DOI 10.11603/24116-4944.2024.2.15085
УДК 618.39–06:616–056.257

©В. В. Дядюшка, І. М. Нікітіна, В. І. Бойко, Т. В. Бабар, Н. В. Калашник
Сумський державний університет

РЕЗУЛЬТАТИ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛІЗУ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ ТА ПЕРИНАТАЛЬНИХ НАСЛІДКІВ У ЖІНОК – ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ІЗ ЗАГРОЗОЮ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ

Мета дослідження – на основі ретроспективного аналізу встановити основні фактори ризику загрози переривання вагітності та розвитку передчасних пологів у жінок – внутрішньо переміщених осіб та розробити високоспецифічні критерії індивідуального прогнозу з метою поліпшення перинатальних наслідків.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективне дослідження 250 історій вагітності та пологів жінок, внутрішньо переміщених осіб, які мали загрозу переривання вагітності у I та II триместрах та передчасні пологи у термінах гестації 22–36 тижнів, вивчено особливості перебігу вагітності, пологів обстежуваних жінок, які перебували на стаціонарному лікуванні з приводу загрози переривання вагітності (ЗПВ), а також тих, за якими вели спостереження в амбулаторних закладах охорони здоров'я м. Суми протягом 2022–2024 рр., та досліджено стан їх новонароджених.

Результати дослідження та їх обговорення. Важливими факторами ризику передчасного допологового розриву плодових оболонок (ПДРПО) при недоношеній вагітності можна вважати наявність у вагітної жінки захворювань, що передаються статевим шляхом (χ^2=31,188, p=0,001), бактеріального вагінозу (χ^2=30,913, p=0,0001), загрози аборту та/або передчасних пологів в анамнезі (χ^2=16,62, p=0,0002), ГРВІ під час вагітності (χ^2=16,444, p=0,0002), хронічного аднекситу в анамнезі (χ^2=11,522, p=0,0031), запальних захворювань шийки матки (χ^2=11,437, p=0,0032), анемії (χ^2=10,815, p=0,0044), ІЦН (χ^2=10,345, p=0,0057), хронічного пієлонефриту із загостренням (χ^2=9,16, p=0,01), куріння під час вагітності (χ^2=10,815, p=0,0044).

Висновки. Результати ретроспективного аналізу 250 історій пологів у термін від 22-х до 36-ти тижнів дозволили визначити шляхи ефективного використання існуючих діагностичних заходів для визначення готовності до вагітності та можливості пролонгувати вагітність до термінів життєздатності новонародженого. Визначено шляхи удосконалення профілактики передчасних пологів та макет подальших досліджень.

Ключові слова: вагітність; спонтанні передчасні пологи; передчасний розрив плодових оболонок; мікробіота піхви.

V. V. Diadiushka, I. M. Nikitina, V. I. Boiko, T. V. Babar, N. V. Kalashnyk
Sumy State University

RESULTS OF A RETROSPECTIVE ANALYSIS OF THE COURSE OF PREGNANCY, CHILDBIRTH AND PERINATAL OUTCOMES IN WOMEN – INTERNALLY DISPLACED PERSONS WITH A THREAT OF PREGNANCY TERMINATION

The aim of the study – to establish the main risk factors for the threat of termination of pregnancy and the development of premature birth in internally displaced women and to develop highly specific criteria for individual prognosis in order to improve perinatal outcomes based on retrospective analysis.

Materials and Methods. A retrospective study of 250 histories of pregnancy and childbirth of women – internally displaced persons, who had a threat of abortion in the Ist and IInd trimesters and premature birth in the gestational period of 22–36 weeks, was conducted. We studied the peculiarities of the course of pregnancy, childbirth of the examined women who were in hospital treatment for the threat of abortion, as well as those who were observed in outpatient health care Sumy city institutions during 2022-2024. The condition of their newborns was also investigated.

Results and Discussion. Important risk factors for premature rupture of membranes (PROM) in preterm pregnancy included the presence of sexually transmitted diseases (χ2=31.188, p=0.001), bacterial vaginosis (χ2=30.913, p=0.0001), a history of abortion and/or preterm birth (χ2=16.62, p=0.0002), acute respiratory viral infections during pregnancy (χ2=16.444, p=0.0002), chronic adnexitis in anamnesis (χ2=11.522, p=0.0031), inflammatory cervical disease (χ2=11.437, p=0.0032), anaemia (χ2=10.815, p=0.0044), isthmic-cervical insufficiency (ICI) (χ2=10.345, p=0.0057), chronic pyelonephritis with exacerbation (χ2=9.16, p=0.01), smoking during pregnancy (χ2=10.815, p=0.0044).

Conclusions. The results of a retrospective analysis of 250 cases of preterm birth at 22 to 36 weeks allowed us to identify ways to effectively use existing diagnostic measures to determine readiness for pregnancy and the possibility of prolonging pregnancy to the viability of the newborn. Ways to improve the prevention of preterm birth and the design of further research were identified.

Key words: pregnancy; spontaneous premature childbirth; premature rupture of membranes; vaginal microbiocenosis.

ВСТУП. Від початку повномасштабного вторгнення близько 13 млн українців покинули свої домівки. В Україні налічується 4,9 млн внутрішньо переміщених осіб (ВПО). Жінки, залучені до збройного конфлікту, часто перебувають під впливом травмувальних подій і щоденних стресів із ризиком підвищеного рівня психічних розладів, сама вагітність є критичним етапом у розвитку особистості жінки. Під час вагітності психічний добробут полягає в здатності майбутньої матері адекватно проявляти свою поведінку, регулювати свій психічний стан, адаптуючись до умов кризової ситуації (А. Н. Рибалка, 2011) [1, 2].

Стрес є одним із найбільш досліджених факторів ризику, що призводять до втрати вагітності. За даними ВООЗ, до 15–20 % вагітностей завершуються втратою до

24 тижня гестації на фоні стресу (W. Joseph et al., 2018). Постійні стресові чинники призводять до розвитку серцево-судинних захворювань, гіпертонії, підвищують ризик втрати вагітності. За результатами дослідження Wang et al. (2021), у жінок, які мали депресію або тривожні розлади після першого викидня, був на 48,6 % більший ризик повторних втрат вагітності порівняно з іншими. Жінки з помірними або тяжкими формами тривожних розладів мають у 2,7 раза вищий ризик втрати вагітності порівняно з жінками без таких розладів. Депресія та тривога після першого викидня можуть підвищувати ризики повторної втрати вагітності [3, 4].

Незважаючи на успіхи у вивченні етіології, патогенезу, розробці методів діагностики, лікування та профілактики загрози переривання вагітності, частота невиношування складає 15,5–42,7 % і не має тенденції до зниження. Більшість переривань вагітності відбувається у I триместрі (до 85 %), решта – у другому та третьому триместрах. Недоношеність є основною причиною неонатальної та дитячої смертності у віці до п'яти років. Прямі репродуктивні втрати від невиношування в Україні щорічно нараховують 36–40 тис. ненароджених бажаних дітей [5, 6].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), щорічно у світі 15 млн дітей народжуються передчасно, що складає у середньому 7,5 % пологів (6,2–11,9 %). 7,5 % передчасних пологів зумовлюють 69–83 % перинатальних втрат. Щорічно у світі помирає понад 1 млн недоношених дітей. У тих дітей, які вижили, у 10 разів вищою є імовірність захворювань та інвалідності [7, 8]. Причинами перинатальної смертності у 50–70 % випадків є ускладнення, зумовлені передчасними пологами [9].

Особливе місце у структурі перинатальної захворюваності та смертності недоношених займають пологи на тлі передчасного допологового розриву плодових оболонок (ПДРПО) [9, 10]. Складну, не до кінця вирішену проблему для акушерської практики, становить розрив плодових оболонок у термін між 22-м та 34-м тижнями вагітності. При пролонгуванні недоношеної вагітності у разі ПДРПО найбільш небезпечним ускладненням є можливість інфікування порожнини матки, розвиток хоріонамніоніту, інфікування плода та новонародженого. При цьому небезпека інфекційного ураження тим вища, чим менший гестаційний вік плода. Вибір раціональної тактики ведення недоношеної вагітності у разі ПДРПО є складною проблемою, оскільки потрібно враховувати співвідношення ризику інфекції при пролонгуванні вагітності та ризику і наслідків народження недоношеного плода [11].

В українських наукових джерелах відсутні дані щодо зв'язку певного інфекційного фактора у матері у реалізації внутрішньоутробного інфікування (ВУІ) плода та новонародженого. Не визначено безпечні терміни латентного періоду при передчасному розриві плодових оболонок при передчасних пологах. Відсутні дослідження негативного впливу екологічних факторів на розвиток передчасних пологів та на становлення періоду ранньої неонатальної адаптації. Питання прогнозування та раннього попередження загрози переривання вагітності та передчасних пологів потребує вдосконалення. У науковій літературі немає єдиної думки стосовно акушерської тактики ведення жінок із ПДРПО та відсутністю пологової діяльності при недоношеній вагітності. У таких випадках лікарям доводиться вибирати між ризиком народження недоношеної незрілої дитини при негайній індукції пологів і ризиком розвитку інфекційних ускладнень у вагітної та плода при очікувальній тактиці [12].

Імовірність самостійного розвитку пологової діяльності при ПДРПО та недоношеній вагітності залежить від терміну гестації – чим він менший, тим довший латентний період. Так, у межах 24 год при очікувальній масі плода 500−1000 г спонтанні пологи починаються лише у 25 % жінок. За даними літератури, при різних методах розродження жінок із ПДРПО і недоношеною вагітністю спостерігають відмінності у показниках перинатальної захворюваності новонароджених: при самовільному початку пологів зростає частота розвитку синдрому дихальних розладів та уроджених інфекцій, а при індукції пологів окситоцином зростає частота народження дітей із первинною асфіксією, гіпоксично-ішемічним ураженням центральної нервової системи (ЦНС), ВШК та тяжкими формами кон'югаційної жовтяниці [9, 10].

Ураховуючи, що лише здорова мати із фізіологічним перебігом вагітності спроможна народити здорову дитину, підвищеної уваги заслуговують питання профілактики акушерських і перинатальних ускладнень у ВПО, особливо з екстрагенітальною патологією. На тлі соматичних захворювань у ранні терміни вагітності порушуються процеси фізіологічної плацентації, які програмують розвиток плацентоасоційованих ускладнень гестації й негативно впливають на стан матері та новонародженого. Усе це відіграє провідну роль у формуванні преморбідного фону для маніфестації ускладнень під час вагітності, при пологах і в післяпологовий період.

Потребують перегляду та доказової бази підходи до зберігаючої терапії у жінок із загрозою переривання вагітності. Не доведена небезпека тривалого пролонгування вагітності при передчасному розриві плодових оболонок. Потребує вивчення наявність зв'язку між тривалістю латентного періоду та запальними захворюваннями у недоношених новонароджених; удосконалення технологій попередження передчасних пологів; перегляд підходів до зберігаючої терапії та прегравідарної підготовки у жінок із загрозою переривання вагітності зі статусом ВПО [12].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – на основі ретроспективного аналізу встановити основні фактори ризику загрози переривання вагітності та розвитку передчасних пологів у жінок – внутрішньо переміщених осіб та розробити високоспецифічні критерії індивідуального прогнозу з метою поліпшення перинатальних наслідків.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Проведено ретроспективний аналіз 250 історій вагітності та пологів жінок, внутрішньо переміщених осіб, що мали загрозу переривання вагітності у I та II триместрах та передчасні пологи у термін гестації 22–36 тижнів, вивчено особливості преморбідного фону, перебігу вагітності, пологів обстежуваних жінок, які перебували на стаціонарному лікуванні, а також тих, за якими вели спостереження в амбулаторних закладах охорони здоров'я м. Суми протягом 2022–2024 рр., та досліджено стан їх новонароджених.

До основної групи увійшли 250 вагітних, які народили у термін 22–36 тижнів, у тому числі жінки з передчасним розривом плодових оболонок, яким проводили традиційне обстеження та лікування згідно зі Стандартом медичної допомоги «Передчасний розрив плодових оболонок» від 25.08.23 р. Результати аналізу порівнювали із групою

жінок, які народили у термін доношеної вагітності (37–40 тижнів) – контрольна група, яку склали 50 жінок.

При очікувальній тактиці при ПДРПО протягом латентного періоду проводять моніторинг стану вагітної (щодня вимірювання температури тіла, ЧСС, пульсу двічі на добу; загальний аналіз крові та С-реактивний білок залежно від клінічного перебігу, але не рідше ніж 2 рази на тиждень). При очікувальній тактиці при ПДРПО під час латентного періоду для моніторингу стану плода здійснюється аускультація серцебиття плода двічі на добу та актографія щодня; після 28 тижнів вагітності – КТГ не рідше 2 разів на тиждень; УЗД щотижня, фетометрія – кожні 2–3 тижні, доплерометрія кровотоку артерії пуповини – за показаннями. Призначення антибактеріальних лікарських засобів здійснюють відповідно до додатка 5 до Стандарту медичної допомоги «Передчасний розрив плодових оболонок» від 25.08.23 р. Для профілактики респіраторного дистрес-синдрому у недоношених новонароджених було призначено курс антенатальних глюкокортикоїдів внутрішньом'язово вагітним із ПДРПО: у термін із 24+0 до 34 тижнів; у термін 34+0 – 36+6 тижнів, у випадку очікувальної тактики до 37 тижнів; глюкокортикоїди не призначали на ранніх термінах вагітності. Якщо передчасні пологи очікували впродовж 24 год, проводили призначення магнію сульфату для нейропротекції плода в термін від 24+0 до 32+0 тижнів вагітності згідно зі стандартами медичної допомоги.

Статистична обробка результатів полягала у застосуванні методів параметричної та непараметричної статистики. Оцінку одержаних кількісних і якісних показників проводили на персональному комп'ютері Intel Core i3 за допомогою пакета прикладних програм STATISTICA 8.0 (Statistica Inc., США). При нормальному розподілі у вибірці однотипних ознак для їх порівняння використовували t-критерій Стьюдента. Різницю вважали достовірною при $p<0,05$. Дослідження схвалено Комісією з біоетики Сумського державного університету, витяг із протоколу N0268-V, засідання від 15 вересня 2023 р.

Використовували метод логістичної регресії, коли мають місце бінарні наслідки (наявність/відсутність симптому або суб'єкта) та ряд предикторів захворювання; проводили оцінку відношення шансів (ВШ; англ. Odds ratio, OR), критерію χ^2 (нульової гіпотези, що коефіцієнт логістичної регресії дорівнює нулю, та альтернативної гіпотези, що відношення шансів «захворювання», пов'язане з цією змінною, дорівнює одиниці) для визначення факту, чи впливає кожна змінна на наявність або відсутність захворювання (уродженої інфекції), та кількісно оцінювали ступінь цього впливу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Середній вік жінок основної групи склав (31,34±5,64) року і не мав достовірних відмінностей від контрольної групи – (30,54±6,26) ($p>0,05$). Серед жінок – ВПО перші пологи відмічено у 137 (55 %), повторні – у 113 (45 %). Загроза переривання вагітності була у 187 (74,8 %) пацієнток основної групи, у другому триместрі − у 197 (78,8 %) жінок.

Обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез із наявністю переважно запальних захворювань у вагітних – ВПО робить урогенітальну інфекцію предиктором передчасного розриву плодових оболонок при недоношеній вагітності поряд із гормональними порушеннями та гіперагрегаційними станами. Куріння в анамнезі мали близько половини обстежуваних жінок – ВПО. Гінекологічну патологію подано в таблиці 1.

Важливе значення для виношування вагітності має супутня екстрагенітальна патологія (табл. 2).

Дані щодо перебігу вагітності подано в таблиці 3.

Перебіг вагітності у жінок – ВПО мав такі особливості: загроза викидня у I та/або II триместрі у 74,8 та 78,8 % відповідно, що вірогідно частіше порівняно з контрольною групою ($p<0,05$), але, за різними обставинами, частина жінок не лікувалася. Ранній гестоз був у 13,2 % жінок, пізній гестоз − у 7,2 % вагітних. Гостру респіраторну вірусну інфекцію під час вагітності перенесли 27,6 % обстежуваних. Багатоводдя відмічено у 10,8 % вагітних, маловоддя – у 18,0 %, плацентарну дисфункцію та затримку росту плода (ЗРП) спостерігали у 14,0 % жінок. Істміко-цервікальна недостатність мала місце у 9,2 % вагітних – ВПО.

Перебіг пологів у жінок – ВПО мав такі особливості: аномалії пологової діяльності (слабкість пологової діяльності, дискоординована пологова діяльність) мали 10,0 % обстежуваних, неправильне положення плода,

Таблиця 1. **Гінекологічна патологія в обстежених жінок, абс. ч. (%)**

Гінекологічна патологія	Основна група (n=250)	Контрольна група (n=50)
Запальні захворювання шийки матки	107 (42,8)*	9 (18)
Хронічний аднексит	85 (34,0)*	6 (12)
Міома матки	15 (6,0)	2 (4)
Операції на яєчниках	13 (5,2)	1 (2)
Гінекологічний перитоніт	2(0,8)	0
Безпліддя I та II	15(6,0)	2 (4)
Порушення ОМЦ	30 (12,0)	5 (10)
ЗПСШ	82 (32,0)*	7 (14)
Вагініт	52 (20,8)	5 (10)

Примітка. * – вірогідність відмінностей порівняно з групою контролю, $p<0,05$.

Таблиця 2**. Кількість вагітних жінок за групами обстеження з екстрагенітальною патологією, абс. ч. (%)**

Екстрагенітальна патологія	Основна група (n=250)	Контрольна група (n=50)
Гострий або гестаційний пієлонефрит	25 (10,0)*	2 (4)
Хронічний пієлонефрит із загостренням	38 (15,2)*	1 (2)
Хронічний гайморит та тонзиліт із загостренням	25 (10,0)*	0
Хронічний бронхіт із загостренням	15 (6,0)*	1 (2)
Бронхіальна астма	5 (2,0)	0
Гострі респіраторні вірусні інфекції	69 (27,6)*	2 (4)
Захворювання серцево-судинної системи	7 (2,8)*	1 (2)
Захворювання шлунково-кишкового тракту	8 (3,2)*	1 (2)
Холестатичний гепатоз	1 (0,4)	0
Анемія	75 (30,0)*	6 (12)
Захворювання щитоподібної залози	8 (3,2)*	1 (2)
Ожиріння	10 (4,0)	2 (4)
Венозні ускладнення	3 (1,2)	0
Варикозна хвороба	8 (3,2)*	1 (2)

Примітка. * вірогідність відмінностей порівняно з групою контролю, p<0,05.

Таблиця 3. **Перебіг вагітності в обстежених жінок у групах, абс. ч. (%)**

Ускладнення вагітності	Основна група (n=250)	Контрольна група (n=50)
Загроза переривання вагітності у I триместрі	187 (74,8 %)*	9 (18,0)
Загроза переривання вагітності у II триместрі	197 (78,8 %)	5 (10,0)
Ранній гестоз	33 (13,2)	5 (10,0)
Пізній гестоз	18 (7,2)	3 (6,0)
Багатоводдя	27 (10,8)	2 (4,0)
Маловоддя	45 (18,0)	5 (10,0)
Істміко-цервікальна недостатність	23 (9,2)*	0
ЗРП	35 (14,0)	3 (6)

Примітка. * – вірогідність відмінностей порівняно з групою контролю, p<0,05.

патологічне передлежання на момент початку пологової діяльності мали 18,8 % жінок з основної групи та 8,0 % – контрольної групи (p<0,05). Дистрес плода було діагностовано у 30 жінок – ВПО (12,0 %) та у 2 (4,0 %) обстежуваних контрольної групи (p<0,05).

Передчасне відшарування плаценти спостерігали у 17 жінок (6,8 %) основної групи та в 1 жінки контрольної групи (2,0 %) (p>0,05).

Оперативне розродження було проведено 47 жінкам основної групи (18,8 %). У контрольній групі операцію кесаревого розтину проведено 5 жінкам (10,0 %). Показаннями до оперативного розродження були передчасне відшарування плаценти, неправильне положення плода, рубець на матці, дистрес плода.

Найбільші акушерські втрати пов'язані з гестаційним терміном новонародженого. Тобто сам факт передчасних пологів, а не тривалість латентного періоду є фактором розвитку постнатальних ускладнень. Тому основне завдання акушерів-гінекологів полягає в ефективній профілактиці ранніх передчасних пологів чи у максимально можливому відтермінуванні пологів. Розподіл жінок із передчасними пологами в різні терміни подано в таблиці 4.

Проведено аналіз стану 109 новонароджених, які народились передчасно та лікувались у відділенні інтенсивної терапії новонароджених (ВІТН). Гестаційний вік новонароджених: 22–27 тижнів – 2 (10,5 %), 28–31 тиждень – 24 (22,01 %), 32–34 тижні – 52 (47,7 %), 35–36 тижнів – 31 (28,5 %) дитина. На штучній вентиляції легень (ШВЛ) – 42 (38,53 %) дитини. Середній термін перебування новонародженого на ШВЛ склав 7–10 діб. На SiPAP перебувала 21 (19,3 %) дитина. Курасуф було введено 46 (42,2 %) новонародженим. Розподіл недоношених новонароджених за масою такий: від 500 до 999 г – 2 (1,83 %) новонароджених, від 1000 до 1499 г – 24

Таблиця 4. **Розподіл жінок із передчасними пологами у різні терміни вагітності за деякими клініко-параклінічними показниками**

Термін вагітності,тижні	Кількість жінок із передчасними пологами	Кількість жінок із передчасними пологами та ПДРПО, абс. ч. (%)	Тривалість ПДРПО, год (M±m)	Мертвонароджені, абс. ч. (%)	Лікування у ВІТН, абс. ч. (%)	Померли, абс. ч. (%)	Виписані додому з дитиною, абс. ч. (%)
22–27	27	18 (66,6)	163,3±58,2	25 (92,59)	2 (7,4)	1 (3,7)	1 (3,7)
28–31	31	26 (83,8)	92,1±44,3	7 (22,5)	24 (77,4)	3 (9,7)	21 (67,7)
32–34	52	34 (65,4)	80,4±39,9	0	52 (100)	7 (13,5)	45 (86,5)
35–36	140	111 (79,3)	30,6±15,7	2 (1,4)	31 (22,1)	1 (0,7)	137 (97,9)
Всього	250	189 (75,6)	91,3±34,9	34 (13,6)	109 (43,6)	12 (4,8)	204 (81,6)

(22,01 %) дитини, від 1500 до 1999 г – 52 (47,7 %) дитини, від 2000 до 2499 г – 31 (28,4 %) дитина.

Гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС та респіраторний дистрес-синдром мали 100 % немовлят, народжених передчасно до 29−30 тижнів вагітності; внутрішньоутробне інфікування у вигляді уродженої двосторонньої пневмонії, риніту, кон'юнктивіту, омфаліту – 87 (79,81 %) новонароджених; внутрішньошлуночковий крововилив II-III ступеня мали 45 (41,3 %) малюків основної групи.

Проведено дослідження шансів та ризиків реалізації внутрішньоутробної інфекції у новонароджених залежно від спектра мікрофлори пологових шляхів. Результати наведено у таблиці 5.

Присутність у пологових шляхах вагітних маркерів урогенітальної інфекції, а саме Mycoplasma genytalium (ВШ 17,56, 95 % ДІ 4,64–71,01), Trichomonas vaginalis (ВШ 15,77, 95 % ДІ 3,39–83,64), Chlamydia trachomatis (ВШ 8,34, 95 % ДІ 2,72–26,29), Gardnerella vaginalis (ВШ 5,90, 95 % ДІ 2,00–17,79) достовірно підвищує ризик народження дитини з уродженою інфекцією при ПДРПО та недоношеній вагітності й патогенетично обґрунтовує комплексне профілактичне лікування.

Важливими факторами ризику ПДРПО при недоношеній вагітності можна вважати наявність у вагітної жінки захворювань, що передаються статевим шляхом (χ^2=31,188, p=0,001), бактеріального вагінозу (χ^2=30,913, p=0,0001), загрози аборту та/або передчасних пологів в анамнезі (χ^2=16,62, p=0,0002), ГРВІ під час вагітності (χ^2=16,444, p=0,0002), хронічного аднекситу в анамнезі (χ^2=11,522, p=0,0031), запальних захворювань шийки матки (χ^2=11,437, p=0,0032), анемії (χ^2=10,815, p=0,0044), ІЦН (χ^2=10,345, p=0,0057), хронічного пієлонефриту із

Таблиця 5. **Шанси та ризик реалізації уродженої пневмонії залежно від спектра мікрофлори пологових шляхів**

Показник	Статистичний показник					
	ВШ	95 % ДІ	χ^2	p	ВР	95 % ДІ
Mycoplasmagenytalium	17,56	4,64−71,01	26,12	0,0005	8,28	3,20−23,72
Trichomonasvaginalis	15,77	3,39−83,64	18,13	0,0005	9,86	2,78−43,41
Chlamydiatrachomatis	8,34	2,72−26,29	17,27	0,0006	3,64	1,93−6,31
Gardnerellavaginalis	5,90	2,00−17,79	12,14	0,0012	2,96	1,58−5,07
Ureaplasmaurealyticum	2,44	0,85−7,03	2,60	0,10	1,80	0,89−3,33

загостренням (χ^2=9,16, p=0,01), куріння під час вагітності (χ^2=10,815, p=0,0044).

ВИСНОВКИ. 1. Встановлено, що вагітні – ВПО із ЗПВ характеризуються достовірно вищим рівнем екстрагенітальної захворюваності. Питома вага захворювань серцево-судинної системи, сечовивідних шляхів, ЛОР-органів у 2,7, 5 та 3 рази відповідно перевищувала дані жінок контрольної групи. Запальні захворювання жіночих статевих органів, самовільні аборти в анамнезі зустрічалися в 1,8 і 3,1 раза частіше, ніж у контрольній групі.

2. Встановлено, що у групі ВПО кількість випадків ГРВІ діагностовано у 6,9, ІЦН – у 9,2, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти – в 6,8, дистрес плода – в 3, слабкість пологової діяльності – у 2,4, надмірно сильна пологова діяльність – в 1,5 раза, частота оперативного розродження – у 2,4 раза, що достовірно перевищувало показники контрольної групи (p<0,05).

3. Найбільша мертвонароджуваність і смертність новонароджених пов'язана із термінами менше 34 тижні, потрібна ефективна система попередження та безпечної пролонгації дуже ранніх предчасних пологів та методів їх прогнозування.

4. У разі ПДРПО в терміни до 32−33 тижнів вагітності потрібно максимально забезпечити пролонгацію вагітності для збільшення життєздатності новонародженого. Пролонгація вагітності у ці терміни має бути підтверджена відсутністю загрозливих ознак септичних ускладнень матері й плода.

5. Залежно від терміну вагітності, супутньої патології, акушерської ситуації, акушерсько-гінекологічного анамнезу обирають індивідуальну тактику ведення недоношеної вагітності на тлі ПДРПО.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Acute chorioamnionitis and funisitis: definition, pathologic features, and clinical significance / C. J. Kim, R. Romero, P. Chaemsaithong [et al.] // Am J Obstet Gynecol. – 2015. – No. 213 (4). – P. 29 − 52.

2. The effect of quercetin on oxidative stress markers and mitochondrial permeability transition in the heart of rats with type 2 diabetes / N. I. Gorbenko, O. Yu. Borikov, O. V. Ivanova [et al.] // Ukr. Biochem. J. − 2019. – No. 91 (5). – P. 46 – 54.

3. Cellular and biochemical mechanisms, risk factors and management of preterm birth: state of the art / S. G. Vitale, I. Marilli, A. M. Rapisarda [et al.] // Minerva Ginecol. – 2014. – No. 66(6). – P. 589–595.

4. Areia A. L. The role of innate immunity in spontaneous preterm labor: A systematic review / A. L. Areia, P. Moura, A. Mota-Pinto // J. Reprod. Immunol. – 2019. – No. 136. – P. 102−616.

5. Amniotic fluid volume at presentation with early preterm prelabor rupture of membranes and association with severe neonatal respiratory morbidity / E. Weiner, J. Barrett, A. Zaltz [et al.] // Ultrasound Obstet Gynecol. – 2019. – No. 54 (6). – 767−773.

6. Effect of different antibiotic use strategies on infection in neonates with premature rupture of membranes and high-risk factors for neonatal infection / X. G. He, F. D. Xu, J. F. Li [et al.] // Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi. – 2020. – No. 22(4). – P. 310−315.

7. Ehsanipoor R. Prelabor Rupture of Membranes. ACOG Practice Bulletin, Number 217 Practice Guideline / R. Ehsanipoor, C. M. Pettker // Obstet Gynecol. – 2020. – No. 135 (3). – P. 80–97.

8. Evidence that intra-amniotic infections are often the result of an ascending invasion a molecular microbiological study / R. Romero, N. Gomez-Lopez, A. D. Winters [et al.] // J Perinat Med. – 2019. – No. 47 (9). – P. 915–931.

9. Establishment of vaginal microbiota composition in early pregnancy and itsassociation with subsequent preterm prelabor rupture of the fetal membranes / R. G. Brown, M. Al-Memar, J. R. Marchesi [et al.] // Transl. Res. – 2019. – Vol. 207. – P. 30–43.

10. Systemic and Local Inflammatory Response in Women with Preterm Prelabor Rupture of Membranes / T. Cobo, B. Jacobsson, M. Kacerovsky [et al.] // PLoS One. – 2017. – Vol. 12, No. 10. – P. 95−905.

11. Late preterms: are they all the same? / M. R. G. Carrapato, T. Pereira, C. Silva [et al.] // J Matern Fetal Neonatal Med. – 2018. – No. 29. – P. 1–6.

12. Sim W. H. Maternal and neonatal outcomes following expectant management of preterm prelabor rupture of membranes before viability / W. H. Sim, P. Sheehan // J Matern Fetal Neonatal Med. – 2020. – P. 33 (4). – P. 533–541.

REFERENCES

1. Kim, C. J., Romero, R., Chaemsaithong, P., Chaiyasit, N., Yoon, B. H., Kim, Y. M., & Kim, J. S. (2015). Acute chorioamnionitis and funisitis: Definition, pathologic features, and clinical significance. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 213*(4 Suppl.), S29–S52. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.08.040

2. Gorbenko, N. I., Borikov, O. Y., & Ivanova, O. V. (2019). The effect of quercetin on oxidative stress markers and mitochondrial permeability transition in the heart of rats with type 2 diabetes. *Ukrainian Biochemical Journal, 91*(5), 46–54.

3. Vitale, S. G., Marilli, I., Rapisarda, A. M. C., Iapichino, V., Stancanelli, F., Cianci, A., & D'Anna, R. (2014). Cellular and biochemical mechanisms, risk factors and management of preterm birth: State of the art. *Minerva Ginecologica, 66*(6), 589–595.

4. Areia, A. L., Moura, P., Mota-Pinto, A., & Amaral, C. (2019). The role of innate immunity in spontaneous preterm labor: A systematic review. *Journal of Reproductive Immunology, 136*, 102616. https://doi.org/10.1016/j.jri.2019.102616

5. Weiner, E., Barrett, J., Zaltz, A., Kibel, M., Mazaki-Tovi, S., & Srebnik, N. (2019). Amniotic fluid volume at presentation with early preterm prelabor rupture of membranes and association with severe neonatal respiratory morbidity. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology, 54*(6), 767–773. https://doi.org/10.1002/uog.20257

6. He, X. G., Xu, F. D., Li, J. F., Wang, L., & Li, Y. (2020). Effect of different antibiotic use strategies on infection in neonates with premature rupture of membranes and high-risk factors for neonatal infection. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi (Chinese Journal of Contemporary Pediatrics), 22*(4), 310–315. https://doi.org/10.7499/j.issn.1008-8830.1910170

7. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Prelabor rupture of membranes. *Obstetrics & Gynecology, 135*(3), e80–e97. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003700

8. Romero, R., Gomez-Lopez, N., Winters, A. D., Jung, E., Shaman, M., Bieda, J., Panaitescu, B., Pacora, P., Erez, O., Greenberg, J. M., & Hsu, C. D. (2019). Evidence that intra-amniotic infections are often the result of an ascending invasion: A molecular microbiological study. *Journal of Perinatal Medicine, 47*(9), 915–931. https://doi.org/10.1515/jpm-2019-0297

9. Brown, R. G., Al-Memar, M., Marchesi, J. R., Lee, Y. S., Smith, A., Chan, D., Lewis, H., Kindinger, L. M., & Bennett, P. R. (2019). Establishment of vaginal microbiota composition in early pregnancy and its association with subsequent preterm prelabor rupture of the fetal membranes. *Translational Research, 207*, 30–43. https://doi.org/10.1016/j.trsl.2018.12.005

10. Cobo, T., Jacobsson, B., Kacerovsky, M., Hougaard, D. M., Skogstrand, K., Gratacós, E., & Palacio, M. (2017). Systemic and local inflammatory response in women with preterm prelabor rupture of membranes. *PLoS ONE, 12*(1), e0171836. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171836

11. Carrapato, M. R. G., Pereira, T., & Silva, M. (2018). Late preterms: Are they all the same? *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 32*(20), 3383–3388. https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1527897

12. Sim, W. H., & Sheehan, P. M. (2020). Maternal and neonatal outcomes following expectant management of preterm prelabor rupture of membranes before viability. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 33*(4), 533–541. https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1495706.

Отримано 15.08.2024
Прийнято до друку 12.09.2024
Електронна адреса для листування: i.nikitina@med.sumdu.edu.ua