

УДК 618.39-084

А.А. Живецька-Денисова,  
І.І. Воробйова, В.Б. Ткаченко

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства  
і гінекології НАМН України»  
(Україна, м. Київ)

## ПЕРЕДЧАСНІ ПОЛОГИ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ЩОДО ЇХ ПОПЕРЕДЖЕННЯ

**Ключові слова:** передчасні пологи,  
патогенетична терапія, стан  
новонароджених.

**Резюме.** Проведена порівняльна оцінка ефективності двох методик лікування загрози переривання вагітності – традиційної та рекомендованої, визначені перспективи для новонароджених.

### АКТУАЛЬНІСТЬ

Проблема невиношування вагітності звертає на себе увагу акушерів-гінекологів як така, що далека від свого вирішення. Відповідно до рекомендацій ВООЗ, з 2007 року Україна перейшла на нові критерії реєстрації перинатального періоду. Відтоді, передчасними рахуються пологи з 22 до 37 тижнів вагітності. Частота передчасних пологів в Україні з урахуванням нових критеріїв складає від 12% до 46% [1]. Підходи до лікування загрози переривання вагітності продовжують залишатись дискусійними, що пов'язано з недостатністю наших знань етіології та патогенезу передчасного переривання вагітності. Тому, для попередження ранніх та пізніх передчасних пологів, покращення життєздатності немовлят необхідною є розробка саме патогенетичної терапії загрози переривання вагітності.

### МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Провести порівняльну оцінку ефективності двох методик лікування загрози переривання вагітності – традиційної та рекомендованої, з визначенням перспектив для новонароджених дітей.

### МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ

Під наглядом з приводу загрози переривання вагітності перебували 864 жінки з факторами підвищеного ризику виникнення передчасних пологів. Вагітні були розподілені на групи: 1-а група – 579 жінок, які отримали лише традиційну (гормональну та симптоматичну) терапію загрози переривання вагітності; 2-а група – 285 вагітних, які отримували рекомендовану терапію загрози переривання вагітності з урахуванням патогенезу невиношування.

До складу рекомендованої терапії входили: 1) гормональна терапія. Гестагени призначали з ранніх термінів і впродовж вагітності. Дозу та тривалість лікування визначали індивідуально. При високих показниках пролактину в сироватці крові, в період 12-36 тижнів вагітності до лікування додавали парлодел. Підвищення рівня тестостерону в сироватці крові або екскреції 17-кетостероїдів із сечею вимагало призначення дексаметазону з 9 до 32 тижнів вагітності [2];

2) використання донатора оксиду азоту (NO) тівортіна в поєднанні з енергопротектором цитофлавіном в комплексній терапії невиношування вагітності проводили для нормалізації судинного тону, зниження контрактильної активності міометрія, профілактики плацентарної недостатності та дистресу плода. Лікування починали з 12 тижнів вагітності; проводили декількома курсами [3,4];

3) енергетична терапія. «Простамед» призначали з першими проявами загрози переривання вагітності. Тривалість терапії визначали індивідуально;

4) лікування істмико-цервікальної недостатності шляхом накладання циркулярного шву на шийку матки в 12-13 тижнів вагітності після попередньої санації піхви. Обов'язково накладали шов на шийку матки вагітним з двійнями після екстракорпорального запліднення (ЕКЗ);

5) лікування інфекційного чинника, який сприяє виникненню загрози переривання вагітності, розвитку плацентарної дисфункції та дистресу плода (в залежності від збудника, після 12 тижнів вагітності призначали антибіотики або імуноглобуліни в поєднанні з гепатопротекторами, пробіотиками та вітамінами. При необхідності проводили 3 курси лікування за період вагітності. Обов'язково проводили санацію піхви);

6) судинна та антигіпоксична терапія для лікування антифосфоліпідного синдрому, плацентарної дисфункції та дистресу плода;

7) токолітична та симптоматична терапія;

8) психотерапія. Жінки із звичним невиношуванням, народженням мертвої дитини, непліддям в анамнезі потребують психотерапевтичної допомоги. Зняття стресу в зв'язку з перенесеними стражданнями в минулому, зняття страху відносно перспектив виношування вагітності, позитивний настрій на успішне завершення існуючої вагітності, підготовка до пологів – головні завдання роботи психологів з жінками.

Шляхом клініко-статистичного аналізу проведена порівняльна оцінка ефективності двох методик лікування загрози переривання вагітності

на підставі дослідження частоти та особливостей перебігу передчасних пологів, стану новонароджених. При розрахунках використаний кутовий критерій перетворення Фішера ( $\phi$ ). Вірогідності ( $P$ ) вважали достовірною, якщо  $P$  було менш за 0,05.

#### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За даними гінекологічного, акушерського і соматичного анамнезу усі обстежені жінки мали фактори підвищеного ризику виникнення передчасних пологів. Гінекологічний анамнез був обтяженим у 69,9% жінок. Встановлено, що у 36,9% жінок мав місце розлад менструального циклу. Крім того, гінекологічні недуги, які також свідчили про наявність гормональної дисфункції (синдром полікістозних яєчників, лейоміома матки, ендометріоз, кіста яєчника та інше) зареєстровані у 15,7% жінок. Гіперпролактинемія була у 8,2% обстежених, гіперандрогенія – у 3,8%. В анамнезі у них – від 2 до 11 вагітностей: медичні аборти – у 30,4% жінок, самовільні аборти – у 65,4%, припинення розвитку ембріона – у 24,8%, передчасні пологи – у 7,3% жінок. Найчастіше, до вагітності вони страждали хронічними запальними захворюваннями матки та додатків – в 54,2% випадків. Непліддя було у 16,4% жінок. У 5,6% жінок вагітність настала завдяки екстракорпоральному заплідненню (ЕКЗ).

Вірусоносійми є 90% обстежених. У 45,8% жінок TORCH-інфекції поєднані з урогенітальними інфекціями. У 53,2% обстежених жінок бактеріальна флора знаходилась в асоціаціях з двома-трьома видами бактерій. В бактеріальному спектрі патогенної мікрофлори виявлено: золотистий стафілокок – в 16,1% досліджень, стрептокок гемолітичний – у 20,2% жінок, кишкова паличка – у 39,5% жінок. Серед умовно-патогенних бактерій переважали епідермальний стафілокок, ентеробактер, протей, гарднерела, корінебактерії. Висока частота кандидоза піхви у жінок (33,1%) свідчить про пригнічення системного та місцевого імунітету.

Ускладнення попередніх вагітностей могли створити умови для тривалої персистенції латентної інфекції в порожнині матки та цервікальному каналі з наступним інфікуванням плодового яйця, а наявність гормональних порушень до вагітності в системі гіпоталамус-гіпофіз-яєчники могла стати пусковим моментом в розвитку загрози невиношування, починаючи з 1-го триместру.

Жінкам 2-ї групи проводили прегравідарну підготовку, яка включала обстеження подружньої пари, виявлення та корекцію факторів ризику невиношування вагітності, роботу з психологами. З настанням вагітності жінки 2-ї групи знаходились під постійним наглядом лікаря акушера-гінеколога. Перша госпіталізація в акушерський стаціонар для обстеження, розробки тактики ведення вагітної та призначення лікування відбувалась відразу, з перших тижнів вагітності. Обов'язковою була госпіталізація в стаціонар в 20-24 тижні вагітності – так званий «критичний термін» розвитку дуже ранніх передчасних пологів. З 28 до 36 тижнів вагітні знаходились під спостереженням в стаціонарі практично постійно (особливо жінки з багатоплідною вагітністю, що настала шляхом ЕКЗ), у зв'язку з ризиком розвитку пізніх передчасних пологів.

Найбільш значущими ( $P < 0,05$ ) ускладненнями вагітності у обстежених жінок, окрім загрози переривання, були: анемія – у 262 (45,3%) вагітних 1-ї групи і у 57 (20,0%) – 2-ї групи (25,3%); плацентарна недостатність – у 211 (36,4%) вагітних 1-ї групи і у 70 (24,5%) – 2-ї групи (11,9%), дистрес плода – у 103 (17,8%) вагітних 1-ї групи і у 38 (13,3%) – 2-ї групи (4,5%). Слід зауважити, що 100% ранніх передчасних пологів і 56,4% пізніх передчасних пологів розвинулись на тлі виразної плацентарної недостатності. Істмико-цервікальна недостатність мала місце у 83 (14,3%) вагітних 1-ї групи і у 35 (12,3%) – 2-ї групи. Для збереження вагітності жінкам був накладений циркулярний шов на шийку матки. Додатково, шов на шийку матки накладався жінкам 2-ї групи без істмико-цервікальної недостатності, але вагітним на двійню після ЕКЗ. Жінкам 2-ї групи прегравідарно та, починаючи з 12 тижнів вагітності, проводили санацію вогнищ інфекції, тому прояви її в подальшому перебігу вагітності були менш виразними.

Структура передчасних пологів в залежності від терміна вагітності та отриманої терапії надана в табл. 1.

Згідно табл. 1, строкові пологи відбулись у 278 (97,5%) жінок 2-ї групи, що на (+5,5%) більше, ніж у жінок 1-ї групи. Завдяки призначенню комплексної зберігаючої терапії у жінок 2-ї групи, вдалось повністю позбутися ранніх передчасних пологів; значно знизити кількість пізніх передчасних пологів (-4,3%) ( $P < 0,05$ ).

Таблиця 1

#### Структура передчасних пологів в залежності від терміна вагітності та отриманої терапії (абс. ч., %)

| Групи вагітних | n   | Термін вагітності (тижн.) |           |           |              |
|----------------|-----|---------------------------|-----------|-----------|--------------|
|                |     | 22-27                     | 28-33     | 34-36     | 37-40        |
| 1-а            | 579 | 7 (1,2%)                  | 12 (2,1%) | 27 (4,7%) | 533 (92,0%)  |
| 2-а            | 285 | -                         | 3 (1,1%)  | 4 (1,4%)* | 278 (97,5%)* |
| Різниця        |     |                           | (-1,0%)   | (-3,3%)   | (+5,5%)      |

Примітка: \* –  $P < 0,05$  – вірогідність різниці відносно показників 1-ї групи

На час виникнення передчасних пологів 100% жінок 2-ї групи і лише 39,1% жінок 1-ї групи знаходились на стаціонарному лікуванні. Більшість жінок 2-ї групи (84,2% проти 20,7% жінок 1-ї групи), у яких відбулись строкові пологи, також госпіталізовані в стаціонар задалегідь, планово (приблизно за 10 днів до дати пологів). Їм проведені обстеження, підготовка до пологів (включаючи фізичну і психопрофілактичну підготовку), що в подальшому покращило перебіг пологів і стан їх новонароджених. 60,9% роділля 1-ї групи були госпіталізовані з дому з початком пологової діяльності або відходженням навколоплідних вод. Можливо, під час перебування вдома, пацієнтки 1-ї групи випали з під постійного динамічного спостереження лікаря, порушили статевий спокій; можливо не приймали традиційного лікування, націленого на збереження вагітності або воно було відмінено. Все це вірогідно сприяло розвитку у них передчасних пологів.

Несвоєчасний розрив плодових оболонок найчастіше супроводжував початок передчасних пологів: в 56,5% випадків – у роділля 1-ї групи і в 57,1% випадків – у роділля 2-ї групи. Під час передчасних пологів загроза або дистрес плода мали місце у 33,3% жінок 1-ї групи і у 28,7% жінок 2-ї групи (4,6%) ( $P < 0,05$ ).

Багатоплідна вагітність двійнею настала завдяки ЕКЗ у 35 (6,0%) обстежених 1-ї групи та у 12 (4,2%) – 2-ї групи і була причиною передчасних пологів, відповідно, у 9 (1,6%) жінок 1-ї групи та у 2 (0,7%) – 2-ї групи. Редукція зайвих ембріонів після ЕКЗ є додатковим фактором інфікування.

Тому, антибактеріальна терапія в поєднанні з обов'язковим накладанням шва на шийку матки при багатоплідності у жінок 2-ї групи дали позитивний результат в вигляді зниження частоти дострокового завершення вагітності.

Шляхом операції кесарева розтину при передчасних пологах розроджено 43,5% жінок 1-ї групи та 28,6% жінок 2-ї групи. Показанням до операції при передчасних пологах були: термін вагітності 28-33 тижні (тендітне розродження дає більше шансів новонародженим на виживання), рубець на матці внаслідок попередніх операцій кесарева розтину, тяжкий хронічний або гострий дистрес плода, багатоплідна вагітність, ЕКЗ, сідничне передлежання, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, випадіння петель пуповини.

Живими народились 608 дітей в 1-й групі та 297 – у 2-й групі. Мертвонародженими були 6 (55,5%) дітей 1-ї групи, переважно від ранніх передчасних пологів.

Якісні показники стану новонароджених в ранньому неонатальному періоді у обстежених жінок надані в табл. 2. Найчастіше, в результаті передчасних пологів діти народжувались в стані асфіксії тяжкого та помірного ступеня, з гіпоксично-ішемічним ураженням центральної нервової системи (переважно мав місце синдром пригнічення) та респіраторним дистрес синдромом 1 типу (табл. 2). В порівнянні з традиційною, застосування рекомендованої терапії загрози переривання вагітності не тільки знижувало кількість ускладнень перебігу вагітності, а також сприяло її пролонгації до термінів, при яких життєздатність новонароджених була значно вищою. Надані в табл. 2 дані свідчать про те, що діти від жінок 2-ї групи, у яких трапились пізні передчасні пологи, народились в значно кращому стані в порівнянні з недоношеними новонародженими від жінок 1-ї групи.

А саме: достовірно знизилась частота асфіксії тяжкого і середнього ступеня, гіпоксично-ішемічного ураження центральної нервової системи, респіраторного дистрес синдрому 1 типу, внутрішньошлуночкового крововиливу та субепідемального крововиливу ( $P < 0,05$ ).

Таблиця 2

## Якісні показники стану новонароджених у обстежених жінок (абс. ч., %)

| Показники стану новонароджених             | Групи жінок  |              | Різниця |
|--|--------------|--------------|---------|
|  | 1-а<br>n-608 | 2-а<br>n-297 |         |
| Асфіксія тяжкого ступеня                   | 21 (3,5%)    | 4 (1,3%)*    | (-2,2%) |
| Асфіксія помірного ступеня                 | 23 (3,8%)    | 5 (1,7%)*    | (-2,1%) |
| Гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС           | 38 (6,3%)    | 9 (3,0%)*    | (-3,3%) |
| Синдром пригнічення                        | 33 (5,4%)    | 9 (3,0%)*    | (-2,4%) |
| Синдром збудження                          | 5 (0,8%)     |              | (-0,8%) |
| Пневмонія вроджена, ателектази легень      | 17 (2,8%)    | 7 (2,4%)     | (-0,4%) |
| Внутрішньошлуночковий крововилив 1 ступеня | 7 (1,2%)     | 1 (0,3%)*    | (-0,9%) |
| ВШК 2 ступеня                              | 2 (0,3%)     | 1 (0,3%)     | =       |
| ВШК 3 ступеня                              | 7 (1,2%)     | 1 (0,3%)*    | (-0,9%) |
| Субепідемальний крововилив                 | 13 (2,1%)    | 1 (0,3%)*    | (-1,8%) |
| Респіраторний дистрес синдром, тип 1       | 18 (3,0%)    | 3 (1,0%)*    | (-2,0%) |
| ЗВУР                                       | 6 (1,0%)     | 1 (0,3%)     | (-0,7%) |

Примітка: \* –  $P < 0,05$  – вірогідність різниці відносно показників 1-ї групи

У неонатальному періоді померли 4 (44,4%) дитини, які були народжені від ранніх передчасних пологів та 10 (21,7%) дітей від пізніх передчасних пологів у жінок 1-ї групи і 1 (11,1%) недоношена дитина у жінки 2-ї групи. Перинатальна смертність при ранніх передчасних пологах склала, таким чином, 1000,0% (тобто, ні одна дитина не вижила); при пізніх передчасних пологах у жінок 1-ї групи – 23,9% та у жінок 2-ї групи – 3,4% відповідно.

Термін вагітності при передчасних пологах визначає перспективи для недоношеного плода. Аналіз втрат вагітності в терміні 22-27 тижнів вказує на основні причини переривання вагітності, якими є: істмико-цервікальна недостатність, інфікування, несвоєчасний вилів навколоплідних вод, фето-фетальний синдром, багатоплідна вагітність за ЕКЗ. У 55,5% випадків діти народились мертвими, у 44,4% – померли в неонатальному періоді. Цей термін вагітності є безперспективним для виживання немовлят. Виходжувати недоношене немовля, народжене від 22 до 27 тижнів вагітності – складна проблема, що потребує значних матеріальних витрат та професійної майстерності лікарів. Більш перспективними є діти, народжені при пізніх передчасних пологах. Зі зростанням терміну вагітності при передчасних пологах зростає шанс на повноцінне життя у новонароджених. Оптимізму додає той факт, що впровадження рекомендованої терапії невиношування вагітності ліквідувало ранні передчасні пологи, зменшило кількість пізніх передчасних пологів; більша кількість вагітностей завершилась строковими пологами.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Каминский В. В. Токолитическая терапия: новые возможности / В. В. Каминский, С. И. Жук // Жіночий лікар. – 2008. – № 6. – С. 3.
2. Воробьева И. И. Невынашивание: роль гормональных факторов / И. И. Воробьева // Актуальные вопросы невынашивания беременности и выхаживания недоношенных новорожденных. – К., 2005. – С. 18-25.
3. Воробйова І. І. Стан системи L-аргінін-оксид азоту та її роль у патогенезі невиношування вагітності / І. І. Воробйова, С. П. Писарева, Н. В. Рудакова // Вісник наукових досліджень. – 2006. – № 2. – С. 53-55.
4. Воробйова І. І. Нові підходи до лікування загрози переривання вагітності / І. І. Воробйова, А. А. Живецька-Денисова, С. П. Писарева // Таврический медико-биологический вестник. – 2011. – Т. 14., № 3. – С. 60-63.

#### ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИХ ПРОФИЛАКТИКЕ

*А. А. Живецкая-Денисова, И. И. Воробьева, В. В. Ткаченко*

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии  
НАМН Украины»  
(Украина, г. Киев)

**Резюме.** Проведена сравнительная оценка эффективности двух методик лечения угрозы прерывания беременности – традиционной и рекомендованной, определены перспективы для новорождённых.

**Ключевые слова:** преждевременные роды, патогенетическая терапия, состояние новорождённых.

#### Висновки

Передчасні пологи – це загроза як для вагітної, так і для майбутнього дитини. Профілактику невиношування треба розпочинати прегравідарно, що може бути резервом зниження показників основних акушерських втрат.

1. Групу ризику розвитку ранніх та пізніх передчасних пологів складають:
2. жінки з обтяженим акушерським анамнезом (звичне невиношування, завмерли вагітності, мертвонароджування, аномалії розвитку плоду);
  - жінки з багатоплідною вагітністю; вагітні після ЕКЗ;
  - жінки, які до вагітності страждали на запальні хвороби статевих органів з частими загостреннями та неефективним лікуванням; носії TORCH-інфекцій;
  - жінки з патологічним перебігом нинішньої вагітності;
  - жінки, які по роботі контактують з великою кількістю людей і, таким чином, можуть потрапити під негативний епідеміологічний вплив;
  - вагітні, які не перебувають у законному шлюбі;
  - жінки, які до вагітності мали невизначену кількість статевих партнерів.
3. В період гестації лікування жінок групи ризику має проводитись з урахуванням усіх ланок патогенезу невиношування вагітності. Термін вагітності при передчасних пологах визначає перспективи для повноцінності та життєздатності немовлят.
4. Розроблена терапія загрози переривання вагітності є ефективною і рекомендована до впровадження всім рододопоміжним закладам країни.

#### PRETERM BIRTH: MODERN APPROACHES TO THEIR PREVENTION

*A. A. Zhywieckaja-Denisova, I. I. Vorobiev, V. V. Tkachenko*

«Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology  
of Academy of Medical Sciences of Ukraine»  
(Ukraine, Kiev)

**Summary.** A comparative evaluation of the effectiveness of two treatments for threatened abortion – and recommended a traditional, defined prospects for newborns.

**Key words:** preterm birth, pathogenetic therapy, the condition of newborn infants.

**Рецензент:** Професор кафедри акушерства і гінекології факультету післядипломної освіти Буковинського державного медичного університету д.мед. н. Каліновська І. В.