

# Досвід ведення занадто ранніх передчасних пологів, ускладнених передчасним відходженням навколоплідних вод

О.Б. Маланчук<sup>1</sup>, В.П. Лакатош<sup>2</sup>, О.Ю. Костенко<sup>2</sup>, М.І. Антонюк<sup>2</sup>, Т.Т. Наритник<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Перинатальний центр, м. Київ

<sup>2</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

В Україні щороку народжується близько 1000 дітей з екстремально низькою масою тіла (ЕНМТ), що складає 0,3% від усіх новонароджених. Виживання немовлят з ЕНМТ у нашій країні має повільну тенденцію до зростання і не перевищує 50%. Немовлята з ЕНМТ мають найвищий ризик настання смерті, а також знаходяться у групі найвищого ризику щодо розвитку хронічної патології дихальної, нервової систем і сенсорного апарату та пов'язаною з нею інвалідністю. Ураховуючи зростання кількості народження дітей з ЕНМТ внаслідок передчасних пологів на тлі передчасного розвитку плодових оболонок (ПРПО), високу перинатальну захворюваність і смертність новонароджених, погіршення здоров'я і репродуктивного потенціалу жінки, набувають актуальності питання тактики ведення вагітності та пологів при ПРПО.

**Мета дослідження:** зменшення перинатальних ускладнень у терміні 22–28 тиж вагітності, обтяженої ПРПО, на основі розроблення оптимальної тактики ведення вагітності та пологів.

**Матеріали та методи.** Проведений аналіз впливу різних методів ведення вагітності та пологів на стан новонароджених у термін вагітності 22–28 тиж на фоні передчасного відходження навколоплідних вод. Контрольну групу склали 56 жінок, які мали безводний термін менше доби. В основній групі застосовували очікувальну тактику з тривалим безводним терміном. Залежно від тривалості безводного терміну основну групу було поділено на 2 підгрупи. Підгрупу ІА склали 86 вагітних з безводним терміном 5 діб, а підгрупу ІВ склали 64 вагітні з безводним терміном 25 діб. Статистичне оброблення результатів здійснювали за допомогою програми Microsoft Excel. Вірогідність відмінностей розраховували за t-критерієм Стьюдента.

**Результати.** Аналізуючи частоту і структуру акушерських та перинатальних ускладнень у жінок в термін 22–28 тиж вагітності на тлі різних за тривалістю безводних періодів, різних термінів розродження доведена ефективність тактики розродження, яка застосовується у Перинатальному центрі м. Києва. Це корелює з даними клініко-статистичного аналізу показників неонатальної смертності та захворюваності.

**Заключення.** У дослідженні виявлено, що на показники неонатальної смертності та захворюваності мають вплив: тривалість безводного проміжку, гестаційний термін, методи розродження. Тривала очікувальна тактика призводить до реального зменшення розвитку респіраторного дистрес-синдрому, але спостерігається зростання частоти розвитку хоріоамніоніту і неонатальних інфекційних захворювань. Тому рекомендовано очікувальну тактику тривалістю 5 діб з подальшим розродженням жінок. При терміні вагітності 22–27 тиж шлях розродження не має впливу на показники неонатальної захворюваності. Перевага при розродженні

жінок у термін 27–28 тиж, особливо при незрілій шийці матки та тазовому передлеженні плода, надається кесареву розтину.

**Ключові слова:** занадто ранні передчасні пологи, передчасне відходження навколоплідних вод, очікувана тактика, вагітність, методи розродження, новонароджені з екстремально низькою масою тіла.

Питання передчасних пологів (ПП) при передчасному розриві плодових оболонок (ПРПО) продовжують зберігати свою актуальність і статус найбільш пріоритетних напрямків сучасного акушерства у зв'язку із стабільно високою частотою у світовій популяції і значною поширеністю несприятливих результатів вагітності для матері і новонародженого.

Особливу значущість ці питання мають у терміні вагітності 22–28 тиж при народженні дітей з екстремально низькою масою тіла (ЕНМТ), коли компенсаторні можливості прогностично життєздатного плода мають крихкий і недосконалий потенціал, а ризик перинатальних втрат особливо великий [1–3, 7, 8].

Ураховуючи зростання кількості дітей з ЕНМТ внаслідок ПП на фоні ПРПО, високу перинатальну захворюваність і смертність новонароджених, погіршення здоров'я і репродуктивного потенціалу жінки, набувають актуальності питання застосування високотехнологічних засобів виходжування недоношених немовлят, з одного боку, і ведення вагітності та пологів при передчасному розриві плодових оболонок – з іншого.

Надзвичайно актуальним і дискусійним є питання тактики ведення. Питання про тривалість пролонгування вагітності при ПРПО потребує подальшого вивчення з метою визначення найбільш оптимального терміну розродження, при якому прогноз для матері і новонародженого найсприятливіший. Надзвичайно важливе і складне завдання полягає у виборі методу розродження при ПП. Спосіб розродження для недоношеної дитини має бути максимально шадним. Пологову травму при ПП діагностують у 7 раз частіше, і вона є найбільш серйозним наслідком для недоношеної дитини.

Сьогодні у переважній більшості випадків – 90% – враховуються показання до оперативного розродження з боку матері. Тільки недоношеності плода серед показань до кесарева розтину поки що відводиться незначне місце.

З огляду на наведене вище можна стверджувати про наявність значних протиріч у системі надання кваліфікованої медичної допомоги при ПП у термін вагітності 22–28 тиж, ускладнених ПРПО.

Дані обставини сьогодні диктують необхідність пошуку нової тактики ведення вагітності, а також застосування оптимальних методів розродження.

**Мета дослідження:** зменшення можливих перинатальних ускладнень новонародженого з ЕНМТ при занадто ранніх передчасних пологах на тлі передчасного відходження навколоплідних вод на основі розроблення оптимальної тактики ведення вагітності та пологів.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Аналіз частоти і структури акушерських та перинатальних ускладнень проведено на базі Перинатального центру м. Києва.

Для вирішення поставлених завдань було обстежено 206 вагітних із ПРПО в гестаційний термін 22–28 тиж. Основну групу склали 150 вагітних з тривалим безводним періодом та 56 вагітних із ПРПО при безводному терміні менше доби (контрольна група).

У контрольній групі середня тривалість безводного проміжку у жінок становила 18,35–33,87 години. Профілактику респіраторного дистрес-синдрому (РДС) плода не проводили у зв'язку з коротким терміном перебування у стаціонарі.

В основній групі вагітних застосовували очікувальну тактику, яку вибирали при задовільному стані плода, відсутності клініко-лабораторних ознак хоріоамніоніту (підвищення температури тіла  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , запах навколоплідних вод, серцебиття плода  $\geq 170$  уд/хв).

Основну групу було поділено на 2 підгрупи залежно від тривалості безводного терміну: у ІА підгрупу увійшли 86 вагітних; у ІВ підгрупу – 64 вагітні).

У підгрупі ІА (досліджувана) проводили очікувальну тактику протягом 103,37 $\pm$ 33,87 години.

У термін вагітності 22–23 тиж антибактеріальну терапію починали з моменту госпіталізації в акушерський стаціонар: ампіцилін 1,0 + сульбактам 0,5 $\times$ 2 рази на день внутрішньовенно крапельно на 100 мл фізіологічного розчину або, у випадку алергічної реакції на пеніциліни (анамнестично або позитивна внутрішньошкірна проба), спіраміцин 1,5 млн на 100 мл фізіологічного розчину внутрішньовенно крапельно. Флуконазол – 150 мг 1 раз на тиждень. Застосування токолізу та профілактики дистрес-синдрому плода у цьому терміні не проводили.

У термін вагітності 24–28 тиж проведення антибактеріальної терапії починали з моменту госпіталізації в акушерський стаціонар – згідно з наведеним вище. Токолітична терапія при цьому терміні вагітності не була показана за відсутності пологової діяльності. За наявності регулярних перейм та розкриття шийки матки <3 см токоліз призначали на час, необхідний для проведення профілактики дистрес-синдрому, тобто на 48 год. Токолітичну терапію проводили шляхом призначення: бета-міметика (гексопреналін у дозі 10 мкг, розчинений у 200 мл фізіологічного розчину натрію хлориду внутрішньовенно крапельно зі швидкістю 5–10 крапель за хвилину) та інгібітору синтезу простагландинів (індометацин – 0,05 г ректально двічі на добу). Профілактику РДС плода проводили введенням дексаметазону внутрішньом'язово по 6 мг кожні 12 год (на курс – 24 мг) або бетаметазону по 12 мг кожні 12 год (на курс – 24 мг).

За наявності  $\beta$ -гемолітичного стрептокока антибіотикотерапію проводили з початком пологової діяльності (з урахуванням чутливості мікрофлори до антибіотиків). Був рекомендований режим кожні 4 год до народження дитини. Застосовували антибіотики: ампіцилін 2,0 внутрішньовенно, потім по 1,0 внутрішньовенно кожні 4 год, або цефазолін 2,0 внутрішньовенно, потім 1,0 внутрішньовенно кожні 8 год, або кліндаміцин 900 мг внутрішньом'язово або внутрішньовенно через 12 год, або ванкоміцин 900 мг внутрішньом'язово або внутрішньовенно через 12 год.

Підгрупа ІВ (порівняння) – передчасні пологи у термін 22–28 тиж вагітності з передчасним відходженням навколоплідних вод, тактику проведення яких проводили згідно з Наказами МОЗ України № 628 та № 782.

Середня тривалість безводного проміжку у жінок з ПРПО у підгрупі ІВ дорівнювала 500 $\pm$ 34,7 години. Антибактеріальну терапію починали з моменту госпіталізації в акушерський стаціонар протягом 5–7 діб, призначали напівсинтетичні пеніциліни або цефалоспорины II генерації у середніх терапевтичних дозах. За відсутності ознак інфекції у матері очікувальна тактика тривала до самостійного початку пологової діяльності або 34 тиж вагітності.

Для підтвердження діагнозу ПРПО застосовували експрес-тест Actim PROM для виявлення навколоплідних вод у вагінальних виділеннях під час вагітності. Тест працює за принципом імунохроматографії з візуальною інтерпретацією результату. Actim PROM виявляє протеїн-1, що зв'язує інсуліноподібний фактор росту (ПЗІФР-1), який є основним білком амніотичної рідини і маркером амніотичної рідини у пробі вагінальних виділень.

Медичну допомогу недоношеним новонародженим надавали згідно з протоколом первинної реанімації новонароджених. У подальшому усі діти отримували лікування у відділенні реанімації і інтенсивної терапії новонароджених та у дитячому відділенні 2-го етапу виходжування новонароджених.

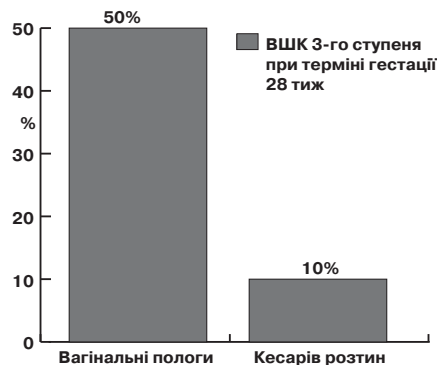
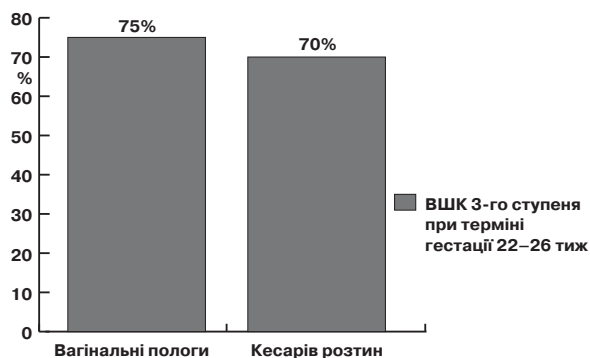
Статистичне оброблення результатів здійснювали за допомогою програми Microsoft Excel. Вірогідність відмінностей розраховували за t-критерієм Стьюдента.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За віком жінки цієї клініко-статистичної групи розподілялись наступним чином: юних (до 18 років) було 23 (11,17%), молодих (у віці 19–25 років) – 106 (51,46%), у зрілому віці (26 і більше років) було 77 (37,37%) жінок. Середній вік жінок з ПРПО і недоношеною вагітністю дорівнював 24,47 $\pm$ 0,64 року. Отже, основну частину становили жінки юного і молодого віку.

Привертає увагу висока частота планових і екстрених госпіталізацій у жінок з невиношуванням вагітності. Показники нозології випадків допологового перебування у стаціонарі вагітних з різними причинами недоношування за своїми деякими відносними показниками значно відрізнялись. За нашими даними, загроза раннього мимовільного викидня була показанням до лікування у стаціонарі у жінок основної групи у три рази частіше, ніж контрольної, – відповідно 52 (34,66%) проти 7 (12,5%) ( $p<0,001$ ). Загроза пізнього мимовільного викидня була показанням у більшій частині усіх госпіталізацій жінок основної групи – 58 (57,69%), тоді як у жінок контрольної групи – тільки 21 (37,5%) ( $p<0,004$ ). Ці дані свідчать про те, що по-перше, – не у всіх випадках враховується прогностичне значення проявів загрози невиношування вагітності у розвитку передчасних пологів; по-друге – фактори, які зумовлюють розвиток ПП, формуються у таких жінок з ранніх термінів вагітності.

При самовільному початку передчасні пологи у жінок з ПРПО в середньому тривали 7,02 $\pm$ 0,6 години, у жінок з тривалим безводним терміном та «зрілою» шийкою матки (за оцінкою за Бішопом  $\leq 6$  балів) – 5,35 $\pm$ 0,36 години. Ці показники мали місце у всіх групах обстежуваних жінок незалежно від тривалості безводного терміну та не мали достовірної різниці. Показники частоти аномалій скоротливої активності матки у всіх жінок з ПП на тлі ПРПО були порівняно невисокими. В основній групі спостерігалася первинна слабкість пологової діяльності у 2 (1,33%) та вторинна



**Прогноз пологів для новонародженого залежно від методу розродження**

слабкість пологової діяльності у 4 (2,66%) жінок. У контрольній групі первинна слабкість пологової діяльності не спостерігалася взагалі, вторинна слабкість виникала всього у 1 (1,79%) жінки. На противагу цьому стрімкі пологи на тлі ПРПО спостерігались у 5 (3,33%) випадках, а в контрольній групі – у 4 (7,14%) ( $P < 0,05$ ).

Застосування препарату окситоцин під час ПП у 22–28 тиж на тлі ПРПО приводило до порушення матково-плацентарного кровообігу, яке реєстрували в пологах при проведенні доплерометрії в ІА, ІВ підгрупах та контрольній групі, – відповідно у 7 (12,5%), 9 (10,47%) та 9 (14,60%) жінок та не мало достовірної різниці у всіх групах ( $P1P2 > 0,05$ ;  $P1P3 > 0,05$ ;  $P2P3 > 0,05$ ). Отже, призначення окситоцину при ПП в термін гестації 22–28 тиж потребує чіткого обґрунтування показань з погляду безпечності для недоношеного новонародженого.

Застосування методики активного ведення третього періоду під час кожних вагінальних пологів в основній групі дозволило знизити частоту післяпологової кровотечі, що була зумовлена атонією матки на 60%, а також зменшити кількість післяпологової крововтрати та необхідність у гемотрансфузії. Середня крововтрата становила  $200,0 \pm 100,0$  мл. Показник крововтрати був зумовлений досить високою частотою внутрішньоматкових втручань у ранній післяпологовий період у зв'язку з дефектами плацентарної тканини – в основній групі у 19 (12,66%) жінок, а в контрольній групі у 8 (14,28%) та не мав достовірної різниці ( $p > 0,05$ ).

Очікувальна тактика ведення вагітності при ПП на тлі ПРПО мала ризик виникнення інфекційних ускладнень у матері під час вагітності, в пологах та післяпологовий період. У ІА групі жінок спостерігався ендометрит під час вагітності – у 2 (2,32%) жінок, виникнення гіпертермії під час пологів – у 3 (5,36%). Це пояснюється тим, що вже тільки початок пологової діяльності у жінок з ПРПО на тлі пролонгованої терапії є ознакою амніональної інфекції, а активація скоротливої діяльності матки впливає на мікроциркуляцію в інфікованій матці, призводить до потраплення індукторів запалення у системний кровообіг – і виникає гіпертермія. Отже, відсутність клінічних даних про розвиток хоріоамніоніту у вагітних з ПРПО до початку ПП не є свідченням відсутності у них інтраамніональної інфекції. Ендометрит під час вагітності у жінок контрольної групи не був зафіксований, а гіпертермія в пологах була виявлена тільки у 3 (5,36%) випадках. Післяпологові інфекційні ускладнення у матері в ІА підгрупі були у 3 (5,36%) випадках, в контрольній групі – у 3 (5,36%) жінок. Отже, загальна кількість інфекційних ускладнень в ІА підгрупі порівняно з контрольною групою не мала достовірної різниці – відповідно 11 (12,79%) та 6 (10,71%) випадків ( $P < 0,001$ ). Поява інфекційних ускладнень під час вагітності, в пологах та

післяпологовий період у групах, вірогідно, пов'язана з наявністю існуючого інфекційного чинника у вагітних до початку пологів. Відсутність достовірної різниці між двома групами, можливо, пов'язана з адекватним лікуванням антибіотиками у ІА підгрупі, яке починали відразу від моменту діагностики ПРПО та продовжували протягом усього безводного терміну.

У підгрупі ІВ інфекційні ускладнення у матері виявляли значно частіше під час вагітності, пологів та у післяпологовий період – відповідно 7 (10,94%), 9 (14,06%) та 11 (17,19%) випадків, вони мали достовірну різницю з показниками у ІА підгрупі та контрольній групі ( $P1P3 < 0,004$ ;  $P2P3 < 0,004$ ). За нашими даними, довготривалий токоліз підвищує ризик реалізації інтраамніональної інфекції у матері і складає у ІВ підгрупі 27 (42,19%) випадків, що достовірно відрізняє цей показник від показників ІА підгрупи та групи контролю – відповідно 11 (12,79%) та 6 (10,71) випадків ( $P1P3 < 0,001$ ;  $P2P3 < 0,001$ ).

У контрольній групі кесаревим розтином закінчилися пологи у 8 (14,28%) жінок. Показаннями до абдомінального розродження таких жінок був рубець на матці після кесарева розтину при попередніх пологах – у 5 (8,9%) випадках, кровотеча при передлежанні плаценти – у 2 (3,57%); передчасне відокремлення нормально або низько розташованої плаценти – у 1 (1,78%) жінки; неправильне передлежання плода – у 1 (1,78%) жінки. Після аналізу цих даних можна зробити висновок, що у переважній більшості випадків – 7 (12,5%) – ураховували показання до оперативного розродження з боку матері.

У ІА підгрупі пологи завершили шляхом кесарева розтину у 26 (30,23%) вагітних. Показаннями до оперативного розродження були: передлежання плаценти – 3 (3,48%) випадки; «незріла» шийка матки з оцінкою за Бішопом  $\leq 6$  балів – 8 (9,30%), тазове передлежання плода – 10 (11,62%), дистрес плода – 5 (5,81%) випадків. Згідно з рекомендаціями кесарів розтин доцільно проводити у термін вагітності більше 27 тиж, особливо при тазовому передлежанні та «незрілій» шийці матки (оцінка за Бішопом  $\leq 6$  балів). На стан новонародженої дитини при тазовому передлежанні плода в термін 27–28 тиж вагітності впливає травматизм. До числа небезпек проведення пологів природним шляхом при тазовому вставленні належать защемлення плода ригідними тканинами шийки матки, а також надання різних видів акушерської допомоги лікарями різної кваліфікації.

В інтересах плода розродження жінок шляхом кесарева розтину у порівнянні з пологами, проведеними природним шляхом, дає різні статистичні показники залежно від терміну вагітності. Так, при розродженні жінок в термін гестації 22–26 тиж у підгрупі ІА шлях розродження не мав впливу на виникнення внутрішньошлункових кровови-

Нозологічна структура патології неонатального періоду адаптації недоношених дітей, народжених внаслідок ПП у 26–28 тиж вагітності на тлі ПРПО

Нозологічна форма	Контрольна група, n=56		Група ІА, n=86		Група ІВ, n= 64		P
	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	
Асфіксія новонароджених	32,14	18	25,58	22	39,06	25	P1P2>0,05 P1P3>0,05 P2P3>0,05
Респіраторний дистрес-синдром	58,9	33	26,74	23	26,56	17	P1P2<0,007 P1P3<0,01 P2P3>0,05
Первинні ателектази легень	44,64	25	44,18	38	45,31	29	P1P2>0,05 P1P3>0,05 P2P3>0,05
Набряково-геморагічний синдром	37,5	21	22,09	19	20,31	13	P1P2>0,05 P1P3>0,05 P2P3>0,05
Гіпоксично-ішемічна енцефалопатія новонароджених	41,07	23	43,02	37	30,23	26	P1P2>0,05 P1P3>0,05 P2P3>0,05
Синдром пригнічення ЦНС	17,86	10	19,76	17	35,93	23	P1P2>0,05 P1P3<0,007 P2P3<0,007
Синдром підвищеної нервово-рефлекторної збудливості	14,06	9	5,81	5	7,81	5	P1P2?0,007 P1P3?0,007 P2P3>0,05
Гіпертензивно-гідроцефальний синдром	3,57	2	4,65	4	4,68	3	P1P2>0,05 P1P3>0,05 P2P3>0,05
Синдром рухових розладів	7,14	4	6,97	6	7,81	5	P1P2>0,05 P1P3>0,05 P2P3>0,05
Судомний синдром	3,57	2	2,32	2	3,12	2	P1P2>0,05 P1P3>0,05 P2P3>0,05
Затримка внутрішньоутробного розвитку плода	3,57	2	2,32	2	3,12	2	P1P2>0,05 P1P3>0,05 P2P3>0,05
Внутрішньоутробна інфекція	7,14	4	8,13	7	43,75	28	P1P3<0,001 P1P2>0,05 P2P3<0,001
Пологові та акушерські травми	3,57	2	2,32	2	3,12	2	P1P2>0,05 P1P3>0,05 P2P3>0,05

ливів (ВШК) 3-го ступеня у новонароджених, вони виникали при вагінальних пологах у 75% новонароджених, та у 70% – при оперативному розродженні шляхом кесарева розтину (P>0,05). У жінок в термін вагітності 27–28 тиж мало достовірне значення виникнення ВШК 3-го ступеня у плода залежно від шляху розродження. ВШК 3-го ступеня виникали при вагінальних пологах у 50% випадків, при операції кесарева розтину – лише у 10% (P<0,04) (малюнок).

Якщо провести аналіз нозологічної структури патології раннього неонатального періоду недоношених новонароджених при терміні вагітності 22–28 тиж при ПРПО (табл. 1), то помітно, що у частоті виникнення деяких патологічних станів у немовлят, народжених жінками, яким застосовували різні очікувальні тактики, існує достовірна різниця. Зокрема, після народження у ранній неонатальний період при динамічному спостереженні протягом 7–8 год у таких дітей виявилось декілька (від 3 до 5) патологічних станів.

Первинну та вторинну асфіксію новонароджених виявлено у 72 (34,95%) з усіх недоношених дітей, проте у тих, які народились у підгрупі ІА, частота асфіксії дорівнювала

22 (25,58%) випадкам, а у новонароджених внаслідок ПП у контрольній групі та ІВ підгрупі відповідно 18 (32,14%) та 25 (39,06%) (P1P2<0,05; P2P3<0,05; P1P3>0,05). Можна вважати, що така різниця у частоті виникнення цього патологічного стану у недоношених новонароджених, окрім взаємодії багатьох перинатальних факторів, пояснюється також різною тактикою ведення пологів.

Як вже зазначалося вище, пологи у роділь з контрольної групи були менше контролюваними – у 33 (58,9%) випадках роділлі були госпіталізовані у стаціонар в активній фазі першого періоду пологів. У цій групі не призначали препарати, які стимулюють синтез сурфактанта у плода, отже, частота РДС у таких новонароджених відрізнялася від частоти виникнення РДС у малюків, народжених жінками ІА та ІВ підгруп, – відповідно 23 (26,74%) проти 17 (26,56%) (P1P2<0,001; P1P3<0,001; P2P3>0,05).

РДС новонароджених об'єднує три види пневмопатій неінфекційного генезу – первинні ателектази легень, хворобу гіалінових мембран і набряково-геморагічний синдром.

Первинні ателектази легень у різних новонароджених діагностували з майже однаковою частотою – відповідно

## Індикатори якості надання допомоги недоношеним новонародженим у Перинатальному центрі м. Києва

Індикатор якості	Контрольний рівень	Рівень Перинатального центру м. Києва
Вживання недоношених новонароджених з масою тіла 500-999 г	55,0% та більше	73,40%
Вживання недоношених новонароджених з масою тіла 1000-1499 г	85% та більше	85%
Мертворооджуваність	6,5‰ та менше	2,6‰
Рання неонатальна смертність <1000 г	70,2‰	37,5‰
Рання неонатальна смертність 1000-1499 г	57,5‰	22,3‰
Задоволеність пацієнок медичною допомогою	80% та більше	94%

25(44,64%); 38(44,18%) та 29 (45,31%) ( $P1P2 < 0,05$ ;  $P1P3 > 0,05$ ;  $P2P3 > 0,05$ ).

Набряково-геморагічний синдром новонароджених після ПРПО виникав у 2 рази частіше, ніж у дітей, народжених внаслідок ПП у контрольній групі, відповідно 21 (37,5%), 19 (22,09%) та 13 (20,3%) ( $P1P2 < 0,05$ ;  $P1P3 < 0,0014$ ;  $P2P3 > 0,05$ ).

Несприятливий перебіг вагітності і пологів мають більш негативний вплив на нервову систему і психіку людини, ніж ендо- і екзогенні фактори в постнатальний період. Крім того, існує закономірність, за якою більш ранні пошкодження нервової системи мають більш тяжкі наслідки для нормального розвитку дитини, ніж пізні пошкодження. До ранніх і найчастіших пошкоджень головного мозку новонароджених належать гіпоксично-ішемічна енцефалопатія (ГЕП), спектр синдромів неонатальних проявів, які приведені у табл. 1. З цих даних помітно, що різниці у частоті ГЕП у жінок з контрольної групи та підгруп ІА і ІВ не виявлено – відповідно 23 (41,07%); 37 (43,02%) та 26 (30,23%) ( $P1P2 > 0,05$ ;  $P1P3 > 0,05$ ;  $P2P3 > 0,05$ ).

Синдром пригнічення ЦНС виявляли у два рази частіше – у 23 (35,93%) новонароджених, які були під впливом тривалого безводного проміжку, порівняно з групою контролю та підгрупою ІА – відповідно 10 (17,86%) та 17 (19,76%) ( $P1P2 > 0,05$ ;  $P1P3 < 0,007$ ;  $P2P3 < 0,007$ ).

І навпаки, синдром підвищеної рефлекторної збудливості частіше виявляли у немовлят контрольної групи – 9 (14,06%) випадків порівняно з підгрупами ІА та ІВ – відповідно 5 (5,81%) та 5 (7,81%) ( $P1P2 < 0,04$ ;  $P1P3 < 0,4$ ;  $P2P3 > 0,05$ ).

Гіпертензивно-гідроцефальний синдром рухових розладів і судомний синдром виявляли з однаковою частотою у всіх досліджуваних групах, та вони не мали достовірної різниці.

Затримку внутрішньоутробного розвитку (ЗВУР) плода у жінок діагностували в незначній кількості незалежно від тривалості безводного терміну, вона не мала достовірної різниці між групами. За даними літератури, найчастішою причиною ЗВУР є гестоз, загроза переривання вагітності в анамнезі, недостатність розвитку плаценти, і тільки у 10% випадків це може бути внутрішньоутробне інфікування плода. Усі ці фактори повинні тривало впливати на матір і плід, і всі вони у різних співвідношеннях можуть бути причиною ПП, а не ПРПО.

Частота виявлення різних інфекційних захворювань з ранньою маніфестацією у народжених немовлят закономірно (у 6 разів) переважала частоту інфекційних проявів у недоношених немовлят, які не були під впливом тривалого безводного терміну. Так, у підгрупі ІВ цей показник дорівнював 28 (43,75%) випадкам порівняно з контрольною групою та підгрупою ІА – відповідно 4 (7,14%) та 7 (8,13%) ( $P1P3 < 0,001$ ;  $P1P2 > 0,05$ ;  $P2P3 < 0,001$ ). У підгрупі ІА показник захворюваності немовлят у порівнянні з групою контролю не мав різниці. Можливо, це пов'язано з призначенням

адекватної терапії антибіотиками та своєчасним розродженням жінок.

Показник пологових і акушерських травм був незначним у ІА та ІВ підгрупах і не відрізнявся від показника групи контролю – відповідно 2 (2,32%) і 2 (3,12%) проти 2 (3,57%) ( $P1P2 > 0,05$ ;  $P1P3 > 0,05$ ;  $P2P3 > 0,05$ ).

Оцінка за шкалою Апгар на 1-й хвилині неонатального періоду –  $4,64 \pm 0,45$  бала, на 5-й хвилині –  $6,23 \pm 0,53$  бала, на 15-й хвилині –  $6,45 \pm 0,83$ . Отже, достовірної різниці між відповідними базисними параметрами характеристики новонароджених у жінок з різними типами очікувальної тактики при ПП на тлі ПРПО не було ( $P > 0,05$ ). У табл. 2 наведені індикатори якості надання допомоги новонародженим у Перинатальному центрі м. Києва.

Основною причиною смерті недоношених немовлят, народжених з ЕНМТ, були: крайній ступінь незрілості – 143 (69,42%) випадків, ВШК – 170 (82,53%), РДС – 15 (7,28%), асфіксія новонароджених – 12 (5,82%), інфікування – 28 (13,59%) випадків. За даними показниками Перинатального центру м. Києва найбільш частими причинами смертності новонароджених з ЕНМТ є крайній ступінь незрілості та ВШК. За даними літератури, ВШК виникають з нередукованого гермінативного матриксу і є наслідком неспроможності авторегуляторних можливостей головного мозку через його морфофункціональну незрілість [4–6].

При ПП у 22–28 тиж вагітності на тлі ПРПО кожний випадок потребує індивідуального підходу, а тому наведена інформація може допомогти обрати найбільш оптимальний шлях надання допомоги вагітній для зменшення можливих негативних наслідків для недоношеного новонародженого та покращання його здоров'я.

## ВИСНОВКИ

1. Дані аналізу перинатальних захворювань і летальності новонароджених у жінок з недоношеною вагітністю і передчасним розривом амніона (ПРПО) доводять, що необгрунтовано тривала очікувальна тактика і очікування самовільного початку пологів не призводять до реального зменшення розвитку респіраторного дистрес-синдрому. Натомість при такій тактиці спостерігається зростання частоти розвитку хоріоамніоніту і неонатальних інфекційних захворювань з ранніми проявами. Тому рекомендовано очікувальну тактику тривалістю 5 діб з подальшим розродженням жінок.

2. До 24 тиж вагітності при ПРПО пролонгувати вагітність недоцільно. З 24 тиж вагітності при ПРПО очікувальна тактика рекомендована за відсутності ознак інфекції і активної скоротливої діяльності матки (розкриття шийки матки до 3 см).

3. Метод розродження має бути максимально щадним і водночас залежати від стану матері і плода, передлежання, терміну гестації та готовності пологових шляхів. Кесарів розтин в інтересах плода доцільно проводити у термін вагітності більше 27 тиж, особливо при тазовому передлежанні та «незрілій» шийці матки.

**Опыт ведения очень ранних преждевременных родов, осложненных преждевременным излитием околоплодных вод****О.Б. Маланчук, В.П. Лакатosh, А.Ю. Костенко, Антонюк М.И., Нарытник Т.Т.**

В Украине ежегодно рождается около 1000 детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), что составляет 0,3% от всех новорожденных. Выживание новорожденных с ЭНМТ в нашей стране имеет медленную тенденцию к росту и составляет 50%. Младенцы с ЭНМТ имеют высокий риск смерти, а также находятся в группе наивысшего риска развития хронической патологии дыхательной, нервной систем и сенсорного аппарата и связанной с ней инвалидности. Учитывая рост количества рождения детей с ЭНМТ при преждевременных родах на фоне преждевременного разрыва плодных оболочек (ПРПО), высокую перинатальную заболеваемость и смертность новорожденных, ухудшение здоровья и репродуктивного потенциала женщины, приобретают актуальность вопросы тактики ведения беременности и родов при ПРПО.

**Цель исследования:** уменьшение перинатальных осложнений в срок 22–28 нед беременности, осложненной ПРПО на основе разработки оптимальной тактики ведения беременности и родов.

**Материалы и методы.** Проведен анализ влияния различных методов ведения беременности и родов на состоянии новорожденных в срок беременности 22–28 нед на фоне преждевременного излития околоплодных вод. Контрольную группу составили 56 женщин, которые имели безводный промежуток менее суток. В основной группе применяли выжидательную тактику с длительным безводным промежутком. В зависимости от продолжительности безводного промежутка основная группа была разделена на 2 подгруппы. Подгруппу IA составили 86 беременных с безводным промежутком 5 сут, а подгруппу IB – 64 беременные с безводным промежутком 25 сут. Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью программы Microsoft Excel. Достоверность различий рассчитывали по t-критерию Стьюдента.

**Результаты.** Анализируя частоту и структуру акушерских и перинатальных осложнений у женщин в срок 22–28 нед беременности на фоне различных по продолжительности безводных промежутков, различных сроков родоразрешения доказана эффективность тактики родоразрешения, которая применяется в Перинатальном центре г. Киева. Это коррелирует с данными клинико-статистического анализа показателей неонатальной смертности и заболеваемости.

**Заключение.** В исследовании выявлено, что на показатели неонатальной смертности и заболеваемости влияют: продолжительность безводного промежутка, гестационный срок, методы родоразрешения. Длительная выжидательная тактика приводит к реальному уменьшению развития респираторного дистресс-синдрома, но наблюдается рост частоты развития хориоамнионита и неонатальных инфекционных заболеваний. Поэтому рекомендуется выжидательная тактика продолжительностью 5 сут с дальнейшим родоразрешением женщин. При сроке беременности 22–27 нед путь родоразрешения не влияет на показатели неонатальной заболеваемости. Преимущество при родоразрешении женщин в срок 27–28 нед, особенно при «незрелой» шейке матки и тазовом предлежании плода, предоставляется кесареву сечению.

**Ключевые слова:** очень ранние преждевременные роды, преждевременное излитие околоплодных вод, выжидательная тактика, беременность, методы родоразрешения, новорожденные с экстремально низкой массой тела при рождении.

**Management of born too soon preterm birth complicated by preterm premature rupture of membranes****O.B. Malanchuk, V.P. Lakatosh, O.U. Kostenko, M.I. Antonuk, T.T. Narutnik**

In Ukraine, each year born about 1,000 children ELBW, representing 0.3% of all newborns. The survival of infants with ELBW in our country has a slow upward trend and does not exceed 50%. Infants with ELBW have the highest risk of death and are the group most at risk for the development of chronic diseases of the respiratory and nervous systems and sensory apparatus and associated disability. Considering the growth of the number of children at private ELBW on the background PPRM, high perinatal morbidity and infant mortality, reduced health and reproductive capacity of women becoming urgency tactics of pregnancy and labor with premature rupture of membranes.

**The objective:** perinatal reduce complications in terms of 22-28 weeks of pregnancy complicated by premature rupture of membranes based on developing the tactics of pregnancy and childbirth.

**Patients and methods.** To reduce perinatal complications analyzed the effect of different methods of pregnancy and childbirth on the state of newborns in gestational age 22-28 weeks against the backdrop of premature discharge of amniotic fluid. The control group consisted of 56 women who had less than a day anhydrous term. In the study group applied expectant tactics of anhydrous long term. Depending on the length of the term of anhydrous main group was divided into 2 subgroups. Sub-IA amounted to 86 pregnant women with anhydrous period of 5 days, and IP subgroup totaled 64 pregnant women with anhydrous period of 25 days. Statistical analysis of the results was performed using Microsoft Excel. Probability difference calculated by Student's t-criterion.

**Results.** Analyzing the structure and frequency of obstetric and perinatal complications in women in the period 22-28 weeks of pregnancy with different duration waterless terms, different terms of delivery proved the effectiveness of the tactics of delivery, which is used in perinatal centers m. Kyiv. This correlates with clinical data - statistical analysis of indicators of neonatal mortality and morbidity.

**Conclusion.** Of the research found that the rates of neonatal mortality and morbidity affecting: duration of anhydrous interval, gestational period, methods of delivery. Long expectant tactics leads to a real reduction of RDS, but an increase in the incidence of chorioamnionitis and neonatal infection. Therefore, wait-recommended tactics for 5 days, followed by delivery of women. At 22-27 weeks of pregnancy delivery path has no impact on rates of neonatal morbidity. The advantage in the delivery of women in the period 27-28 weeks, especially in the immature cervix and pelvic predezhenni fetal provided cesarean section.

**Key words:** born too soon preterm birth, preterm premature rupture of membranes, pregnancy, method of delivery, birth with extremely low body weight.

**Сведения об авторах**

**Маланчук Олег Борисович** – Перинатальный центр, 03150, г. Киев, ул. Предславинская, 9; тел.: (044) 522-87-45

**Лакатosh Владимир Павлович** – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03150, г. Киев, ул. Предславинская, 9.

**Костенко Ольга Юрьевна** – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03150, г. Киев, ул. Предславинская, 9

**Антонюк Марьяна Ивановна** – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03150, г. Киев, ул. Предславинская, 9

**Нарытник Татьяна Теодоровна** – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, 03150, г. Киев, ул. Предславинская, 9

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Веропотвелян П.Н., Гужевская И.В., Веропотвелян Н.П. Преждевременный разрыв плодовых оболочек – инфекционный фактор // Здоровье женщины. – 2013. – № 5 (81). – С. 57–64.
2. Іванюта С.О. Передчасні пологи (клінічна лекція) // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2012. – Т. II, № 1 (3). – С. 5–7.
3. Квінан Д.Т., Хоббінс Д.С., Спонг К.У. Протоколи для вагітностей високого ризику. – К.: Фенікс, 2009–362 с.
4. Клоетрі Д.П., Ейхенвальд Е.К., Старк Е.Р. Посібник з неонатології. – К.: Фенікс, 2009. – 310 с.
5. Лакатош В.П., Наритник Т.Т., Біла В.В., Аксьонова А.В., Ткаліч В.О. Передчасні пологи: протиріччя і сучасні реалії // Здоровье женщины. – № 7 (93). – 2014. – С. 16–24.
6. Мощич П.С., Суліма О.Г. Неонатологія. – К.: Вища школа, 2004. – 157 с.
7. Jazayeri A. Premature Rupture of Membranes [Электронный интернет – ресурс] // EMedicine Sept. 9, 2008. Updated June 13, 2011. Accessed December 12, 2012. – Availableat URL address: Koichi Kabayashi, Karen Wong et al. Influence of Oligohydramnios on Preterm Premature Rupture of the Membranes at 30 to 36 Weeks' Gestation // J. Obstet. Gynaecol. Can. – 2010. – Vol. 32, № 11. – P. 1030–1034.
8. Mercer B.M. Petraglia F., Strauss G.F., Gabbe S.G. Wises G. Complicated Pregnancy. – 4th ed. – London: Informa health care, 2007. – P. 713–727.
- Perinatal outcome of twins compared to singletons of the same gestational age: a case-control study // Twin Res. Hum. Genet. – 2011. – Vol 4, № 1. – P. 88–93.

*Статья поступила в редакцию 10.06.2016*