилині залежно від терміну вагітності фіксували зменшення кількості дітей з низькою оцінкою і збільшення з більш високою у всіх термінах гестації ($p < 0,05$). Низька оцінка напряду 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 спостерігали аналогічну ситуацію: високі бали у 2 рази частіше були 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 відзначали збільшення кількості новонароджених з більш високою оцінкою за шкалою Апгар: на 1-й хвилині оцінку 5–7 балів при застосуванні кесарева розтину мали у два рази більше дітей (51,5%), ніж при мимовільних пологах (22%) ($p < 0,01$), на 5-й хвилині кількість новонароджених з високою оцінкою була на 22% вищою після кесарева розтину, ніж при самостійному розродженні.

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

Оцінити структуру причин ранньої неонатальної смертності в 1-й групі неможливо, позаяк померлі до 7 діб належали за статистикою до пізніх викиднів і патологоанатомічне дослідження не проводилося. Тому структуру 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 оцінювання причин ранньої неонатальної смертності в різні терміни гестації привертало увагу, що в 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 причина смерті, відзначався в термінах 22–24 та 25 тиж вагітності (14,3% і 16,7% відповідно). Структура причин пізньої неонатальної смертності в обох групах була менш різноманітна: основною причиною смерті новонароджених з 7 до 28 доби життя були інфекції (в 25 тиж – 100%, в 26–27 тиж – 63,6%) і внутрішньошлункові крововиливи як реалізація запального процесу (36,4%).

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

При проведенні порівняльного аналізу виживаності новонароджених більше 28 днів залежно від методу розродження в обох групах відзначався достовірно більший відсоток дітей, що вижили, народжених абдомінальним шляхом ($p < 0,05$). При цьому слід врахувати, що вагітним 1-ї групи кесарів розтин проводили тільки за життєвими показаннями з боку матері і переважно в терміні 26–27 тиж гестації.

Під час аналізу виживаності дітей, народжених передчасно, більше 28 днів в різні терміни гестації залежно від методу розродження зазначалося, що в 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 мимовільних пологах – 42% і 66% відповідно). Виживання дітей більше 28 днів, які народилися в терміні 26–27 тиж, мала чітку залежність від методу розродження і не залежала від методу розродження в терміні – 25 і 22–24 тиж. Встановлено, що при застосуванні кесарева розтину в терміні 26–27 тиж ймовірність виживання новонароджених вище, ніж при мимовільних пологах.

Неоднозначним є і питання визначення гестаційних термінів початку проведення профілактики РДС глюкокортикоїдами при ДРПП. Аналіз перинатальних наслідків в обох групах пацієнток засвідчив, що розширення показань до проведення профілактики РДС з 22-го тижня у 2-й групі 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 збільшення терміну гестації проводили тільки у пацієнток 2-ї групи (через перехід до інших критеріїв статистичного обліку). Водночас відзначалося збільшення цього показника відповідно 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 в термінах гестації 26–27 тиж виживало дітей в 1,5 рази більше, ніж в 22–24 тиж (70% і 40% відповідно). Це ще раз свідчить про низьку життєздатності дітей у терміні гестації 22–24 тиж і перспективності в плані виходжування новонароджених гестаційної групи 26–27 тиж.

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

ВИСНОВКИ

Наявність обтяженого загального і акушерського анамнезу (безпліддя в анамнезі) у вагітних є серйозним фактором ризику несприятливого завершення вагітності, що підтверджується фактом дуже ранніх передчасних пологів (ДРПП) у всіх пацієнток. Вірна оцінка 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 зменшує штучну вентиляцію легень серед недоношених новонароджених. Розширення показань до проведення профілактики респіраторного дистрес-синдрому з 22-го тижня приводить до збільшення виживаності дітей.

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

Оцінка інфекційного індексу вагітних із ДРПП і ускладненнями в післяпологовий період дозволяють зробити висновок, що всі роділлі з ДРПП належать до групи високого ризику за розвитком післяпологових гнійно-септичних ускладнень і потребують проведення лікувально-профілактичних заходів, особливо пацієнтки після кесарева розтину.

Features management of very early preterm birth

A.S. Padchenko

The objective: to determine features of tactics of very early preterm birth depending on the gestational age with the assessment of perinatal consequences.

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

Exclusion criteria: congenital malformations of the fetus. Patients of both groups had serious general and obstetric anamnesis, high frequency of inflammatory processes of the genitals, surgery and hormonal disorders with diseases caused by them. All women have got a comprehensive examination using clinical, instrumental and laboratory research methods.

Results. The main complications of gestation in pregnant women of both groups in the second trimester were the threat of abortion and insufficiency of the fetoplacental (IFP), which caused fetal growth retardation syndrome (FGRS) in both groups – 66% and 63% of children, respectively. IFP in VEPB was confirmed histologically in 68% and 72% of cases in each group of mothers. Vaginal delivery occurred with 55 patients of group 1 and 26 women of group 2 (69,6% and 29,9%), among them in the period of 22–24 weeks – 100% and 57,1%, 25 weeks – 83,3% and 26,7%, 26–27 weeks – 57,7% and 24,1%, respectively, in each group.

Indications for cesarean section (CS) in group 1 were mainly from the mother (75%), in group 2 – 27,8% from the mother, from the fetus – 4,9% (IFP), according to the combined indications

– 65,6% (deep prematurity). Expansion of indications for CS in VEPB by 41% led to a decrease in perinatal mortality by 1,5 times ($p<0,05$). In the postpartum period, patients in both groups showed a decrease in purulent-septic complications on the background of preventive treatment from 13,9% (group 1) to 4,6% (group 2) ($p<0,05$).

In the analysis of perinatal mortality, the highest rates were observed at 22–24 weeks of gestation, while they are 1,5 times lower at 25 weeks and 3,5 times lower at 26–27 weeks. The study found that the method of delivery did not affect perinatal outcomes at 22–25 weeks, but at 26–27 weeks, the survival of children born by CS surgery is higher than in spontaneous births, by 10% ($p<0,05$). Expansion of indications for the prevention of respiratory distress syndrome (RDS) of the fetus from 22 weeks in group 2 (in group 1 was not performed) by 10,7% led to an increase in survival of children with extremely low body weight (ELBW) by 11% ($p<0,05$).

Conclusions. Under threat of VEPB the choice of delivery tactics is determined by the gestation period, the state of health of the mother and fetus, the degree of readiness of the birth canal for delivery. Premature pregnancy is not an indication for CS, except the specific obstetric indications, but abdominal delivery is possible for children in early pregnancy (22–25 weeks).

The questions concerning the usage of instrumental care at birth, determination of gestational dates for the beginning of RDS prophylaxis with glucocorticoids, the necessity of using tocolysis remains ambiguous. Proper definition of management of women who give birth prematurely will allow timely implementation of measures aimed at improving the results for mother and newborn, and can be prognostic.

Keywords: *very early preterm birth, respiratory distress syndrome, безпліддя в анамнезі, cesarean section, placental dysfunction, perinatal mortality.*

Відомості про автора

Падченко Анастасія Сергіївна – аспірант, кафедра акушерства, гінекології та перинатології, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ.

ORCID: 0009-0007-6382-8955

Information about author

Padchenko Anastasiia S. – graduate student, department of obstetric, gynecology and perinatology, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv.

ORCID: 0009-0007-6382-8955

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Голяновський ОВ [редактор], Леуш СС, Романенко ТТ, Герасимова ТВ та ін.. 2016. Ведення пологів і розродження. Книга 1. Навчальний посібник. К.: Меркьюрі-Поділля, 272.
- Granese R, Gitto E, D'Angelo G et al. 2019. Preterm birth: seven-year retrospective study in a single centre population. Ital. J. Pediatr., April 11, 45:45.
- Walani SR. 2020. Global burden of preterm birth. Int J Gynecol Obstet. 150:31-33.
- Савельєва ГМ, Шалина РИ, Курцер МА и др. 2012. Преждевременные роды как важнейшая проблема современного акушерства. Акушерство и гинекология. 2(8):4-10.
- Пирогова ВІ, Шурпак СО, Ошуркевич ОЕ. 2011. Шляхи оптимізації діагностики загрози передчасних пологів. Медичинські аспекти здоров'я жінки. 7(47):18-24.
- Дяк КВ, Юзько ОМ. 2017. Причинні фактори передчасних пологів (Новий погляд на проблему). Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. 1(23):62-69.
- Петренко ЄВ, Струбчевська КР. 2021. Передчасні пологи: питання прогнозування, профілактики та ведення (Огляд літератури). Репродуктивне здоров'я жінки. 3(48):57-64.
- Ліхачов ВК. 2019. Інфекції та запальні захворювання в акушерстві та гінекології. К.: LAT & company, 185.