

Особливості акушерської та перинатальної патології на тлі загрози передчасних пологів

А. О. Шевченко

Запорізький державний медичний університет, Україна

Ключові слова: невиношування вагітності, ускладнення вагітності, фетоплацентарний комплекс.

Запорізький медичний журнал. – 2017. – Т. 19, № 2(101). – С. 190–194

DOI:
10.14739/2310-1210.2017.2.95690

E-mail:
shady lady_2003@inbox.ua

Спонтанні передчасні пологи, котрі виникають майже в 5–13 % вагітних, – першочергова проблема перинатальної захворюваності та смертності, але, на жаль, за останні 10 років частота їх виникнення суттєво не змінилась.

Мета роботи – проаналізувати особливості клінічного перебігу вагітності, пологів, стану плода та новонародженого у вагітних на тлі загрози передчасних пологів (ЗПП) у терміні гестації 22–34 тижні та функціонального стану фетоплацентарного комплексу в цієї когорти вагітних.

Матеріали та методи. Здійснили аналіз результатів клінічного, лабораторного та функціонального обстеження в 121 жінки, яких поділили на 3 групи: основна – 43 жінки з одноплідною вагітністю та загрозою передчасних пологів у терміні 22–34 тижні, які отримували лікування в обсязі: профілактики РДС (дексаметазон 6 мг в/м № 4 або бетаспан 12 мг в/м № 2), гестагенної підтримки (утрожестан 200 мг 1 раз на день вагінально) та далмаксин 200 мг 1 раз на день ректально; група порівняння – 42 жінки з одноплідною вагітністю та загрозою передчасних пологів у терміні гестації 22–34 тижні, які отримували лікування загрози згідно з алгоритмом наказу МОЗ № 624 від 03.11.2008 р.; контрольну групу становили 36 жінок з одноплідною вагітністю, вагітність яких мала фізіологічний перебіг і завершилась народженням живих доношених дітей.

Результати. Середній вік пацієнток, яких обстежили, становив $27,08 \pm 0,79$ року. Середня оцінка аналізу STV у плодів у терміні гестації 22–34 тижні з ЗПП основної групи становила $11,5 \pm 0,98$ мсек, групи порівняння – $9,8 \pm 0,97$ мсек. Вірогідних відмінностей у показниках матково-плацентарно-плодового кровообігу вагітних з обстежених груп не відзначено. Середній гестаційний вік новонароджених основної групи становив $37,9 \pm 2,38$ тижня гестації і хоча не вірогідно, але був вищим за групу порівняння ($36,9 \pm 4,2$). Передчасними пологами завершилися 23,81 % вагітностей групи порівняння, що вірогідно більше, ніж в основній групі ($p < 0,05$), де цей показник становив 13,95 %. У структурі перинатальної захворюваності провідними були: гіпоксично-ішемічне пошкодження ЦНС із синдромом пригнічення, неонатальна жовтяниця, синдром дихальних розладів переважно I типу, внутрішньозлощочкові крововиливи мозку та ретинопатія недоношених.

Висновки. Використання під час вагітності лікування загрози передчасних пологів в обсязі утрожестан 200 мг 1 раз на день вагінально, далмаксин 200 мг 1 раз на день ректально знижує відсоток передчасних пологів і поліпшує перебіг вагітності та стан плода. Про ефективність лікування загрози передчасних пологів пацієнток основної групи свідчить не лише регресія клінічних симптомів цього ускладнення, задовільний функціональний стан фетоплацентарного комплексу, а також зниження відсотка ранніх передчасних пологів і, як наслідок, важкої перинатальної захворюваності.

Ключевые слова: невынашивание беременности, осложнения беременности, фетоплацентарный комплекс.

Запорожский медицинский журнал. – 2017. – Т. 19, № 2(101). – С. 190–194

Особенности акушерской и перинатальной патологии на фоне угрозы преждевременных родов

А. А. Шевченко

Спонтанные преждевременные роды, возникающие в 5–13 % беременностей, являются одной из главных причин перинатальной заболеваемости и смертности, но за последние 10 лет частота их возникновения существенно не изменилась.

Цель работы – проанализировать особенности клинического течения беременности, родов, состояния плода и новорожденного у беременных на фоне угрозы преждевременных родов в сроке гестации 22–34 недели, а также данные о функциональном состоянии фетоплацентарного комплекса у данной когорты беременных.

Материалы и методы. Проведён анализ результатов клинического, лабораторного, функционального обследования у 121 женщины, распределённых на 3 группы: основная группа – 43 пациентки с одноплодной беременностью и угрозой преждевременных родов в сроке 22–34 недели, которые получали профилактику РДС (дексаметазон 6 мг в/м № 4 или бетаспан 12 мг в/м № 2), гестагенную терапию (утрожестан 200 мг 1 раз в день вагинально) и далмаксин 200 мг 1 раз в день ректально; группа сравнения – 42 пациентки также с одноплодной беременностью и угрозой преждевременных родов в сроке гестации 22–34 недели, получавшие лечение согласно алгоритму приказа МЗ № 624 от 03.11.2008; контрольную группу составили 36 женщин с одноплодной беременностью и физиологическим течением беременности и родов, которые завершились рождением живых доношенных детей.

Результаты. Средний возраст обследованных пациенток составил $27,08 \pm 0,79$ года. Средняя оценка анализа STV у плодов в сроке гестации 22–34 недели с клиническими признаками угрозы преждевременных родов основной группы составила $11,5 \pm 0,98$ мсек, группы сравнения – $9,8 \pm 0,97$ мсек. Достоверных различий в показателях маточно-плацентарно-плодового кровотока беременных обследованных групп отмечено не было. Средний гестационный возраст новорождённых основной группы составил $37,9 \pm 2,38$ недели гестации и был выше, чем в группе сравнения ($36,9 \pm 4,2$ недели). Преждевременными родами завершились 23,81 % беременностей группы сравнения, что достоверно больше, чем в основной группе ($p < 0,05$), где данный показатель составил 13,95 %. В структуре перинатальной заболеваемости лидирующими были: гипоксическо-ишемическое повреждение ЦНС с синдромом угнетения, неонатальная желтуха, синдром дыхательных расстройств I типа, внутрижелудочковые кровоизлияния мозга и ретинопатия недоношенных.

Выводы. Использование во время беременности лечения угрозы преждевременных родов в объёме утрожестан 200 мг 1 раз в день вагинально, далмаксин 200 мг 1 раз в день ректально снижает показатель преждевременных родов, улучшает течение беременности и состояние плода. Об эффективности лечения угрозы преждевременных родов у пациенток основной группы свидетельствует не только регресс клинических симптомов данного осложнения, удовлетворительное функциональное состояние фетоплацентарного комплекса, но и снижение процента ранних преждевременных родов и, как следствие, тяжёлой перинатальной заболеваемости.

Obstetrical and perinatal pathology in women with risk of preterm labor

A. A. Shevchenko

Spontaneous preterm births occurring in 5–13% of pregnancies are the major cause of perinatal morbidity and mortality, but their frequency has not changed significantly over the past 10 years.

Aim. To make the analysis of the clinical features of pregnancy, childbirth, state of the newborn and fetus in pregnant women with premature birth risk in 22–34 weeks' gestation and feto-placental complex functional state in pregnant women of this cohort.

Materials and Methods. The analysis of the clinical, laboratory and functional examination results of 121 women has been done. Women were divided into 3 groups: the main group – 43 patients with singleton pregnancy and risk of premature delivery at term 22–34 weeks who received prevention of RDS (dexamethasone 6 mg i. m. № 4 or betaspan 12 mg i. m. № 2), progestogen therapy (utrozhestan 200 mg 1 time a day vaginally) and dalmaksin 200 mg 1 time a day rectally; comparison group – 42 patients also with singleton pregnancy and risk of premature delivery at term 22–34 weeks of gestation who were treated according to the algorithm of the Ukrainian National Guideline № 624 of 03.11.2008; the control group consisted of 36 women with singleton normal pregnancy and delivery which ended with the birth of live full-term newborn.

Results. The average age of the examined patients was 27.08 ± 0.79 years. The average assessment of fetuses STV analysis at 22–34 weeks' gestation with clinical signs of premature birth risk with the main group was -11.5 ± 0.98 ms, with the comparison group -9.8 ± 0.97 ms. No significant differences in uterine-placental-fetal circulation of analyzed groups pregnant women were noted. The average gestational age of the main group newborns was 37.9 ± 2.38 weeks and it was higher than in the comparison group (36.9 ± 4.2 weeks). 23.81% of comparison group pregnancies ended with a preterm birth, which was significantly higher than in the main group ($p < 0.05$), where this indicator was 13.95%. In the structure of perinatal morbidity the leading were: hypoxic-ischemic injury of the CNS with suppression syndrome, neonatal jaundice, respiratory distress syndrome type I, intraventricular hemorrhages, and retinopathy of prematurity.

Conclusions. Using for premature birth risk treatment utrozhestan 200 mg 1 time a day vaginally, dalmaksin 200 mg 1 time a day rectally reduces the risk of preterm birth rate and improves physiological condition of pregnancy and fetus. The effectiveness of the premature birth risk treatment of the main group patients shows not only the improvement of this complication clinical symptoms and satisfactory functional state of feto-placental complex, but also reduction the percentage of early preterm birth, and as a consequence, decrease in severe perinatal morbidity.

Спонтанні передчасні пологи, які виникають майже у 5–13% вагітних, є першочерговою проблемою перинатальної захворюваності та смертності, але, на жаль, за останні 10 років частота їх виникнення значно не змінилась [2,3].

Передчасні пологи (ПП) – поширене явище, що влєвно зберігає свої позиції серед питань наукового пошуку та практичних упроваджень [4]. ПП – це подія в житті родини, що змінює її соціальний і матеріальний статус, випробовує стосунки між подружжям і чинить серйозний фізичний, психоемоційний стрес [1]. Значення проблеми передусім пов'язане з високими показниками неонатальної смертності та захворюваності, але не варто забувати й про наслідки невиношування вагітності для материнського організму: інфікування порожнини матки, пов'язані з ним курси антибіотикотерапії, розлади лактаційної регуляції тощо [1].

Загроза передчасних пологів (ЗПП) або хибні рейми в терміні недоношеної вагітності залишаються однією з основних причин госпіталізації вагітних, сягаючи 30% усіх показань до стаціонарного лікування [5,6]. Незважаючи на вдосконалення знань про причини та механізми передчасних пологів, а також сучасні профілактичні заходи, щорічно у світі народжується 15 млн недоношених дітей [8].

Дослідження останніх років підкреслюють неоднозначність думок авторів щодо значення загрози переривання

вагітності для матері та плода, критеріїв істинної загрози переривання та необхідності госпіталізації цієї групи жінок [7,9]. Деякі дослідники довели відсутність зв'язку між загрозою переривання гестації у II триместрі та розвитком ПП [6]. Виявлено, що вагітні, які перенесли загрозу переривання в II триместрі вагітності, входять до групи ризику розвитку аномалій пологової діяльності та народження дітей із гіпотрофією плода та патологією перинатального періоду [6]. Клінічний досвід показує, що приблизно в 50% жінок, які госпіталізовані з діагнозом «загроза передчасних пологів», вагітність вдається пролонгувати до доношеного терміну [10]. Тому вкрай важливим є вдосконалення концепції ризику щодо невиношування вагітності.

Мета роботи

Проаналізувати особливості клінічного перебігу вагітності, пологів, стану плода та новонароджених у вагітних на тлі загрози передчасних пологів у терміні гестації 22–34 тижні та виявити особливості функціонального стану фетоплацентарного комплексу в цієї когорти вагітних.

Матеріали і методи дослідження

Дослідження здійснили на базі КЗ «Обласний перинатальний центр» ЗОП (КЗ «ОПЦ» ЗОП) за період із 2013

Key words:

premature birth, risk of preterm birth, maternal-fetal relations.

Zaporozhye

medical journal

2017; 19 (2), 190–194

по 2016 рік. Для виконання завдань, що накреслені в роботі, виконаний аналіз результатів клінічного, лабораторного та функціонального обстеження у 121 жінки, які спостерігалися з ранніх термінів вагітності, а також досліджено перинатальні наслідки цих вагітностей. Пацієнтки спостерігались спеціалістами лікувального закладу в динаміці гестаційного процесу, а також були розроджені у КЗ «ОПЦ» ЗОР.

Як оптимальний дизайн дослідження обрали когортне ретроспективне дослідження. Відповідно до поставлених завдань під час ретроспективного дослідження сформуливали такі групи:

– основна група: 43 жінки з одноплідною вагітністю та загрозою передчасних пологів у терміні 22–34 тижні, які отримували лікування в обсязі: профілактики РДС плода (дексаметазон 6 мг в/м № 4 з інтервалом 12 годин або бетаспан 12 мг в/м № 2 1 раз на добу протягом 1 тижня з моменту госпіталізації), гестагенної підтримки (утрожестан 200 мг 1 раз на день вагінально, тривалість курсу індивідуальна) та далмаксин 200 мг 1 раз на день ректально впродовж першого тижня з моменту госпіталізації.

– група порівняння: 42 жінки з одноплідною вагітністю та загрозою передчасних пологів у терміні гестації 22–34 тижні, які отримували лікування загрози згідно з алгоритмом наказу МОЗ № 624 від 03.11.2008 р.

– контрольна група: 36 жінок з одноплідною вагітністю, котра мала фізіологічний перебіг і завершилась народженням живих доношених дітей.

Згідно з програмою пренатального скринінгу, УЗД проведена всім вагітним у терміні 11–14, 18–22 і 32–34 тижні. Кількість навкоплідних вод оцінювали за величиною максимальної вертикальної кишені за відсутності в ній елементів плода та пуповини. Для оцінювання зрілості плаценти застосовували класифікацію, що запропонована Р. Granum et al. (1979).

Кардіотокографічне дослідження (КТГ) здійснювали за загальноприйнятою методикою приладом SONICAID FM800 ENCORE (Велика Британія). Вагітна приймає положення Фаулера, щоб уникнути виникнення синдрому здавлювання нижньої порожнистої вени. Датчик розташовували в області стабільної реєстрації серцевого ритму плода, та вагітна за допомогою спеціального датчика самостійно реєструвала рухи плода. Завдяки розрахунку показника STV (Short-term Variability, «коротка варіабельність») оцінювали функціональний стан плода, ступінь важкості метаболічної гіпоксії з урахуванням індивідуального терміну гестації з 24 тижня вагітності.

В автоматичному режимі обраховувався показник STV за критеріями Доуза/Редмана, який корелює з рН крові плода й допомагає визначити наявність метаболічної ацидемії. STV (Short-term Variability, «коротка варіабельність») – це показник різниці між середнім пульсовим інтервалом, що зареєстрований протягом попереднього та наступного проміжку, рівного 1/16 хвилини. У нормі цей показник коливається між 5 та 10 мсек.

До критеріїв Доуза–Редмана (Dawes/Redman) належать: базальна частота серцевого ритму від 116 до 160 уд./хв, один рух плода або три акселерації, відсутність децелерацій, один епізод високої варіабельності, відсутність ознак синусоїдального ритму плода, варіабельність за короткі відрізки часу STV повинна пере-

вищувати 4,0 мсек, втрата сигналу не більше ніж 30 % часу, відсутність артефактів під час завершення запису.

Опираючись на STV, можна здійснити оцінювання метаболічної гіпоксії плода: >4,0 мсек – ацидемія відсутня; 4,0–3,5 – ацидемія, порушення кровоплину, органічні зміни у плаценті; 3,49–3,0 – ацидоз, органічні зміни у плаценті; 2,99–2,5 – метаболічна гіпоксія; <2,5 – загроза антенатальної загибелі плода.

Доплерометричне дослідження вагітних здійснювали в терміні 32–34 тижні гестації шляхом виміру кривих швидкостей кровотоку (КСК). У спектрі артеріальних судин визначали загальноприйняті кутонезалежні показники судинної резистентності: систоло-діастолічне відношення (СДВ), індекс резистентності (ІР), пульсаційний індекс (ПІ). Вимір показників проводився в артерії пуповини (АП), правих і лівих маткових артеріях (ПМА й ЛМА), середньо мозковій артерії плода (СМА), ductus venosus.

Результати опрацьовані методами варіаційної статистики за допомогою програми «Statistica 10.0» (StatSoft Inc., № AXXR712D833214FAN5) за загальноприйнятою методикою. Аналіз нормальності розподілу оцінювали за критерієм Kolmogorov–Smirnov (K–S), Shapiro–Wilk (W). При нормальному розподілі описова статистика наведена у вигляді $M \pm t$ (M – середнє, t – помилка середньої), при розподілі, що відрізняється від нормального – у вигляді медіани та міжквартильного розмаху Me (Q25–Q75). Для порівняння груп хворих із нормальним розподілом ознак використовували Student's t-test, при ненормальному – U-критерій Mann–Whitney. Оцінювання ступеня взаємозв'язку між парами незалежних ознак, що є вираженими в кількісній шкалі, здійснювали за допомогою коефіцієнта рангової кореляції Pearson (r) або Spearman (R) залежно від характеру розподілу змінних. Оцінювання вірогідності коефіцієнтів кореляції виконували, порівнюючи розраховані коефіцієнти з критичними. Статистично значущими вважали відмінності при $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення

Аналіз анамнестичних даних показав, що середній вік обстежених пацієнток – $27,08 \pm 0,79$ року, при цьому пацієнтки групи порівняння були молодшими ($27,1 \pm 0,8$) за пацієнток з основної групи ($28,5 \pm 0,87$). У контрольній групі середній вік становив $25,63 \pm 0,79$ року.

Різні екстрагенітальні захворювання виявлені у 39 пацієнток: в основній групі – 25,58 %, у групі порівняння – 50 %, у контрольній групі – 19,44 %. Спектр екстрагенітальної патології всіх трьох груп дослідження суттєво не відрізнявся, найпоширенішими захворюваннями були: ожиріння різного ступеня, міопія, НЦД, ПМК, захворювання нірок.

Вивчення гінекологічного анамнезу показало, що вік початку менструацій у всіх обстежених варіював від 11 до 15 років, не відрізняючись у групах спостереження. Середній вік менархе становив $12,7 \pm 2,4$. За тривалістю превалював нормопануючий менструальний цикл, середня його тривалість – $29,47 \pm 3,14$ дня. Серед гінекологічних захворювань найчастіше виявлялись фоніві захворювання шийки матки, доброякісні пухлини матки та додатків.

Серед жінок основної групи був високий відсоток тих, хто повторно народжував (41,86), порівняно з контроль-

ною групою та групою порівняння, в яких цей відсоток був меншим і становив 22,22 % та 23,81 % відповідно. Серед усіх обстежених пацієнток частота мимовільних викиднів в анамнезі становила 11,57 %, вагітностей, що завершили на ранніх термінах і завершилися передчасними пологами – 13,22 %, позаматкових вагітностей і кесаревих розтинів – 0,8 %. Вірогідної різниці даних обтяженого гінекологічного анамнезу серед трьох груп пацієнток, яких обстежили, не виявили. Артифіційні аборти в анамнезі мали 18,2 % пацієнток, при цьому у групі порівняння частота абортів була вищою, ніж в основній.

Середня оцінка аналізу STV у плодів у терміні гестації 22–34 тижні з ЗПП основної групи становила $11,5 \pm 0,98$ мсек, групи порівняння – $9,8 \pm 0,97$ мсек, базальний ритм основної групи – $137,6 \pm 1,66$ уд./хв, базальний ритм групи порівняння – $136,7 \pm 2,06$ уд./хв, що відповідало критерію задовільного стану плода. Середній показник аналізу STV у контрольній групі варіював у межах $14,2 \pm 0,87$ мсек, базальний ритм – $149,4 \pm 2,34$ уд./хв. Випадків, коли STV аналіз виявив ознаки ацидозу, не виявили.

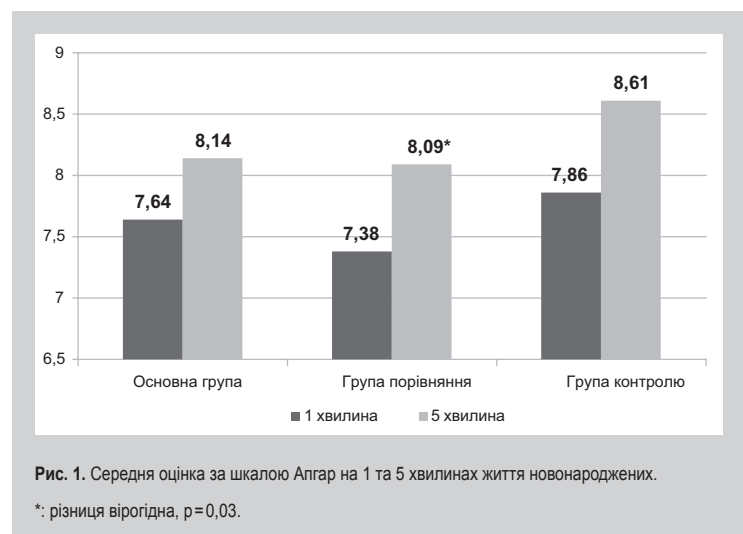
Вірогідних відмінностей у показниках матково-плацентарно-плодового кровообігу вагітних обстежених груп не відзначили. За даними доплерометрії, загроза передчасних пологів завдяки збалансованому стаціонарному лікуванню не вплинула на стан внутрішньоутробного плода. Основні криві швидкості кровотоку трьох обстежених груп наведені в таблицях 1–3.

Середній гестаційний вік новонароджених основної групи становив $38 \pm 1,48$ тижня гестації та був вірогідно вищим за групу порівняння $37,19 \pm 2,49$ тижня ($p=0,000002$). У контрольній групі пологи відбулись у $39,47 \pm 0,84$ тижня. Передчасними пологами завершилися 23,81 % вагітностей групи порівняння, що більше, ніж в основній групі, де цей показник становив 13,95 %.

У розподіленні передчасних пологів за тижнями гестації переважали 35–36 тижнів, що значно не вплинуло на зниження антропометричних показників при народженні та рівень перинатальної захворюваності. Дуже ранні передчасні пологи (менше ніж 28 тижнів) в основній і групі порівняння завдяки своєчасному скеруванню пацієнток і призначеному лікуванню відсутні.

Середня оцінка за шкалою Апгар на 1 та 5 хвилинах життя новонароджених усіх обстежених груп наведена на рисунку 1. Вірогідну різницю середньої оцінки новонароджених за шкалою Апгар виявлено на 5 хвилині у групі порівняння ($p=0,03$), що вказує на ефективність лікування загрози передчасних пологів в основній групі.

Враховуючи, що майже кожна четверта вагітність (23,81 %) з групи порівняння завершилась передчас-



Таблиця 1. Показники матково-плацентарного та плодового кровообігу вагітних основної групи

Артерії пуповини			Середня мозкова артерія			Права маткова артерія			Ліва маткова артерія		
RI	PI	S/D	RI	PI	S/D	RI	PI	S/D	RI	PI	S/D
0,67±0,03	1,1±0,29	3,0±0,99	0,8±0,07	1,9±0,36	4,7±1,25	0,4±0,06	0,6±0,13	1,8±0,2	0,4±0,06	0,6±0,13	1,8±0,2

Таблиця 2. Показники матково-плацентарного та плодового кровообігу вагітних групи порівняння

Артерії пуповини			Середня мозкова артерія			Права маткова артерія			Ліва маткова артерія		
RI	PI	S/D	RI	PI	S/D	RI	PI	S/D	RI	PI	S/D
0,6±0,1	1,0±0,28	2,9±1,14	0,9±0,43	1,6±0,44	4,2±1,06	0,5±0,07	0,9±0,31	2,0±0,44	0,5±0,07	0,9±0,31	2,0±0,44

Таблиця 3. Показники матково-плацентарного та плодового кровообігу вагітних контрольної групи

Артерії пуповини			Середня мозкова артерія			Права маткова артерія			Ліва маткова артерія		
RI	PI	S/D	RI	PI	S/D	RI	PI	S/D	RI	PI	S/D
0,59±0,1	0,82±0,2	2,33±0,46	0,8±0,05	1,92±0,41	5,38±1,57	0,5±0,17	0,74±0,24	1,87±0,36	0,47±0,09	0,72±0,25	1,9±0,47

Таблиця 4. Антропометричні показники під час народження обстежених новонароджених

	Вага	Зріст	Окружність голови	Окружність грудної клітини
Основна група	$3126,4 \pm 490,1^*$ ($p=0,012$)	$50,8 \pm 3,19^*$ ($p=0,023$)	$34,1 \pm 1,44$ ($p=0,29$)	$32,9 \pm 1,75^*$ ($p=0,005$)
Група порівняння	$2973,8 \pm 777,7^*$ ($p=0,0009$)	$49,6 \pm 4,43^*$ ($p=0,0004$)	$32,9 \pm 2,74^*$ ($p=0,023$)	$31,4 \pm 3,55^*$ ($p=0,0004$)
Контрольна група	$3458,3 \pm 338,1$	$52,77 \pm 2,31$	$34,57 \pm 1,31$	$34,14 \pm 1,42$

*: різниця статистично вірогідна порівняно з групою контролю $p < 0,05$, враховуючи нормальний розподіл даних, використано T-test for Independent.

ними пологами, а в основній групі – 13,95%, відсоток перинатальної захворюваності у групі порівняння був також вищим і становив 40,48%. У структурі захворювань групи порівняння провідними були: гіпоксично-ішемічне пошкодження ЦНС із синдромом пригнічення, неонатальна жовтяниця, синдром дихальних розладів переважно I типу, внутрішньо шлуночкові крововиливи та ретинопатія недоношених. В основній групі 2 дітей мали вроджену ваду серця у вигляді ДМШП і ДМПП, 2 дітей – неонатальну жовтяницю.

Висновки

1. Середній показник аналізу STV у плодів у терміні гестації 24–34 тижні на тлі загрози передчасних пологів пацієнток основної групи був вищим, ніж у групі порівняння, та становив $11,5 \pm 0,98$ мсек і $9,8 \pm 0,97$ мсек у групі порівняння відповідно.

2. Середні показники кривих швидкостей матково-плацентарно-плодового кровотоку основної групи та групи порівняння вірогідно не відрізнялися від таких у контрольній групі.

3. Використання під час вагітності лікування загрози передчасних пологів в обсязі утрощення 200 мг 1 раз на день вагінально, далмаксин 200 мг 1 раз на день ректально знижує відсоток передчасних пологів і поліпшує перебіг вагітності та стан плода.

4. Про ефективність лікування загрози передчасних пологів пацієнток основної групи свідчить не тільки поліпшення клінічних симптомів цього ускладнення, задовільний функціональний стан фетоплацентарного комплексу, а і зниження відсотка ранніх передчасних пологів та, як наслідок, важкої перинатальної захворюваності.

Список літератури

- [1] Спиридонова Н.В. Состояние новорожденных у женщин при преждевременных родах в зависимости от наличия угрозы прерывания беременности в I, II, III триместрах гестации / Н.В. Спиридонова, Е.В. Мелкадзе // Материалы XIV Всероссийского научного форума «Мать и дитя» (24–27 сентября 2013 г.). – М., 2013. – С. 461–462.
- [2] Преждевременные роды, как важнейшая проблема современного акушерства / Г.М. Савельева, Р.И. Шалина, М.А. Курцер и др. // Акушерство и гинекология. – 2012. – №8/2. – С. 4–10.
- [3] Жабченко И. Профилактика преждевременных родов: современные организационные и лечебные возможности / И. Жабченко // З турботою про жінку. – 2012. – №8. – С. 69–71.
- [4] Особенности инициации преждевременных родов на фоне системного нарушения метаболизма / Н.А. Друккер, З.В. Зенкина, М.Г. Некрасова и др. // Материалы XIV Всероссийского научного форума «Мать и дитя». – М., 2013. – С. 57.
- [5] Гичка Н.М. Удосконалення діагностично-терапевтичних заходів при загрозі інтранатального пошкодження недоношеного плода: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня к.мед.н. / Н.М. Гичка. – Львів, 2016. – 20 с.
- [6] Repeated measures of urinary oxidative stress biomarkers during pregnancy and preterm birth / K.K. Ferguson, T.F. McElrath, Y.H. Chen, et al. // Am J Obstet Gynecol. – 2015. – Vol. 212(2). – 208.e18.
- [7] Preterm uterine contractions ultimately delivered at term: safe but not out of danger / H. Ganer Herman, H. Miremberg, A. Dekalo et al. // Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. – 2016. – Vol. 199. – P. 1–4.
- [8] Prevention of spontaneous preterm birth (excluding preterm premature rupture of membranes): Guidelines for clinical practice – Text of the Guidelines / L. Sentilhes, M.V. Senat, P.Y. Ancel et al. // J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). – 2016. – №8. – pii: S0368-2315(16)30112-0.
- [9] Navathe R. Progesterone as a tocolytic agent for preterm labor: a systematic review / R. Navathe, V. Berghella // Curr Opin Obstet Gynecol. – 2016. – Vol. 28(6). – P. 464–469.
- [10] Azria E. The use of progestatives for the prevention of spontaneous preterm birth / E. Azria // J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). – 2016. – Vol. 45(10). – P. 1280–1298.

References

- [1] Spiridonova, N. V., & Melkadze, E. V. (2013) Sostoyanie novorozhdennykh u zhenshin pri prezhdevremennykh rodakh v zavisimosti ot nalichiya ugrozy preryvaniya beremennosti v I, II, III trimestrah gestatsii [State of newborn in women with preterm birth depending on the presence of threatened abortion in I, II, III trimester of gestation]. *Mat' i ditya* Proceedings of the XIV All-Russian Scientific Forum. (P. 461–462), Moscow. [in Russian].
- [2] Savel'eva, G. M., Shalina, R. I., Kurcer, M. A., Klimenko, P. A., Sichinava, L. G., Panina, O. B., et al. (2012) Prezhdevremennyye rody, kak vazhneyshaya problema sovremennogo akusherstva [Preterm labor as the most important problem of modern obstetrics]. *Akusherstvo i ginekologiya*, 8(2), 4–10 [in Russian].
- [3] Zhabchenko I. (2012) Profilaktika prezhdevremennykh rodov: sovremennyye organizatsionnye i lechebnye vozmozhnosti [Prophylaxis of preterm birth: modern properties of organization and treatment]. *Z turbotoiu pro zhinku*, 8, 69–71 [in Ukrainian].
- [4] Drukker, N. A., Zenkina, Z. V., Nekrasova, M. G., Kryimshokolova, Z. S., & Anikeva, N. M. (2013) Osobennosti iniciatsii prezhdevremennykh rodov na fone sistemnogo narusheniya metabolizma [Features of initiation of preterm labor on the background of systemic metabolic disorders]. *Mat' i ditya* Proceedings of the XIV All-Russian Scientific Forum. (P. 57), Moscow. [in Russian].
- [5] Hychka, N. M. (2016) *Udoskonalennia diahnostychno-terapevtychnykh zakhodiv pry zahrozi intranatalnoho poshkodzhennia nedonoshenoho ploda* (Avto-ref. dis...kand. med. nauk). [Improving of the diagnostic and therapeutic actions at risk of intrapartum damage of premature delivered fetus]. Extended abstract of candidate's thesis. Lviv [in Ukrainian].
- [6] Ferguson, K. K., McElrath, T. F., Chen, Y. H., Loch-Carusio, R., Mukherjee, B., & Meeker, J. D. (2015) Repeated measures of urinary oxidative stress biomarkers during pregnancy and preterm birth. *Am J Obstet Gynecol.*, 212(2), 208.e18. doi: 10.1016/j.ajog.2014.08.007.
- [7] Ganer Herman, H., Miremberg, H., Dekalo, A., Barda, G., Bar, J., & Kovo, M. (2016) Preterm uterine contractions ultimately delivered at term: safe but not out of danger. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*, 199, 1–4. doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.01.019.
- [8] Sentilhes, L., Senat, M. V., Ancel, P. Y., Azria, E., Benoist, G., Blanc, J., et al. (2016) Prevention of spontaneous preterm birth (excluding preterm premature rupture of membranes): Guidelines for clinical practice – Text of the Guidelines. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 8, pii: S0368-2315(16)30112-0. doi: 10.1016/j.jgyn.2016.09.011.
- [9] Navathe, R., & Berghella, V. (2016) Progesterone as a tocolytic agent for preterm labor: a systematic review. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 28(6), 464–469. doi: 10.1097/GCO.0000000000000327.
- [10] Azria, E. (2016) The use of progestatives for the prevention of spontaneous preterm birth. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 45(10), 1280–1298. doi: 10.1016/j.jgyn.2016.09.012.

Відомості про автора:

Шевченко А. О., аспірант каф. акушерства та гінекології, Запорізький державний медичний університет, Україна.

Сведения об авторе:

Шевченко А. А., аспірант каф. акушерства и гинекологии, Запорожский государственный медицинский университет, Украина.

Information about author:

Shevchenko A. A., MD, Postgraduate, Department of Obstetrics and Gynecology, Zaporizhzhia State Medical University, Ukraine.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of Interest: author has no conflict of interest to declare.

Надійшло до редакції / Received: 09.12.2016

Після доопрацювання / Revised: 27.12.2016

Прийнято до друку / Accepted: 06.02.2017