

DOI: 10.52705/2788-6190-2021-3-4
УДК 618.396-039.11-071

Клініко-анамнестичні аспекти дуже ранніх передчасних пологів

О.В. Мосендз

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

Мета дослідження: визначити фактори ризику, причини і клінічні особливості дуже ранніх передчасних пологів.

Матеріали та методи. У ході дослідження проаналізовано дані анамнезу, перебіг вагітності, пологів і перинатальні наслідки у 166 жінок репродуктивного віку з дуже ранніми передчасними пологами у термінах 22–27 тиж гестації. Факт пологів у цих термінах вагітності – основний критерій включення.

Пацієнток розподілено на дві групи залежно від критеріїв живонародженості: 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.

Пацієнткам обох груп проводили комплексне обстеження із застосуванням клінічних, інструментальних і лабораторних методів дослідження.

Результати. При веденні вагітності у пацієнток даних груп особливу увагу приділяли оцінюванню факторів ризику розвитку дуже ранніх передчасних пологів, серед яких основними виявились урогенітальні інфекції (83,7% і 78,9% у 1-й і 2-й групах відповідно), що і стало причиною перинатальної смертності в обох групах ($p < 0,05$). Майже в половині обстежуваних виявлено поєднання збудників (43% – у 1-й групі, 44% – у 2-й групі). 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. Основними ускладненнями гестації у вагітних обох груп у II триместрі стали загроза переривання вагітності (43% і 30% відповідно) і дисфункція фетоплацентарного комплексу (ФПК) (22,7% і 21,8% відповідно), що стало причиною затримки розвитку плода в обох групах обстежуваних – у 66% і 63% дітей відповідно.

Заключення. Аналіз загального та акушерського анамнезу, наявність інфекційного фактора у поєднанні з екстрагенітальною патологією підтверджують поліетіологічність причин, які призводять до дуже ранніх передчасних пологів. Ураховуючи основні фактори ризику передчасного розродження, необхідні ретельне обстеження на урогенітальні інфекції жінок ще на етапі прегравідарної підготовки та під час вагітності з подальшим лікуванням і відновленням нормального біоценозу піхви, а також дослідження функції фетоплацентарної системи, починаючи з ранніх термінів вагітності.

Профілактичні заходи і своєчасне лікування фетоплацентарних порушень сприятиме пролонгуванню вагітності до більших термінів гестації, що є оптимальним способом покращення перинатальних результатів.

Ключові слова: вагітність, дуже ранні передчасні пологи, урогенітальні інфекції, затримка розвитку плода, плацентарна дисфункція, перинатальна смертність.

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

Серед проблем сучасного акушерства невиношування вагітності та передчасне розродження займає одне з провідних місць. Частота передчасних пологів коливається в межах 4–25% і, незважаючи на чисельні та високоефективні методи діагностики та лікування, не має тенденції до зниження. Передчасні пологи є найбільш частою причиною перинатальної захворюваності та смертності. Перинатальна смертність недоношених новонароджених у 33 рази вища, ніж у доношених, а мертвонароджуваність фіксують у 8–13 разів частіше порівняно з вчасними пологами [1, 2].

За визначенням ВООЗ, передчасними є пологи з 22 до 37 тиж вагітності (+ 6 діб): термін гестації 22–27 тиж – дуже ранні передчасні пологи, 28–33 тиж – ранні передчасні пологи, 34–37 тиж – передчасні пологи. Такий розподіл має сенс, оскільки причини, що зумовлюють початок пологової діяльності, методи лікування та наслідки для новонароджених відрізняються у ці періоди вагітності. За даними літератури, у групі дуже ранніх передчасних пологів надзвичайно високими є перинатальна захворюваність і смертність новонароджених з екстремально низькою масою тіла та незрілими легенями, а наявність інфекції у пологових шляхах виключає можливість тривалого пролонгування такої вагітності [3, 4].

Отже, передчасні пологи – це синдром із численними факторами ризику і причинами, серед яких найбільш значущими є [5]:

- біологічні (вік, антропометричні дані, етнічні особливості батьків, генні та хромосомні аномалії);
- екологічні (несприятливе екологічне довкілля підвищує частоту невиношування вагітності в 1,7–2,2 разу);
- соціально-економічні та побутові (незадовільні умови проживання та харчування, шкідливі звички, часті стреси);
- медичні (з боку матері – анатомічні особливості та аномалії статевих органів, екстрагенітальна патологія, нейроендокринні причини, інфекційні та запальні захворювання, імунні порушення, ускладнення вагітності тощо; з боку плода – генні та хромосомні аномалії. 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 діагностують респіраторний дистрес-синдром (РДС), у розвитку якого провідне значення має дефіцит сурфактанта. Критерії визначення гестаційного віку при загрозі дуже ранніх передчасних пологів зумовлюють підхід до термінів профілактики РДС плода і методу розродження [6].

Сьогодні суттєво зросла важливість інфекційного фактора як причини дуже ранніх передчасних пологів. 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 чого є розвиток плацентарної дисфункції, порушення мозкового кровообігу і перинатальні ураження нервової системи плода [7].

Актуальність проблеми зумовлена не лише медичними наслідками, але й соціальною значущістю: зменшується приріст населення, збільшується дитяча смертність, погіршується фертильна функція жінки. Ураховуючи поліетіологічність причин дуже ранніх передчасних пологів, велике значення має якісна організація амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги цій когорті жінок. Оскільки причини

переривання вагітності виникають ще задовго до розвитку вагітності, очевидно є необхідність обстеження і лікування пацієнток з цією патологією в анамнезі ще до настання та з моменту настання вагітності.

Діагностика передчасних пологів пов'язана з певними труднощами, оскільки симптоми, які нагадують їхній початок, часто фіксують і при нормальному перебігу вагітності. До того ж слід розрізняти загрозові передчасні пологи і пологи, які розпочалися, і не забувати про диференціальну діагностику з патологічними станами інших органів і систем (органів черевної порожнини, сечовидільної системи, апендицитом, захворюваннями нирок тощо).

Загрозливі передчасні пологи характеризуються болем внизу живота і попереку; збудливістю і підвищеним тонусом матки; при піхвовому дослідженні шийка матки збережена, зовнішнє вічко закрите; у повторнороділь шийка матки пропускає один палець [5].

Передчасні пологи, що розпочалися, супроводжуються переймистим болем внизу живота за умов, що перейми виникають частіше ніж через 10 хв, а тривалість їх більше 30 с; шийка матки при цьому різко вкорочена чи згладжена, розкриття маткового вічка – понад 1 см; передлежача частина розташована низько чи притиснута до входу у малий таз; спостерігаються сукуваті виділення з піхви [5]. Ступінь розкриття шийки матки слугує індикатором для прогнозування ефективності токолізу: у разі розкриття маткового вічка понад 3 см токоліз буде неефективним. У разі виявлення 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 песарію, призначення прогестерону) [8].

Отже, при загрозі дуже ранніх передчасних пологів вибір схем ведення пацієнток залежить від низки позицій і визначається терміном гестації, станом здоров'я матері та плода, цілісністю плодового міхура, характером скорочувальної діяльності матки, ступенем змін шийки матки, наявністю й інтенсивністю кровотечі. При цьому бажано дотримуватися консервативно-вичікувальної тактики, яка дозволяє пролонгувати вагітність до більш пізніх термінів. За необхідності для зупинення пологової діяльності слід:

- провести токоліз (не більше 48 год);
- прискорити «дозрівання» легень плода глюкокортикоїдами;
- визначити передбачувану причину передчасних пологів і провести лікування патологічних станів (екстрагенітальні захворювання, інфекції) одночасно з лікуванням загрози переривання вагітності [8].

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

Мета дослідження: визначити фактори ризику, причини і клінічні особливості у пацієнток із дуже ранніми передчасними пологами.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для виконання поставленої мети проведено аналіз анамнезу, перебігу вагітності, пологів і перинатальних наслідків у 166 жінок з дуже ранніми передчасними пологами у термінах 22–27 тиж гестації. Пацієнток розподілено на дві групи залежно від критеріїв живонародженості:

- до 1-ї групи увійшли 79 жінок (n=79), пологи в 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 – жива (проспективне дослідження).

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

Середній вік пацієнток 1-ї і 2-ї груп дорівнював $29,0 \pm 2,5$ року і $29,5 \pm 2,7$ року відповідно, тобто всі жінки були в активному або середньому репродуктивному віці й статистично порівняльними. 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. За необхідності проводили додаткові дослідження щодо функціонального стану органів і систем. Групи були однорідними за віком і антропометричними показниками та статистично порівняльними.

Математичне і статистичне оброблення отриманих даних виконували за допомогою пакета статистичних програм Microsoft Office Excel і «Statistica». Оцінювання 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, засвідчив, що більшість з них знаходилися в активному або середньому репродуктивному віці: 1-а група – жінки у віці 20–29 років (46,8 %), 30–39 років (45,6 %), 2-а група – 47,1 % і 46 % відповідно; лише незначний відсоток у віці до 19 років (1,26 % і 1,15 % відповідно) та у віці 40–45 років (близько 6 % у кожній групі). Отже, середній вік обстежуваних жінок дорівнював $29,0 \pm 2,5$ року (1-а група) і $29,5 \pm 2,7$ року (2-а група), тобто всі вони були зіставні за віком. Маса тіла пацієнток у 1-й групі коливалась від 46,0 до 97,8 кг (середня маса тіла $73,9 \pm 3,6$ кг); у 2-й групі – від 47,7 до 98,35 кг (середня маса тіла – $75,5 \pm 2,9$ кг).

Працюючими були 49 (72,05 %) жінок 1-ї групи і 58 (71,6 %) – у 2-й групі, а їхні професії не були пов'язані зі шкідливими факторами. Але шкідливі звички (паління) відзначали 8 (11,7 %) жінок 1-ї групи і 12 (14,8 %) – 2-ї групи. Середній вік початку статевого життя дорівнював $18,1 \pm 2,9$ року в 1-й групі та $18,4 \pm 2,3$ року – у 2-й групі. Обтяжену спадковість з боку серцево-судинної системи, за ендокринопатіями та онкологічними захворюваннями мали 10,1 % жінок з 1-ї групи та 11,4 % – з 2-ї групи.

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 16 (20,2 %) пацієнток з 1-ї групи і 17 (19,5 %) з 2-ї групи були відносно здоровими. Більшість жінок обох груп мали в анамнезі хронічні вогнища інфекції (35,4 % і 28,7 % відповідно), захворювання нирок і сечовивідних шляхів (30,3 % і 28,7 %), захворювання травного тракту (24 % і 22,98 %), гіпертонічну хворобу (32,9 % і 31 %). Побічні зовнішні ознаки ендокринопатії відзначено у 8 (10,1 %) вагітних 1-ї групи і у 10 (11,5 %) – 2-ї групи, ожиріння III–VII ступеня – у 4 (5 %) і 5 (5,7 %) жінок 1-ї та 2-ї груп відповідно.

Якщо зіставити домінуючий репродуктивний вік пацієнток (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 дуже ранніх передчасних пологів у всіх пацієнток.

Особливості менструальної функції пацієнток свідчать, що в понад 27% пацієнток відмічались порушення менструального циклу, більше ніж у 23 % у 1-й та 2-й групах – ранне або пізнє менархе, що могло несприятливо вплинути на перебіг вагітності.

До настання поточної вагітності репродуктивні втрати мали 44 (55,7 %) жінки 1-ї групи і 49 (56,3 %) пацієнток 2-ї групи. Причому у кожній четвертій вагітній 1-ї групи (21 – 26,6 %) і в кожній п'ятій з 2-ї групи (17 – 19,5 %) в анамнезі відзначали повторні несприятливі результати вагітності у різних термінах гестації. Медичні аборти виконано 20 (25,3 %) жінкам у 1-й групі і у 24 (27,5 %) – з 2-ї групи, з них у 10 (12,6 %) і у 12 (13,8 %) відповідно аборт стався перед першими пологами, а у 8 (10,1 %) і 10 (11,5 %) відповідно фіксували понад 2 аборти. Передчасні пологи в анамнезі відзначали в обох групах близько 7 (8 %) пацієнток у кожній. Переривання вагітності за медичними показаннями в обох групах не виявлено. На безпліддя страждали 11 (13,9 %) жінок 1-ї групи і 13 (14,9 %) – 2-ї групи, дана вагітність настала після ЕКО у 4 (5,1 %) і 5 (5,7 %) жінок відповідно.

Частота перенесених гормональнозалежних захворювань свідчать про відсутність достовірних розбіжностей в обох обстежуваних групах, а найбільший відсоток порушень пов'язаний із дисфункцією яєчників, міомою матки та кістами яєчників.

Майже половина обстежуваних жінок в обох групах перенесли ті чи інші оперативні гінекологічні втручання (34 – 50 % у 1-й групі, 48 – 59,2 % у 2-й групі), а близько 10 % з них – повторно.

Більшість пацієнток з обох груп мали запальні захворювання статевих органів, які є фактором ризику можливого несприятливого завершення вагітності. Встановити етіологію запалення було досить складно через недостатнє попереднє обстеження пацієнток.

Тільки 38 (48,1 %) жінок з 1-ї групи і 43 (49,4 %) – з 2-ї групи обстежувалися на етапі прегравідарної підготовки на наявність урогенітальних інфекцій (гонорея, трихомоніаз, хламідії, уреаплазми, мікоплазми, вірус простого герпесу, цитомегаловірус). При цьому патогенна і умовно-патогенна флора у клінічно значущій концентрації була виявлена у 30 (78,9 %) і 36 (83,7 %) обстежуваних вагітних 1-ї та 2-ї груп відповідно, у 45 % і 44 % жінок кожної групи виявлено поєднання збудників. Основними інфектами виявились: *Candida albicans* (50 % і 50 % відповідно), *Ureaplasma urealyticum* (43,3 % і 44,4 % відповідно), *Gardnerella vaginalis* (40 % і 38,9 % відповідно), *Chlamydia trachomatis* (30 % і 30 % відповідно). У бактеріальних посівах при потрапленні до стаціонару у клінічно значущій кількості виявлені *E. coli* (53,8 % і 56,2 % відповідно), *Enter. faecalis* (30,7 % і 31,2 % відповідно), *St. agalacticus* (23 % і 26,2 % відповідно), при цьому поєднання збудників відзначали у 23 % та у 28,7 % відповідно.

Це свідчить про необхідність особливої уваги до інфекційного анамнезу пацієнток із загрозою передчасних пологів, більш ретельного їхнього обстеження і проведення своєчасної та адекватної санації вогнищ інфекції з наступним відновленням біоценозу піхви, адже виявлені у ході дослідження урогенітальні інфекції стали основною причиною перинатальної смертності в обох групах ($p < 0,05$).

У зв'язку з наведеними вище факторами ризику у більшості пацієнток вагітність мала ускладнений перебіг. Основним ускладненням I триместра вагітності в обох групах була загроза переривання (40,5% і 50,6% відповідно). Вагітним 2-ї групи проведені додаткові дослідження: УЗД розмірів жовтого тіла і визначення рівнів прогестерону й естрадіолу (основних гормонів вагітності). При цьому відмічено зменшення розмірів жовтого тіла до $16,1 \pm 1,2$ мм (при нормі 20-22 мм) і зниження рівня прогестерону нижче 25П у 94,7% пацієнток, що є фактором ризику плацентарної дисфункції.

У II триместрі гестації загроза переривання вагітності у пацієнок обох груп (43 % і 30 % відповідно) тісно пов'язана з дисфункцією фетоплацентарного комплексу (ФПК), яка проявилася клінічно у 1-й групі у 22,7 % і у 2-й групі – у 21,8 % жінок. При цьому у 2-й групі 37 (41,5 %) пацієнткам проведено додаткове дослідження рівня 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 підвищеним тонусом міометрія. При дослідженні рівнів гормонів ФПК відзначено зниження рівня плацентарного лактогену нижче 25П у 27 % вагітних і підвищення понад 75П у 24,4 % пацієнок. Це свідчить про неповноцінність функціонування фетоплацентраної системи (51,4 %). Підвищення АФП вище 75П, з урахуванням критеріїв виключення (вади розвитку), може свідчити про наявність інфекційних процесів і корелювати з основними факторами ризику і причинами перинатальних втрат.

Отже, підсумовуючи наведене вище, можна стверджувати, що при дуже ранніх передчасних пологах в обох групах спостерігалось значне недооцінювання порушень функції фетоплацентарної системи, які було діагностовано під час вагітності лише у 22,7 % і 21,8 % пацієнок 1-ї і 2-ї груп відповідно. Про більший відсоток кількості пацієнок з порушеннями ФПК при дуже ранніх передчасних пологах свідчить і той факт, що з 66 % дітей в обох групах, які народились у термінах гестації 26–27 тиж, масу тіла при народженні у ці терміни 900 г і більше мали лише 34 % новонароджених у 1-й групі і 37 % – у 2-й групі. А це означає, що понад половина дітей (66 % і 63 % відповідно), народжених у дані терміни, мали синдром затримки розвитку плода.

Дисфункцію ФПК підтверджено результатами гістологічного дослідження плацент (68 % і 72 % по групам відповідно). Недостатній обсяг обстеження і відповідно лікування даної категорії пацієнок ще на амбулаторному етапі спостереження визначає необхідність формування нових підходів до терапії загрози дуже ранніх передчасних пологів

ВИСНОВКИ

1. Клінічна характеристика жінок з передчасними пологами у 22–27 тиж гестації з урахуванням даних їхнього анамнезу, висока частота запальних процесів статевих органів, оперативних втручань, а також гормональних порушень і зумовлених ними захворювань підтверджують поліетіологічність причин, які призводять до дуже ранніх передчасних пологів.

2. Провідними факторами ризику розвитку дуже ранніх передчасних пологів є урогенітальні інфекції і поєднання збудників, що може призвести до перинатальної смертності як реалізації інфекційного процесу. Тому виникає необхідність особливої уваги до інфекційного анамнезу пацієнок, більш ретельного їхнього обстеження і проведення своєчасної та адекватної санації вогнищ інфекції з наступним відновленням біоценозу піхви.

3. Зниження синтезу прогестерону та збільшення рівня естрогенів призводить до змін у їхньому співвідношенні, що стимулює синтез простагландинів і запускає каскад реакцій, які призводять до передчасних пологів. Починаючи з ранніх термінів гестації, всім пацієнткам із загрозою переривання вагітності необхідно проводити дослідження фетоплацентарної системи, профілактику і своєчасне лікування плацентарної дисфункції.

Клинико-анамнестические аспекты очень ранних преждевременных родов Е.В. Мосендз

Цель исследования: определить факторы риска, причины и клинические особенности пациенток с очень ранними преждевременными родами.

Материалы и методы. В ходе исследования проанализированы данные анамнеза, течение беременности, родов и перинатальных исходов у 166 женщин репродуктивного возраста с очень ранними преждевременными родами в сроках 22–27 нед гестации. Факт родов в этих сроках беременности – основной критерий включения.

Пациенток распределили на две группы в зависимости от критериев живорожденности: 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.

Пациенткам обеих групп проводили комплексное обследование с применением клинических, инструментальных и лабораторных методов исследования.

Результаты. При ведении беременности у пациенток групп обследования особое внимание уделялось оценке факторов риска развития очень ранних преждевременных родов, среди которых основными оказались урогенитальные инфекции (83,7 % и 78,9 % в 1-й и 2-й группах соответственно). Почти у половины обследуемых выявлено сочетание возбудителей (45 % – в 1-й группе, 44 % – во 2-й группе). Пациентки обеих групп имели серьезный общий и акушерский анамнез, высокую частоту воспалительных процессов половых органов, оперативных вмешательств, а также гормональных нарушений и обусловленных ими заболеваний.

Основными осложнениями гестации у беременных обеих групп во II триместре были угроза прерывания беременности (43 % и 30 % соответственно) и дисфункция фетоплацентарного комплекса (22,7 % и 21,8 %). Это стало причиной задержки развития плода в обеих группах обследуемых – у 66 % и 63 % новорожденных соответственно.

Заключение. Анализ общего и акушерского анамнеза, наличие инфекционного фактора в сочетании с экстрагенитальной патологией подтверждают полиэтиологичность причин, приводящих к очень ранним преждевременным родам.

Учитывая основные факторы риска преждевременного родоразрешения, необходимы тщательное обследование на урогенитальные инфекции женщин еще на этапе прегравидарной подготовки и во время беременности с последующим лечением и восстановлением нормального биоценоза влагалища, а также исследование функции фетоплацентарной системы, начиная с ранних сроков беременности.

Профилактические мероприятия и своевременное лечение плацентарной дисфункции должны способствовать пролонгированию беременности до больших сроков гестации, что является оптимальным способом улучшения перинатальных исходов.

Ключевые слова: беременность, очень ранние преждевременные роды, урогенитальные инфекции, задержка развития плода, плацентарная дисфункция, перинатальная смертность.

Clinical and anamnestic aspects of very early preterm birth O.V. Mosendz

The objective: determine risk factors, causes and clinical features of patients with very early preterm birth.

Materials and methods. The study analyzed the data of anamnesis, the course of pregnancy, childbirth and perinatal outcomes of 166 women of reproductive age with very early preterm birth at 22–27 weeks of gestation. The fact of childbirth at these stages of pregnancy is 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 preterm (prospective study). Exclusion criteria: congenital malformations of the fetus. Patients of both groups have got a comprehensive examination using clinical, instrumental and laboratory research methods.

Results. During the management of pregnancy of patients of these groups, special attention was paid to the assessment of risk factors for the development of very early preterm labor, among which the main ones were urogenital infections (83,7% and 78,9% in groups 1 and 2, respectively), which caused perinatal mortality in both groups ($p = 0,05$). A combination of pathogens was found in almost half of the subjects (43% in group 1, 44% in group 2). Patients of both groups had a serious general and obstetric anamnesis, high frequency of inflammatory processes of the genitals, surgery and hormonal disorders with diseases caused by them. The main complications of gestation of pregnant women of both groups in the second trimester were the miscarriage risk (43% and 30%, respectively) and dysfunction of the fetoplacental complex (FPC) (22,7% and 21,8%, respectively), which caused the syndrome of delayed fetal development in both groups of subjects - in 66% and 63% of children, respectively.

Conclusion. Analysis of general and obstetric history, the presence of infectious factor in combination with extragenital pathology confirm the polyetiology of the causes that leads to very early preterm birth. Considering the main risk factors of preterm birth, a thorough examination for urogenital infections in women at the stage of pre-pregnancy and during pregnancy, followed by treatment and restoration of normal vaginal biocenosis, as well as study of fetoplacental system function from early pregnancy. Preventive measures and timely treatment of fetoplacental disorders should promote prolonging pregnancy to longer gestations, which is the best way to improve perinatal outcomes.

Keywords: *pregnancy, very early preterm birth, urogenital infections, fetal growth retardation, placental dysfunction, perinatal mortality.*

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

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

Information about the authors

Mosendz Olena V. – Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 04107, Kyiv, 9, Dorohozhytska Str.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Lakatosh VP, Naritnik TT, Bila W et al. 2014. Preterm birth: rubbing and passing realities. Woman's health. 7(93):10-18.
2. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ et al. 2012. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. Lancet. 9;379(9832):2162-2172.
3. Savelyeva GM, Shalina RI, Kurtser MA et al. 2012. Preterm birth as the most important problem of modern obstetrics. Obstetrics and gynecology. 2(8):4-10.
4. Pirogova VI, Shurpyak SO, Oshurkevich OE. 2011. Ways to optimize the diagnosis of the threat of preterm birth. Medical aspects of women's health. 7(47):18-24.
5. Golyanovsky OV [editor], Leush SS, Romanenko TG, Gerasimova TV et al. 2016. Management of childbirth and delivery. Book 1. Textbook. K.: Mercury-Podillya, 272.
6. Shunko EE, Konchakovskaya TV. 2005. Respiratory distress syndrome of the newborn: problems and prospects of prevention and treatment from the standpoint of evidence-based medicine. The art of healing. 2:50-53.
7. Likhachev VK. 2019. Infections and inflammatory diseases in obstetrics and gynecology. K.: LAT & company, 185.
8. Dyak KV, Yuzko OM. 2017. Causal factors of preterm birth (A new look at the problem). Neonatology, surgery and perinatal medicine. 1(23):62-69.