



НЕОНАТОЛОГІЯ, ХІРУРГІЯ ТА ПЕРИНАТАЛЬНА МЕДИЦИНА

Щоквартальний медичний науково-практичний журнал Видається з 2011 р. Свідоцтво про державну реєстрацію Серія KB №18106-6906 від 2.09.2011 р.

Засновники: Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет»
Всеукраїнська громадська організація «Асоціація неонатологів України»

Рішенням Атестаційної колегії Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України №893 від 04.07.2013 р. видання внесено до Переліку наукових фахових видань України, рекомендованих для публікації результатів дисертаційних робіт.

Журнал включений у каталоги та наукометричні бази: "Українські наукові журнали", Національна бібліотека імені В.І.Вернадського, "Международная редакция", Українська науково-освітня телекомунікаційна мережа "УРАН", Open Journal Systems (OJS), Google Scholar, WorldCat, eLIBRARY, Science library index, Directory of Research Journals Indexing, SmartPress, VuzLib

НЕОНАТОЛОГІЯ, ХІРУРГІЯ И ПЕРИНАТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА медицинский научно-практический журнал NEONATOLOGY, SURGERY AND PERINATAL MEDICINE medical scientific journal

Key title: Neonatologîâ, hîrurgîâ ta perinatal'na medicina (Online)
Abbreviated key title: Neonatol. hîr. perinat. med. (Online)

ГОЛОВНІ РЕДАКТОРИ:

Знаменська Тетяна Костянтинівна – д.м.н., професор, заступник директора з перинатальної медицини ДУ "Інститут педатрії, акушерства та гінекології НАМН України", завідувач відділення неонатології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», Президент Всеукраїнської громадської організації «Асоціація неонатологів України», заслужений лікар України
Бойчук Тарас Миколайович – д.м.н., професор, ректор Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет»

Заступники головного редактора:

Іващук О.І. – д.м.н., професор, проректор з наукової роботи та міжнародних відносин Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет»
Годованець Ю.Д. – д.м.н., професор кафедри педіатрії, неонатології та перинатальної медицини Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет»

Наукові консультанти:

Антипкін Ю.Г. – академік НАМН України, д.м.н., професор, директор ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України»
Резніков О.Г. – член-кореспондент НАН, академік НАМН України, д.м.н., професор, завідувач відділом ендокринології репродукції і адаптації ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»
Гречаніна О.Я. – член-кореспондент НАМН України, д.м.н., професор, директор Українського інституту клінічної генетики ВДНЗ «Харківський державний медичний університет МОЗ України»
Дронова В.Л. – д.м.н., перший заступник директора з науково-організаційної роботи ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України»
Шуцько Є.Є. – д.м.н., професор, завідувач кафедри неонатології НМАПО ім. П.Л. Шупика, головний позаштатний неонатолог МОЗ України
Горбатюк О.М. – д.м.н., професор кафедри дитячої хірургії НМАПО ім. П.Л. Шупика
Задорожна Т.Д. – д.м.н., професор, завідувач лабораторії патоморфології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України»

Наукові редактори розділів журналу:

неонатологія – **Клименко Т.М.**, д.м.н., професор
неонатальна хірургія – **Лосев О.О.**, д.м.н., професор
акушерство та гінекологія – **Юзько О.М.**, д.м.н., професор
пренатальна діагностика – **Лук'янова І.С.**, д.м.н., професор
педіатрія – **Нечитайло Ю.М.**, д.м.н., професор
медична генетика – **Горовенко Н.Г.**, член-кореспондент НАМН України, д.м.н., професор
клінічна фармакологія, патофізіологія – **Ципкун А.Г.**, д.м.н., професор
патоморфологія – **Давиденко І.С.**, д.м.н., професор
етика, деонтологія, перинатальна психологія – **Чебан В.І.**, д.м.н., професор

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

НЕОНАТОЛОГІЯ:

Амбалаванан Н. (м. Бірмінгем, США)
Батман Ю.А. (м. Київ, Україна)
Дессі А. (м. Кальярі, Італія)
Добрянський Д.О. (м. Львів, Україна)
Кирилова Л.Г. (м. Київ, Україна)
Коржинський Ю.С. (м. Львів, Україна)
Куріліна Т.В. (м. Київ, Україна)
Куртяну А.М. (м. Кишинев, Республіка Молдова)
Мавропуло Т.К. (м. Дніпропетровськ, Україна)
Мазманян П.А. (м. Єреван, Вірменія)
Павлишин Г.А. (м. Тернопіль, Україна)
Полін Р. (м. Нью-Йорк, США)
Похилько В.І. (м. Полтава, Україна)
Рейтерер Ф. (м. Грац, Австрія)
Терещенко А.В. (м. Київ, Україна)
Яблонь О.С. (м. Вінниця, Україна)
Ященко Ю.Б. (м. Київ, Україна)

НЕОНАТАЛЬНА ХІРУРГІЯ:

Боднар Б.М. (м. Чернівці, Україна)
Боднар О.Б. (м. Чернівці, Україна)
Гулів Ч.Б. (м. Баку, Азербайджан)
Давиденко В.Б. (м. Харків, Україна)
Каравасва С.О. (м. Санкт-Петербург, Росія)
Кривченя Д.Ю. (м. Київ, Україна)
Левницька С.А. (м. Чернівці, Україна)
Лосев О.О. (м. Одеса, Україна)
Македонський І.О. (м. Дніпропетровськ, Україна)
Немілова Т.К. (м. Санкт-Петербург, Росія)
Фофанов О.Д. (м. Івано-Франківськ, Україна)

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ:

Андрієць О.А. (м. Чернівці, Україна)
Абрамян Р.А. (м. Єреван, Вірменія)
Авраменко Т.В. (м. Київ, Україна)
Багірова Х.Ф. (м. Баку, Азербайджан)
Венцківський Б.М. (м. Київ, Україна)
Воробйова І.І. (м. Київ, Україна)
Бойчук А.В. (м. Тернопіль, Україна)
Паращук Ю.С. (м. Харків, Україна)
Гнатко О.П. (м. Київ, Україна)
Грищенко О.В. (м. Харків, Україна)
Громова А.М. (м. Полтава, Україна)
Дубосарська З.М. (м. Дніпропетровськ, Україна)
Жук С.І. (м. Київ, Україна)
Маркін Л.Б. (м. Львів, Україна)
Назаренко Л.Г. (м. Харків, Україна)
Окоєв Г.Г. (м. Єреван, Вірменія)
Папіташвілі О.М. (м. Тбілісі, Грузія)
Пирогова В.І. (м. Львів, Україна)
Потапов В.О. (м. Дніпропетровськ, Україна)
Резніченко Г.І. (м. Запоріжжя, Україна)
Сімрок В.В. (м. Луганськ, Україна)
Тихошенко І.В. (м. Мінськ, Білорусь)
Хомасурідзе А.Г. (м. Тбілісі, Грузія)
Чайка В.К. (м. Донецьк, Україна)

ПЕДІАТРІЯ:

Аряєв М.Л. (м. Одеса, Україна)
Гончарь М.О. (м. Харків, Україна)
Денисова М.Ф. (м. Київ, Україна)
Котова Н.В. (м. Одеса, Україна)

Квашніна Л.В. (м. Київ, Україна)
Кривопустов С.П. (м. Київ, Україна)
Крючко Т.О. (м. Полтава, Україна)
Поліщук М.І. (м. Чернівці, Україна)
Сенаторова Г.С. (м. Харків, Україна)
Сміян І.С. (м. Тернопіль, Україна)
Сокольник С.В. (м. Чернівці, Україна)
Сорокман Т.В. (м. Чернівці, Україна)
Шадрін О.Г. (м. Київ, Україна)

МЕДИЧНА ГЕНЕТИКА:

Арбузова С.Б. (м. Донецьк, Україна)
Веропотвелян М.П. (м. Кривий Ріг, Україна)
Галаган В.Д. (м. Київ, Україна)
Гнатейко О.З. (м. Львів, Україна)
Ластівка І.В. (м. Чернівці, Україна)
Тимченко О.І. (м. Київ, Україна)

КЛІНІЧНА ФАРМАКОЛОГІЯ, ПАТОФІЗІОЛОГІЯ

Геліашвілі Т.Є. (м. Тбілісі, Грузія)
Геруш І.В. (м. Чернівці, Україна)
Гоженко А.І. (м. Одеса, Україна)
Заморський І.І. (м. Чернівці, Україна)
Мислицький В.Ф. (м. Чернівці, Україна)
Роговий Ю.Є. (м. Чернівці, Україна)
Ткачук С.С. (м. Чернівці, Україна)
Ходоровський Г.І. (м. Чернівці, Україна)
ПАТОМОРФОЛОГІЯ
Макар Б.Г. (м. Чернівці, Україна)
Марковський В.Д. (м. Харків, Україна)
Ситнікова В.О. (м. Одеса, Україна)

РЕДАКЦІЙНА РАДА

НЕОНАТОЛОГІЯ:

Воробйова О.В. (м. Київ, Україна)
Жданович О.І. (м. Київ, Україна)
Ковальова О.М. (м. Полтава, Україна)
Лінчевський Г.Л. (м. Донецьк, Україна)
Ліхачова А.С. (м. Харків, Україна)
Писарев А.О. (м. Київ, Україна)
Ріга О.О. (м. Харків, Україна)
Редько І.І. (м. Запоріжжя, Україна)
Суліма О.Г. (м. Київ, Україна)
Тіщенко В.А. (м. Дніпропетровськ, Україна)
Чуйко М.М. (м. Львів, Україна)
Шевченко Л.І. (м. Київ, Україна)

НЕОНАТАЛЬНА ХІРУРГІЯ:

Боднар Б.М. (м. Чернівці, Україна)
Гончар В.В. (м. Київ, Україна)
Коноплицький В.С. (м. Вінниця, Україна)
Ксьонз І.В. (м. Полтава, Україна)
Притула В.П. (м. Київ, Україна)
Руденко С.О. (м. Київ, Україна)
Сокольник С.О. (м. Чернівці, Україна)
АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ:
Астахов В.М. (м. Донецьк, Україна)
Венцківська І.Б. (м. Київ, Україна)
Геряк С.М. (м. Тернопіль, Україна)
Каліновська І.В. (м. Чернівці, Україна)
Макарчук О.М. (м. Івано-Франківськ, Україна)
Тучкіна І.О. (м. Харків, Україна)
Щербина М.О. (м. Харків, Україна)

ПЕДІАТРІЯ:

Безкараваний Б.О. (м. Луганськ, Україна)
Починок Т.В. (м. Київ, Україна)
Траверсе Г.М. (м. Полтава, Україна)
**КЛІНІЧНА ФАРМАКОЛОГІЯ,
ПАТОФІЗІОЛОГІЯ**
Косуба Р.Б. (м. Чернівці, Україна)
Регада М.С. (м. Львів, Україна)
ПАТОМОРФОЛОГІЯ
Решетнікова О.С. (м. Луганськ, Україна)
Купріянова Л.С. (м. Харків, Україна)
Сорокіна І.В. (м. Харків, Україна)

*Рекомендовано Вченою радою Вищого державного навчального закладу України
«Буковинський державний медичний університет»
Протокол № 8 від 23 лютого 2017 року*

ВИДАВЦІ

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет»
Всеукраїнська громадська організація «Асоціація неонатологів України»

РЕДАКЦІЯ

Товариство з обмеженою відповідальністю «РА «Дольче Віта»,
директор Шейко Ірина Петрівна
Адреса: м. Київ, вул. Інститутська 24/7, оф. 11
код ЄДРПОУ 37905676

№ свідоцтва платника ПДВ 200007843, ПІН 379056726511

Контактний телефон: +38 (044) 3313822

e-mail: neonatology@mail.ru

Розрахунковий рахунок 26001060743841 в КГРУ ПАТ «КБ «Приват Банк», МФО 321842

Передплатний індекс: 89773.

Адреса для листування: 58002, Чернівці, площа Театральна, 2,
Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет»
д.м.н., професору Годованець Ю.Д.

Контактні телефони: +38(050)6189959

E-mail: godovanets.yul@yandex.ru

Повнотекстова версія журналу представлена на сайті: <http://www.bsmu.edu.ua/>; <http://www.neonatology.com.ua>

Усі статті рецензовані. Розмноження та копіювання опублікованих матеріалів допускається лише з письмового дозволу редакції.
Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець.

УДК: 618.396 – 037 - 084
DOI: 10.24061/2413-4260.VII.1.23.2017.11

ПРИЧИННІ ФАКТОРИ
ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ
(НОВИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ)

К.В. Дяк, О.М. Юзько

Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний
університет»
(Україна, м. Чернівці)

Резюме

Вступ. Сучасний підхід до проблеми спонтанних передчасних пологів базується на уточненні механізмів їх виникнення, а також на своєчасному послідовному проведенні профілактичних заходів. У даний час немає жодного тесту, який міг би точно прогнозувати передчасні пологи. Існуючі акушерські рекомендації вже призвели до зменшення перинатальної захворюваності й смертності, але необхідно продовжувати розробку науково-обґрунтованої стратегії для профілактики передчасних пологів.

Мета. Провести ретроспективний аналіз медичної документації у жінок, які мали передчасні пологи.

Матеріал і методи. Проведено ретроспективний аналіз 100 медичних карт у жінок, які мали передчасні пологи.

Результати дослідження. Досліджувана група жінок з передчасними пологами була розподілена на 4 групи згідно класифікації передчасних пологів. Факторами ризику передчасних пологів є: екстрагенітальна патологія (серцево-судинні та запальні захворювання сечовидільних шляхів), запальні захворювання жіночих статевих органів, паритет пологів, інтергенеративний проміжок між вагітностями, обтяжений акушерський анамнез (самовільні, медичні викидні та перинатальні втрати). Перебіг передчасних пологів залежить від терміну гестації, шляху пологорозрішення, адекватного знеболення та профілактики респіраторного дистрес синдрому у плода. Попередити передчасні пологи можна за наявності своєчасного їх прогнозування.

Висновки. Проведений нами аналіз визначив провідні медико-біологічні фактори ризику передчасних пологів. З метою вирішення зазначених проблем рекомендується: прегравідарна підготовка; планування вагітності; виявлення групи ризику по невиношуванню вагітності; індивідуальний підхід у виборі методу пологорозрішення.

Ключові слова: передчасні пологи; причини; профілактика.

Вступ

Передчасні пологи (ПП) в останні два десятиліття стабільно займають одне з провідних місць у структурі ускладненої вагітності. За рекомендацією ВООЗ у даний час передчасними вважають пологи після 22 тижнів вагітності при масі плода більше 500 гр. Частота цієї патології не має тенденції до зниження і коливається від 6 до 10 % [1]: 7,2 % – у Франції, 7,8 % – у Великобританії, 7,9 % – в Норвегії, 9-10 % – у Німеччині, 10 % – в Угорщині, 10,1 % – у США, в Україні частота передчасних пологів коливається від 3,5 до 4,7% в різних регіонах та має постійну тенденцію до збільшення. [2, 3, 6] Згідно з офіційними звітами, на базі МКПБ №2 м. Чернівці ця картина спостерігається і при нашому дослідженні за останні кілька років складає: у 2011 р. – 5,7%, у 2012 р. – 5,2%, у 2013 р. – у 4,7%, у 2014 р. – 4,7%, у 2015 р. – 4,6% відносно загального числа пологів. Складність вирішення проблеми ПП полягає у відсутності єдиної точки зору на причини даної патології, недосконалість сучасних методів їх прогнозування, лікування та своєчасної профілактики загрози переривання вагітності; неузгодженої тактики ведення і способів пологорозрішення при початку передчасних пологів. [3]

Мета дослідження

Провести ретроспективний аналіз медичної документації у жінок, які мали передчасні пологи.

Матеріал і методи дослідження

Проведено ретроспективний аналіз 100 медичних карт у жінок, які мали передчасні пологи.

Вивчено гінекологічний і соматичний анамнез матерів, перебіг вагітності і виникнення ускладнень, особливості пологорозрішення і перинатальні наслідки. Критеріями виключення з аналізу були: багатоплідна вагітність, вроджені аномалії плода (діагностовані по УЗД і при народженні), мертвородження.

Для проведення аналізу вказані випадки передчасних пологів були розділені на 4 групи, згідно класифікації передчасних пологів:

- 1-а група – з 22 до 28 тижнів (27 тижнів 6 днів) – новонародженні з екстремально низькою масою тіла (до 1000 г), прогноз яких вкрай несприятливий, високі показники перинатальної смертності і захворюваності – 5 (5,0%) пологів.
- 2-а група – 28-30 тижнів 6 днів – дуже низька маса тіла (до 1500 г), де пологи для плода більш сприятливі - 12 (12,0%) пологів.
- 3-я група – 31-33 тижні 6 днів – недоношеність середнього ступеня – 35 (35,0%) пологи.
- 4-а група – 34-36 тижнів 6 днів - 48 (48,0%) пологи.

Результати дослідження та їх обговорення

Вік жінок групи дослідження коливався від 16 до 46 років, а середній вік склав 31 рік.

У нашому дослідженні не була виявлена залежність впливу шкідливих виробничих факторів на перебіг вагітності та передчасне пологорозрішення. Слід відмітити, що в групах переважають жінки працюючі та здобувачі освіти: у 1-й – 2 (22,2%), 2-й – 4 (44,4%), 3-я – 16 (61,5%) і 4-а 18(51,4%) у відповідності до не працюючих. Часто зустрічаються професії службовців в сфері ме-

дицини, освіти і діловодства.

Проведений клініко-статистичний аналіз стану соматичного і репродуктивного здоров'я жінок показав, що в цілому групи біли зіставними по основним параметрам, за якими проводився аналіз. Частіше зустрічались захворювання нирок і серцево-судинна патологія, включаючи вегето-судинні дистонії, синусові тахікардії, аритмії, гіпертонічну хворобу та ін. Хронічний пієлонефрит однаково часто зустрічався в 1-й і 2-й групах (20,0% і 16,6%, відповідно) та в 3-й і 4-й групах (14,3% і 20,8%, відповідно). А серцево-судинна патологія частіше достовірно зустрічалась у 3-й і 4-й групах (25,7% і 31,3%, відповідно), у порівнянні з 1-ю і 2-ю групою (20,0% і 8,3%, відповідно). У більшості жінок вагітність протікала на фоні залізодофіцитної анемії різної ступені важкості – 40,0%, 50,0%, 57,1% і 37,5% випадків відповідно.

Характер менструальної функції у всіх досліджуваних жінок значних порушень не мав. Становлення менструальної функції відбувалося: у 13-14 років - у 65,0% жінок, у 12 років - у 17,0%, у 15-16 років - у 15,0%, старше 16 років - у 3,0%, середній вік настання менархе становив 14 років. У структурі гінекологічної захворюваності була велика доля хронічних запальних захворювань внутрішніх жіночих статевих органів, з яких в анамнезі запальні процеси матки і придатків, зустрічались однаково часто в 1-й і 2-й групах (20,0% і 16,7%) та 3-й і 4-й групах (14,3% і 14,6%), які також є несприятливими факторами для планування вагітності та є фактором високого ризику для невиношування вагітності. Звертає на себе увагу, що із гінекологічних захворювань з великою частотою зустрічались неспецифічні (кольпіти, вагініти, ерозії шийки матки), відповідно однаково в 1-й – 40,0%, у 2-й – 25,0%, у 3-й

– 37,1% і в 4-й групах – 29,2%, порівнюючи зі специфічними запальними захворюваннями жіночих статевих органів (урогенітальний трихомоніаз, хламідіоз, мікоплазмоз), які частіше зустрічались у 3-й – 8,6% і в 4-й групах – 4,2% і не спостерігались у 1-й та 2-й групах. У незначної кількості жінок групи дослідження в гінекологічному анамнезі були безпліддя, доброякісні пухлини внутрішніх статевих органів (міоми матки, кісти яєчників), аномалії розвитку внутрішніх статевих органів і поодинокі випадки венеричних захворювань (гонорея, СНІД).

Вивчаючи паритет пологів у групах дослідження, встановлено співвідношення першонароджуючих до повторнонароджуючих жінок: у 1-й групі, в 2-й та 3-й групі переважали першонароджуючі до повторнонароджуючі у співвідношенні 60,0% до 40,0%; 58,3% до 41,7% та 54,3% до 45,7%, відповідно, порівнюючи з 4-ю групою, де визначалося співвідношення першонароджуючих до повторнонароджуючих в однаковому процентному співвідношенні -50,0% до 50,0%. Інтергенеративний проміжок менше 1-го року визначався у всіх жінок, але найбільше процентне співвідношення визначалося в 1-й та 3-й групах (40,0% і 20,0%) і найменше - у 2-й і 4-й групах (8,3% і 12,5%). Таким чином, отримані дані дають нам право розглядати паритет пологів і інтергенеративний проміжок між вагітностями як фактор ризику передчасних пологів.

Обтяжений акушерський анамнез (медичні або самовільні викидні) та високий відсоток вишкрібав порожнини матки (2 і більше) мали всі групи жінок. Передчасні пологи в анамнезі були у жінок 1-ї, 3-ї та 4-ї групи, а перинатальні втрати внаслідок передчасних пологів в анамнезі частіше мали жінки 1-ї та 4-ї груп (табл.1).

Таблиця 1

Акушерський анамнез у жінок груп дослідження

Фактори\групи (n=100)	1-а		2-а		3-а		4-а	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Вишкрібання порожнини матки (2 і більше) (n=40)	4	10,0	3	7,5	15	37,5	18	45,0
Перинатальні втрати (n=3)	1	33,3	0	0	0	0	2	66,7

З усіх жінок першородящих було 37 ос., повторнородящих – 63 ос., з них 94 ос. перебували на «Д» обліку з приводу даної вагітності, 6 жінок - не перебували. Відвідування жіночої консультації було регулярним у жінок у всіх групах, середня кількість відвідувань не оцінювалась у зв'язку з різними термінами гестації в групах. Даний факт свідчить про бажану вагітність.

Перебіг вагітності у даних жінок здебільшого ускладнювався загрозою переривання вагітності - як в першому так і в другому триместрах. Отже, в першому триместрі частіше зустрічалась загроза переривання вагітності в 1-й, 3-й і 4-й групах (40,0%, 34,3%, 22,9%), а в другому триместрі - у

2-й і 4-й групах – відповідно 33,3% і 37,5%, при цьому, в 1-й і 3-й групах був однаковий процентний показник – 20,0%. Результати наших досліджень підтверджені даними літератури, де загроза переривання вагітності в першому і в другому триместрах були наслідком передчасних пологів, і складала від 38,9% до 43,8%. [12,13,14]

Преєклампсія зустрічалась в 3-й і 4-й групі у 5,7% і 4,2% жінок порівнюючи з 1-ю та 2-ю групами, де дана патологія не зустрічалась. Плацентарна дисфункція, яка є підґрунтям для таких ускладнень, як дистрес плода під час вагітності та пологів, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти зустрічалась у всіх групах жінок (рис.1).

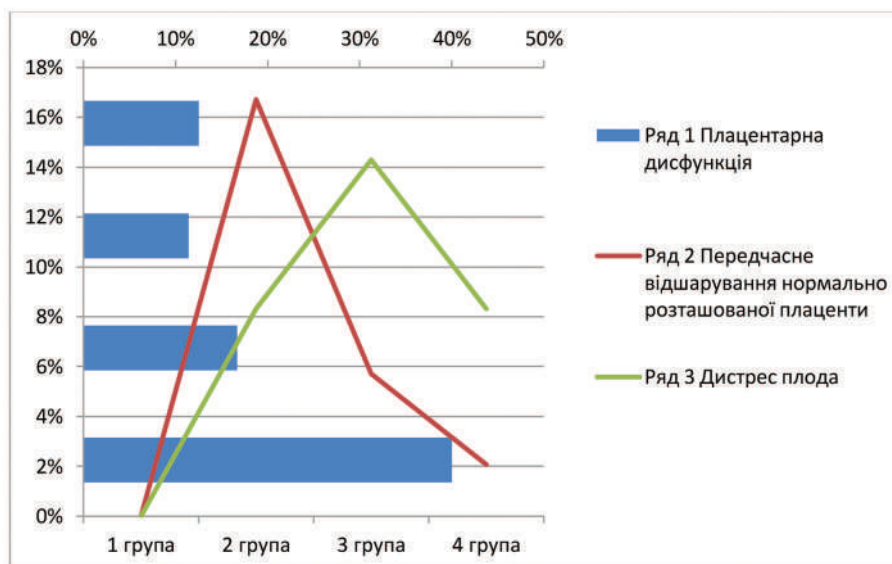


Рис.1 Ускладнення під час вагітності та пологів у жінок групи дослідження з передчасними пологами

Проводячи аналіз перебігу вагітності у даних групах жінок з передчасними пологами, ми дійшли висновку, що факторами ризику передчасних пологів є загроза переривання вагітності, особливо в першій половині вагітності та плацентарна дисфункція в другій половині вагітності.

Отже, прогнозування передчасних пологів, яке базується тільки на виявленні факторів ризику, не призведе до зниження їх числа на рівні популяції і є не перспективним. Це обумовлено тим, що чинники, що значимо впливають на число передчасних пологів, у популяції зустрічаються рідко, а фактори, які мають значне поширення, не завжди збільшують ризик передчасних пологів. [11]

Пологи через природні пологові шляхи відбулися у 74 із 100 жінок: у 1-й групі – 3 (60,0%), у 2-й групі – 10 (83,3%), у 3-й групі – 22 (62,8%), у 4-й групі – 39 (81,2%) відповідно. Пологоторозрішення шляхом кесарського розтину провели у 26 випадках: у 1-й групі – 2 (40,0%), де показа-

ми було сідничне передлежання; у 2-й групі – 2 (16,7%) – показами був дистрес плоду; в 3-й групі – 13 (37,1%), у 4-й групі – 9 (18,7%), де показами були неправильні положення плоду (ніжне, сідничне передлежання та поперечне положення), дистрес плоду, прееклампсія важкого ступеня, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти та резус конфлікт. Отже, у 3-й групі пологоторозрішення через природні пологові шляхи значно поступилось пологоторозрішенню шляхом кесарського розтину. Аналіз перебігу пологів через природні пологові шляхи показав, що пологи зі спонтанною регулярною пологовою діяльністю в активній фазі передчасних пологів, при поступленні у пологовий будинок відмічено у 35,8 % роділь, при цьому 25,4 % - у першому періоді пологів і 10,4% - у другому. Найбільшим цей показник був у 4-й і 1-й групах – 29,2% і 20,0%, дещо меншим - у 3-й групі – 14,3% і найменший - у 2-й групі – 8,3% (табл.2).

Таблиця 2

Аналіз пологоторозрішення передчасних пологів

Назва (код МКХ)\(n=100)	1-а група		2-а група		3-я група		4-а група	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Спонтанний початок пологової діяльності (n=26)	1	3,8	2	7,7	6	23,1	17	65,4
Передчасний розрив плідних оболонок (O42) з регулярною пологовою діяльністю (n=27)	2	7,4	5	18,5	8	29,6	12	44,5
Передчасний розрив плідних оболонок (O42) без регулярної пологової діяльності (n=37)	2	5,4	4	10,8	14	37,9	17	45,9
Індуковані пологи (шляхом кесарського розтину або пологопідсиленням)(n=10)	0	0	1	10,0	7	70,0	2	20,0

Передчасне вилиття навколоплідних вод чітко спостерігалось у всіх групах жінок у високому відсотковому співвідношенні: в 1-й і 3-й групах по 60,0%, відповідно, в 2-й групі – 58,3% та в 4-й групі – 54,2%. У всіх групах при тривалому безводному проміжку 12 годин і більше проводилася антибактеріальна терапія. У 1-й групі хоріонамніоніт діагностований у 40,0%, у 2-й групі – 8,3%, у 3-й групі – 11,4% і в 4-й групі – 2,1% жінок. Найбільший відсоток ускладнень у вигляді хоріонамніоніту мав місце в 1-й та 3-й групах. Таким чином, розвиток хоріонамніоніту безпосередньо залежить від тривалості безводного проміжку та мікрофлори пологових шляхів.

Відомо, що тактика пологорозрішення переважно визначає стан новонародженого [6]. Більша можливість на успішну адаптацію після дбайливого пологорозрішення (анте- та інтранатальний токоліз, профілактика респіраторного дистрес - синдрому, відсутність акушерської допомоги в пологах через природні пологові шляхи, вилучення голівки плода в плідному міхурі при кесарському розтині [10]) є досить високими. Особливого обговорення потребують питання знеболлення передчасних пологів. У даний час визнано, що фізіологічна денервація матки і перебудова симпатико-адреналового ланцюга регуляції скорочувальної діяльності матки завершується тільки до терміну доношеної вагітності. Відповідно, більша реакція при передчасних пологах з наступною гіперкатехоламією потребує обов'язкової анагезії. Методом вибору для знеболлення передчасних пологів вважають епідуральну анагезію, при якій створюється регіональний симпатичний блок [9]. У досліджуваних групах вона використовувалась відповідно: в 1-й – у 20,0%, в 2-й – у 41,7%, в 3-й – у 25,7%, в 4-й – у 25,0% випадків.

Резервом поліпшення результатів передчасних пологів може стати розширення показів до кесаревого розтину. [4,8] Аналіз свідчить, що більшість (68,0%) операцій проводилося за екстреними показаннями — кровотеча при передчасному відшаруванні нормально розташованої плаценти (у 5,0%), центральне передлежання плаценти (у 1,0%), тазове та нижнє передлежання при відходженні вод (у 4,0%), поперечне положення плода (у 1,0%), неспроможність рубця на матці (у 4,0%), хронічна прогресуюча внутрішньоутробна гіпоксія плода з порушенням кровотоку в маткових артеріях і артеріях пуповини (у 3,0%).

Профілактика респіраторного дистрес - синдрому (РДС) у плода проводилася дексаметазоном короткими і тривалими курсами із розрахунку 24 мг препарату на курс. У 1-й групі профілактика РДС була проведена у 60,0% випадків, в 2-й – у 58,3%, в 3-й – у 74,3% і в 4-й – у 14,6% випадків. По кількості випадків профілактика РДС у плода частіше була проведена в 3-й групі. Відсутність профілактики РДС у плода пояснюється часом з моменту поступлення до пологорозрішення від 40 хв. до 6-8 год., коли відбувалося пологорозрішення ургентно або терміном гестації більше 34-36 тижнів. Повторні курси профілактики РДС у плода проводились рідко й зустрічалися в жінок з персистуючими загрозами передчасних пологів у 1-й та 4-й групах (20,0% і 2,1%) відповідно. За даними літератури, профілактику РДС у плода ре-

комендують проводити в термінах гестації з 27 до 34 тижнів вагітності. [12,13]

Частота пригнічення життєво важливих функцій у новонародженої дитини за шкалою Апгар корелює з низькою оцінкою стану при народженні. Важливе прогностичне значення має оцінка стану дитини через 5 хв. після народження - якщо вона залишається низькою, прогноз несприятливий. Адаптація серцево-судинної системи позаутробно відбувається одночасно з адаптацією легень. У 1-й групі середня оцінка за шкалою Апгар складала на першій хвилині $3,6 \pm 1,7$ бала, на п'ятій хвилині $2,8 \pm 1,4$ бала. У 2-й групі середня оцінка за шкалою Апгар складала на першій хвилині $3,75 \pm 1,9$ бала, на п'ятій хвилині $2,25 \pm 1,6$ бала. У 3-й і 4-й групах на 1-й хвилині - $5,26 \pm 1,5$ бала; $5,52 \pm 1,7$ бала, на 5-й хвилині - $4,28 \pm 1,4$ бала; $5,5 \pm 1,2$ бала відповідно. Проводячи порівняння частоти пологорозрішення шляхом кесарського розтину і перинатальними наслідками нами визначено, що оцінка стану новонароджених за шкалою Апгар була вищою при абдомінальному пологорозрішенні. За результатами аналізу в 1-й групі значної різниці в оцінці стану новонароджених не було узалежності від метода пологорозрішення. У 2-й і 3-й групах пологорозрішення шляхом кесарського розтину підвищувало оцінку новонароджених за шкалою Апгар порівнюючи з пологами через природні пологові шляхи. У 4-й групі оцінка за шкалою Апгар була вище у новонароджених, які народилися через природні пологові шляхи, порівнюючи з жінками у яких пологорозрішення було шляхом кесарського розтину. Отримані нами результати відповідають даним літератури. [12]

Найбільш частим показанням до ШВЛ був синдром дихальних розладів, асфіксія важкого та середнього ступеня важкості. Аналіз реанімаційних заходів, надання допомоги новонародженим показав, що їх об'єм залежить від терміну гестації, від адаптації дихальної системи і в необхідності у новонародженого проведення штучної вентиляції легень (ШВЛ) та своєчасної профілактики респіраторного дистрес - синдрому. В 1-й групі проведена профілактика РДС не впливає суттєво на об'єм реанімаційної допомоги. У 2-й, 3-й і 4-й групах необхідність в штучній вентиляції легень суттєво знижується зі збільшенням терміну гестації в поєднанні із профілактикою респіраторного дистрес - синдрому дексаметазоном. Найбільш важливим ускладненням пологів для недоношеної дитини є пологова травма, яка при передчасних пологах зустрічається у 7 разів частіше, чим при нормальних. [4] До пологового травматизму спонукають наступні анатомо-фізіологічні особливості недоношених новонароджених: відносно велика голова за рахунок мозкового черепа, м'які кістки черепа і відкриті шви і тім'ячка, включаючи бокові тім'ячка. [15] Судини головного мозку мають субependимальний зародковий шар, розміщений над головою і тілом хвостатого ядра, він стоншується після 30 тижнів гестації і зникає майже повністю до 36 тижнів. Вказана ділянка є джерелом у більшості випадків внутрішньошлуночкових крововиливів у недоношених дітей. [6]

Новонароджені 1-ї групи мали середню масу тіла при народженні $1,020$ г, 2 – і групи – $1,317$ г, 3 –

ї групи – 1,935 г та 4 – ї групи – 2254 г, відповідно.

Аналіз історій пологів показав, що 65,8% у вагітних із загрозою передчасних пологів була проведена токолітична терапія β -адреноміметиками. У вагітних з передчасним вилиттям навколоплідних вод проводилась консервативно-очікувальна тактика з призначенням антибіотиків і профілактики респіраторного дистрес-синдрому у плода. Однак основними причинами, що призвели до передчасних пологів, стали спонтанний початок пологової діяльності (65,8%), передчасний розрив плідних оболонок (25,8%), а також медичні втручання, спрямовані на дострокове переривання вагітності за рахунок ускладнень (8,4%).

Роль інфекційно-запального фактору і хронічної плацентарної недостатності в патогенезі невиношування підтверджують результати гістологічного дослідження послідів. Запальні зміни в плаценті, такі як базальний децидуїт, мембранний плацентит, інтервелузіт виявляються практично у кожній жінки в групах дослідження (у 1 – й – 80,0%; у 2 – й – 66,7%; у 3 – й – 31,4% та у 4-й – 18,75%).

Висновки

1. Проведений нами аналіз визначив провідні медико-біологічні фактори ризику передчасних пологів:

- соматична патологія – слід відзначити, що частіше зустрічались захворювання нирок і серцево-судинна патологія, включаючи вегето-судинні дистонії, синусові тахікардії, аритмії, гіпертонічну хворобу та ін.;

- хронічні запальні захворювання геніталій;
- ранні репродуктивні втрати в анамнезі;
- інтергенеративний проміжок менше 1 року.

Література

1. Акушерство: национальное руководство /под ред. Айламазян Э.К. и др. Москва: ГЭОТАР–Медиа, 2007. 1200 с.
2. Преждевременные роды /Гармаева Е.Д. и др. Вестник Бурятского университета. 2010. № 12. С. 143–147.
3. Кулавский Е.В., Кулавский В.А. Актуальные проблемы преждевременных родов в современном акушерстве. Медицинский вестник Башкортостана. 2011. Т. 6, № 1. С. 49–53.
4. Макаров О.В., Бухарева И.В., Кузнецов И.А., Романовская В.В. Современные подходы к прогнозированию преждевременных родов. Российский вестник акушера-гинеколога. 2007. № 7. С. 10–15.
5. Проблемы преждевременных родов в современном акушерстве /Савельева Г.М. и др. Практическая медицина. 2010. № 4 (43). С. 7–12.
6. Сидельникова В.М., Антонов А.Г. Преждевременные роды. Недоношенный ребенок. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 448 с.
7. Юрасова Е.А. Преждевременные роды. Дальневосточный медицинский журнал. 2008. № 3. С. 118–122.
8. Mackeen A.D., Seibel-Seamon J., Grimes-Dennis J., Baxter J.K., Berghella V. Tocolytics for preterm premature rupture of membranes. Cochrane Database Syst. Rev. 2011. Oct 5, № 10. CD007062. doi:10.1002/14651858.CD007062. pub2
9. Чудинов Ю.В. Адренергическая иннервация матки в различные периоды репродуктивной деятельности: автореф. дисс...канд. мед. наук. Ленинград, 1987. 22 с.
10. Фаткуллин И.Ф. Дискуссионные вопросы абдоминального родоразрешения. Казанский медицинский журнал. 2007. Т. 88. № 2. С. 121-123.
11. Мартыненко П.Г., Волков В.Г., Хромушин В.А. Прогнозирование преждевременных родов: результаты алгебраического моделирования на основе конструктивной логики. Вестник новых медицинских технологий. 2009. Т. 16, № 1. С. 210-213.
12. Козлов П.В., Макаров О.В., Володин Н.Н. Недоношенная беременность. осложненная преждевременным разрывом плодных оболочек. Москва: Ман-ПРИНТ. 2012. 13 с. 13.Кулаков В.И., Мурашко Л.Е. Преждевременные роды. Москва: Медицина, 2002. 176 с. 14. Goldenberg R.L., Culhane J.F., Iams J.D., Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet. Preterm Birth. 2008 Jan. 5:371(9606):75-84. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60074-4.
13. Тимошенко В.Н. Недоношенные новорожденные дети: учеб. пособ. Ростов-на-Дону: Феникс; 2007. 192 с.

2. Методом вибору пологорозрішення при передчасних пологах у вагітних високого перинатального ризику повинна надаватися перевага шляху кесарського розтину, оскільки він достовірно знижує показник перинатальної смертності. Проте, в терміні гестації з 22 до 28 тижнів пологорозрішення шляхом кесарського розтину, як показали отримані нами результати, не збільшують життєздатність новонародженого. У терміні гестації з 29 до 34 тижнів більш дбайливим методом пологорозрішення слід вважати кесарський розтин, виходячи із перинатального ризику. Після 34 тижнів метод оперативного пологорозрішення не впливає на перинатальний результат. У структурі показів до оперативного пологорозрішення зустрічаються ті покази, які однаково часто зустрічаються в загальній популяції і не визначені терміном гестації. Методом вибору пологорозрішення в терміні гестації після 34 тижнів є пологи через природні пологові шляхи.

3. З метою вирішення зазначених проблем рекомендується:

- прегравідарна підготовка, включаючи в обов'язковому порядку повне обстеження жінки;
- планування вагітності, збільшення інтергенеративного проміжку;
- ретельний збір анамнезу, виявлення групи ризику по невиношуванню вагітності;
- індивідуальний підхід у виборі методу пологорозрішення виходячи із перинатального ризику.

Перспективи подальших досліджень

Прогнозуючи передчасні пологи та своєчасно їх діагностика у вагітних групи ризику.

**ПРИЧИННЫЕ ФАКТОРЫ
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ
(НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ)**

К.В. Дяк, А.М. Юзько

**Высшее государственное
учебное заведение Украины
«Буковинский государственный
медицинский университет»
(г. Черновцы, Украина)**

Резюме

Введение. Современный подход к проблеме спонтанных преждевременных родов основан на неполном понимании механизмов их возникновения, а также последовательности и сроков проведения профилактических мероприятий. В настоящее время нет ни одного теста, который мог бы точно прогнозировать преждевременные роды и определить все дальнейшие действия. Хотя выполнение принятых в настоящее время акушерских рекомендаций уже привело к уменьшению перинатальной заболеваемости и смертности, нам необходима разработка целостной научно обоснованной стратегии для профилактики преждевременных родов.

Цель. Провести ретроспективный анализ медицинской документации у женщин, имевших преждевременные роды.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 100 медицинских карт у женщин, имевших преждевременные роды.

Результаты исследования. Исследуемая группа женщин, имевших преждевременные роды, была разделена на 4-х группы, согласно классификации преждевременных родов. Факторами риска преждевременных родов является экстрагенитальная патология (сердечно-сосудистые и воспалительные заболевания мочевыводящих путей), воспалительные заболевания женских половых органов, паритет родов, интергенеративный промежуток между беременностями, отягощенный акушерский анамнез (самопроизвольные, медицинские выкидыши и перинатальные потери). Ход преждевременных родов зависит от срока гестации, пути родоразрешения, адекватного обезболивания и профилактики респираторного дистресс - синдрома у плода. Предупредить преждевременные роды можно при наличии своевременного их прогнозирования.

Выводы. Проведенный нами анализ определил ведущие медико-биологические факторы риска преждевременных родов. С целью решения указанных проблем рекомендуется: прегравидарная подготовка; планирование беременности; выявление группы риска по невынашиванию беременности; индивидуальный подход в выборе метода родоразрешения.

Ключевые слова: преждевременные роды; причины; профилактика.

**CAUSATIVE FACTORS
OF PREMATURE BIRTH
(A NEW LOOK AT THE PROBLEM)**

K.V. Dyak, A.M. Ysko

**Higher State Educational
Establishment of Ukraine
«Bukovinian State
Medical University»
(Chernivtsi, Ukraine)**

Summary

Introduction. A current approach to the problem of spontaneous preterm birth based on an incomplete understanding of the mechanisms of its occurrence, as well as on the sequence of and time for preventive measures. As of now, there is no test that could accurately predict preterm birth and determine all further actions. Although the currently accepted obstetric guidelines have already resulted in a decrease in perinatal morbidity and mortality rates, an entire scientifically sound strategy must be elaborated to prevent preterm birth on the basis of objective diagnostic markers and effective preventive measures.

Aim. To conduct a retrospective analysis of medical records of women with premature birth.

Materials and methods. A retrospective analysis of medical records of 100 women with premature birth.

Research results. The study group of women with preterm births was divided into 4-group, according to the classification of preterm birth. Risk factors for preterm birth is extragenital pathology (cardiovascular and inflammatory diseases of the urinary tract), pelvic inflammatory disease, parity births, and interval between pregnancies, complicated obstetric history (spontaneous and medical abortions and perinatal loss). The course of preterm birth depends on gestational age, method of delivery, adequate analgesia and prevention of respiratory distress syndrome in the fetus. Prevent premature births can be if their prediction.

Conclusions. Our analysis identified the leading biomedical risk factors for preterm birth. In order to solve these problems is recommended: preparations for pregnancy; planning pregnancy; identify risk for premature delivery; individual approach in choosing a method of birth

Key words: preterm birth; causes; prevention.

Контактна інформація:

Юзько Олександр Михайлович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри акушерства та гінекології Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет»

Контактна адреса: Театральна площа, 2, м.Чернівці, 58002, Україна.

Контактний телефон:

+38(050) 6752334.

e-mail: akusherstvo1@bsmu.edu.ua

ORCID: orcid.org/0000-0003-1270-9095

Researcher ID (Web of Science):

D-8126-2017

Контактная информация:

Юзько Александр Михайлович - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Высшего государственного учебного заведения Украины «Буковинский государственный медицинский университет».

Контактный адрес: Театральная площадь, 2, Черновцы, 58002, Украина.

Контактный телефон:

+38 (050) 6752334

e-mail: akusherstvo1@bsmu.edu.ua

ORCID: orcid.org/0000-0003-1270-9095

Researcher ID (Web of Science):

D-8126-2017

Contact Information:

Yuzko Alexander - MD, Professor, Head of Department of Obstetrics and Gynecology of Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University»

Contact: Theatre sq., 2, Chernivtsi, 58002, Ukraine.

Phone: +38 (050) 6752334.

e-mail: akusherstvo1@bsmu.edu.ua

ORCID: orcid.org/0000-0003-1270-9095

Researcher ID (Web of Science):

D-8126-2017