

УДК 618.396-06;618.3-039

Н.Ю. Леміш

## Особливості перебігу вагітності в жінок із передчасними пологами

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 2023. 3(95): 21-27; doi 10.15574/PP.2023.95.21

**For citation:** Lemish NY. (2023). Peculiarities of the course of pregnancy in women with premature birth. Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 3(95): 21-27. doi: 10.15574/PP.2023.95.21.

**Мета** — визначити особливості перебігу вагітності та пологів у жінок, які мали ускладнення із групи «великих акушерських синдромів», що клінічно проявлялися передчасними пологами (ПП).

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний клініко-статистичний аналіз перебігу вагітності 69 вагітних зі спонтанними ПП у терміні гестації 24–36 тижнів 6 днів. Залежно від терміну вагітності жінки поділені на групи: I група — 9 вагітних, 24–26 тижнів 6 днів; II група — 28 жінок, 28–31 тиждень 6 днів; III група — 32 вагітні, 32–36 тижнів 6 днів. Контрольну групу (КГ) становили 56 практично здорових вагітних жінок із благополучним репродуктивним анамнезом і неускладненим перебігом цієї вагітності. Статистичну обробку результатів досліджень проведено з використанням стандартних програм «Microsoft Excel 5.0» і «Statistica 6.0».

**Результати.** Виявлено достовірні відмінності між I групою та КГ ( $p=0,007$ ) за наявності ознак загрози переривання вагітності під час другої «хвилі» інвазії цитотрофобласта, тому шанс народити в ранні терміни в 4,2 рази вищий, ніж у термін. За істміко-цервікальної недостатності (ІЦН) спостерігається достовірність відмінностей між I та II групами ( $p=0,0021$ ), I та III групами ( $p=0,012$ ), а також між I групою та КГ ( $p=0,00083$ ), і ризик дуже ранніх ПП вищий за ризик ПП у 2,6 рази, пізніх ПП — у 2,2 рази. Порушення в матково-плацентарному кровообігу має достовірні відмінності між I та II групами ( $p=0,0051$ ). Існує пряма залежність між рівнем артеріального тиску та показниками кровообігу в маткових артеріях. Тому виявлена відмінність не є випадковою: у II групі преєклампсія відзначається достовірно частіше. Порушення плодово-плацентарної гемодинаміки в порівнянні груп вказує на статистично достовірні відмінності між I та II групами ( $p=0,048$ ), а також між I групою та КГ ( $p=0,02$ ). За наявності клінічних ознак синдрому затримки росту плода існує достовірність відмінностей між I та II групами ( $p=0,033$ ).

**Висновки.** До особливостей перебігу вагітності за ПП можна віднести: загрозу переривання в період другої «хвилі» інвазії цитотрофобласта; ІЦН, що може призводити до дуже ранніх ПП; вагінальні інфекційно-запальні та дисбіотичні захворювання. Тяжкі форми плацентарної недостатності та преєклампсії частіше є показанням для переривання вагітності в термінах 28–33 тижнів 6 днів.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення дослідження отримано інформовану згоду жінок.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

**Ключові слова:** перебіг вагітності, передчасні пологи, великі акушерські синдроми, преєклампсія, плацентарна недостатність, вагітність, жінки.

### Peculiarities of the course of pregnancy in women with premature birth

N. Y. Lemish

SHEI «Uzhhorod National University», Ukraine

**Purpose** — to determine the peculiarities of the course of pregnancy and childbirth in women who had complications from the group of major obstetric syndromes, clinically manifested by premature birth (PB).

**Materials and methods.** A retrospective clinical-statistical analysis of the course of pregnancy and childbirth of  $n=69$  pregnant women with spontaneous PB at a gestation period of 24–36 weeks and 6 days was carried out. Depending on the period of pregnancy, they were divided into groups: the Group I — 9 pregnant women 24–26 weeks 6 days, the Group II — 28 women 28–31 weeks 6 days, the Group III — pregnant women 32–36 weeks 6 days. The Control group (CG) consisted of 56 practically healthy pregnant women with a healthy reproductive history and an uncomplicated course of this pregnancy. Statistical processing of research results was carried out using standard Microsoft Excel 5.0 and Statistica 6.0 programs.

**Results.** Were received significant differences between the Group I and the CG ( $p=0.007$ ), in the presence of signs of the threat of termination of pregnancy during the second «wave» of cytotrophoblast invasion, so the chance of giving birth in the early term is 4.2 times higher than at term. In the presence of isthmic-cervical insufficiency (ICN), the reliability of differences between Groups I and II ( $p=0.0021$ ), Groups I and III ( $p=0.012$ ) is observed between the Group I and CG ( $p=0.00083$ ) and the risk of very early PB is 2.6 times higher than the risk of premature, late premature — 2.2 times. Disturbances in uteroplacental blood circulation have the presence of significant differences between Groups I and II ( $p=0.0051$ ). There is a direct relationship between the level of blood pressure and blood circulation in the uterine arteries. Therefore, the observed difference is not accidental: in the Group II, preeclampsia was observed significantly more often. Violation of feto-placental hemodynamics when comparing groups demonstrated the existence of statistically significant differences between Groups I and II ( $p=0.048$ ), as well as between the Group I and CG ( $p=0.02$ ). In the presence of clinical signs of fetal growth retardation syndrome (GRS), there is a significant difference between Groups I and II ( $p=0.033$ ).

**Conclusions.** The features of the course of pregnancy with premature birth include the threat of termination during the second «wave» of cytotrophoblast invasion; isthmic-cervical insufficiency, which can lead to very early premature birth; vaginal infectious-inflammatory and dysbiotic diseases. Severe forms of placental insufficiency and preeclampsia are more often an indication for termination of pregnancy at 28–33 weeks 6 days.

The research was conducted according to principles of Declaration of Helsinki. Protocol of research was proved by local ethical committee, mentioned in institution's work. A informed consent was collected in order to carry out the research.

No conflict of interests was declared by the author.

**Keywords:** course of pregnancy, premature birth, major obstetric syndromes, preeclampsia, placental insufficiency, pregnancy, women.

До пріоритетних наукових напрямків Експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я відносять дослідження з проблем охорони здоров'я жінок під час вагітності та немовлят. За останні 15 років у 4–5 разів зріс рівень загальної захворюваності немовлят, порушення фізичного і нервово-психічного розвитку дітей відзначаються більш ніж у 25% дітей першого року життя. В усьому світі проблема невиношування вагітності вивчається достатньо широко. Впроваджуються в практику різні методи патогенетичної терапії, але проблема залишається актуальною, рівень патології становить від 5% до 20%, і спостерігається високий рівень перинатальних ускладнень [7,10,16,20].

Такі ускладнення гестаційного процесу, як плацентарна недостатність, прееклампсія разом із передчасними пологамі (ПП), входять до складу «великих акушерських синдромів». Це поняття запроваджено R. Romero, G.C. Di Renzo у 2009 р. [3,4,12]. «Великі акушерські синдроми» – це група станів, об'єднаних загальним етіопатогенезом. Серед етіологічних факторів виділяють порушення плацентації, оксидативний та нітрозативний стрес, генетичну схильність, а також запалення [1,2,4,5,12,16,19]. Йдеться про внутрішньоамніотичне запалення. Roberto Romero та співавт. досліджували навколоплідні води, отримані за трансабдомінального амніоцентезу в пацієнток зі спонтанними ПП. У них визначали наявність мікроорганізмів, концентрацію прозапальних цитокінів. Виявилося, що стерильне внутрішньоамніотичне запалення передуює ПП із цілим плодовим міхуром частіше за мікробно-асоційоване. Що стосується дострокового розродження з передчасним розривом плодових оболонок, то мікробна інвазія виявлялася практично в 50% випадків. Зазначені результати R. Romero та співавт. пов'язують із впливом гормонів стресу та прозапальних цитокінів. Однак мікроорганізми все ж таки визначалися в навколоплідних водах, а також плодових оболонках і плаценті жінок, що передчасно народили. У більшості випадків мікробний склад амніотичної рідини відповідав піхвовій мікробіоті, що підтверджує роль висхідного інфікування фетоплацентарного комплексу [13,14]. Але в ряді випадків мікроорганізми, виявлені в навколоплідних водах, повторювали біоценоз ротової порожнини, що доводить можливість гематогенного проникнення інфекту [6]. У сучасній літературі все частіше висловлюється думка про зв'язок дисбіотичних станів інших

локалізацій (ротова порожнина, кишечник) із ПП.

Усі фактори ризику щодо розвитку ПП поділяються на материнські, плодові та поєднані. Група материнських причин найчисленніша, включає медичні та соціально-демографічні фактори ризику. Група медичних причин містить анамнестичні фактори ризику, насамперед до них відносяться ПП у минулому, пізні мимовільні аборти в цієї пацієнтки, а також сімейний анамнез ПП. За даними літератури, саме ПП в анамнезі є найпотужнішим фактором ризику [15,17,18].

До факторів ризику ПП, причому як спонтанних, так і індукованих, слід віднести ускладнення попередньої вагітності у вигляді прееклампсії, плацентарної недостатності, затримки росту плода (ЗРП) [2,4,10].

Крім анамнестичних, велику групу материнських факторів ризику становлять обставини, що виникли в теперішню вагітність. Найбільш обговорюваним у літературі є інфекційний фактор [14,18,20]. Причому ПП можуть виникати як під дією цервіко-вагінальної інфекції, так і за наявності загального інфекційного захворювання. Загальні інфекційні захворювання також можна розглядати як фактор ризику ПП. До них належать гострі респіраторні інфекції, кашлюк, вірусні та бактеріальні пневмонії, менінгіт, сепсис. Істотну роль у достроковому розродженні (як спонтанному, так і індукованому) відіграють екстрагенітальні захворювання жінки. Найчастіше впливають хронічна артеріальна гіпертензія, вроджені та набуті вади серця, цукровий діабет, захворювання нирок (обструктивний і необструктивний пієлонефрит, гломерулонефрит), гіпертиреоз, хвороби пародонту, анемії [16]. Відхилення індексу маси тіла, як у бік дефіциту, так і профіциту ваги, також є фактором ризику ПП [8,10,11,15,17]. До ПП можуть призводити травми, оперативні втручання під час вагітності, особливо на органах черевної порожнини. Крім медичних, факторами ризику розвитку ПП є і соціально-демографічні, насамперед стрес матері. Зокрема, розглядається психоцитокіновий механізм переривання вагітності [10,20].

Третя група факторів ризику ПП включає поєднані причини. Насамперед це ускладнення вагітності у вигляді плацентарної недостатності, ЗРП, прееклампсії, гестаційного цукрового діабету, передчасного відшарування нормально розташованої плаценти [7,10]. Однак,

незважаючи на велику кількість описаних вище факторів ризику, принаймні 40% ПП відбуваються за нез'ясованих причин [16].

Тому проблема ПП була, є і буде актуальною ще тривалий час у сучасному акушерстві.

**Мета** дослідження — визначити особливості перебігу вагітності та пологів у жінок, які мали ускладнення з групи «великих акушерських синдромів», що клінічно проявлялися ПП.

### Матеріали та методи дослідження

На базі КНП «Ужгородський міський пологовий будинок» за період 2017–2021 рр. (клінічна база кафедри акушерства та гінекології медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет») проведено ретроспективний клініко-статистичний аналіз перебігу вагітності 69 вагітних зі спонтанними ПП, які становили основну групу (ОГ). Залежно від терміну вагітності жінки поділені на групи: I група — 9 вагітних, 24–26 тижнів 6 дб; II група — 28 жінок, 28–31 тиждень 6 дб; III група — 32 вагітних, 32–36 тижнів 6 дб. Контрольну групу (КГ) становили 56 практично здорових вагітних жінок із благополучним репродуктивним анамнезом і неускладненим перебігом теперішньої вагітності.

Статистичну обробку результатів досліджень проведено з використанням стандартних програм «Microsoft Excel 5.0» і «Statistica 8.0». Для відносних характеристик обчислено відношення шансів (ВШ) і 95% довірчий інтервал (95% ДІ). Відхилення прийнято статистично значущими за  $p < 0,05$  [9].

### Результати дослідження та їх обговорення

Факторами ризику розвитку ПП є особливості перебігу теперішньої вагітності. Безсумнівно, найважливішу роль у визначенні подальшої «долі» вагітності відіграють процеси формування плаценти. Перша «хвиля» інвазії цитотрофобласта виникає в терміні 6–8 тижнів і завершується до 12 тижнів вагітності.

Тобто до кінця ембріонального періоду матково-плацентарний кровообіг уже сформований. Після деякої паузи в терміні 16–18 тижнів спостерігається друга «хвиля» інвазії цитотрофобласта, що призводить до розширення просвіту міометрального сегмента спіральних артерій, зростанням об'єму кровоплину по них. Якщо в I триместрі інтенсивно ростуть провізорні органи ембріона (головним чином, плацента), то у II триместрі збільшуються темпи зростання плода у зв'язку з посиленням матково-плацентарного кровоплину. Вплив шкідливих факторів у період інвазії цитотрофобласта може призводити до формування плацентарної недостатності, прееклампсії, передчасного переривання вагітності [16].

Результати порівняння груп за наявності загрози переривання вагітності в період першої «хвилі» інвазії цитотрофобласта (6–10 тижнів) наведено в таблиці 1. Діагностика цього стану проводиться за поєднання болю унизу живота з кров'янистими виділеннями зі статевих шляхів або ретрохоріальною гематомою під час ультразвукового дослідження. Кожна четверта пацієнтка, яка народила достроково, перебувала на стаціонарному лікуванні з приводу загрози переривання вагітності в I триместрі в нашій когорті. Це ускладнення не відзначалося у КГ. Однак статистично значущих відмінностей не виявлено.

Далі порівняно групи за частотою виявлення загрози переривання у II триместрі (табл. 2).

За наведеними даними, відмінності значущі між I групою та КГ ( $p = 0,007$ ), тобто за наявності ознак загрози переривання вагітності під час другої «хвилі» інвазії цитотрофобласта шанс народити в ранні терміни в 3,6 раза вищий, ніж у термін. Статистично значущих відмінностей між I, II та III групами не виявлено. Отже, це ускладнення не можна розглядати як фактор ризику лише дуже ранніх ПП.

Важливим фактором ризику невиношування вагітності є істміко-цервікальна недостатність

Загроза переривання вагітності в I триместрі в обстежених вагітних (абс., %)

Таблиця 1

Клінічні ознаки	I група, n=9	II група, n=28	III група, n=32	КГ, n=56
Відсутні	6 (66,7)	21 (75,0)	26 (81,2)	56 (100,0)
Наявні	3 (33,3)	7 (25,0)	6 (18,8)	–
ВШ	–	1,32	2,66	–
95% ДІ	–	0,50–3,48	1,19–4,18	–
p відносно I групи	–	0,021	0,012	0,00083

Загроза переривання вагітності у II триместрі в обстежених вагітних (абс., %)

Таблиця 2

Клінічні ознаки	I група, n=9	II група, n=28	III група, n=32	КГ, n=56
Відсутні	5 (55,6)	19 (67,8)	22 (68,7)	49 (87,5)
Наявні	4 (44,4)	9 (32,2)	10 (31,3)	7 (12,5)
ВШ	–	1,52	1,22	4,2
95% ДІ	–	0,62–2,30	0,70–2,11	1,18–15,27
p відносно I групи	–	0,62	0,48	0,007

Наявність істміко-цервікальної недостатності у обстежених вагітних (абс., %)

Таблиця 3

Клінічні ознаки	I група n=9	II група n=28	III група n=32	КГ n=56
Відсутні	62 (71,3)	66 (86,8)	138 (84,7)	56 (100,0)
Наявні	25 (28,7)	10 (13,2)	25 (15,3)	–
ВШ	–	2,66	2,23	–
95% ДІ	–	1,18–5,99	1,19–4,18	–
p відносно I групи	–	0,0021	0,012	0,00083

Наявність істміко-цервікальної недостатності у обстежених вагітних (абс., %)

Таблиця 4

Клінічні ознаки	I група, n=9	II група, n=28	III група, n=32	КГ, n=56
Відсутні	2 (22,2)	13 (46,4)	12 (37,5)	44 (78,6)
Наявні	7 (77,8)	15 (53,6)	20 (62,5)	12 (21,4)
ВШ	–	2,00	1,29	8,40
95% ДІ	–	1,06–3,77	0,75–2,23	2,87–24,55
p відносно I групи	–	0,038	0,41	0,00003

(ІЦН). Дані про частоту виявлення цього стану за групами наведено в таблиці 3.

Привертає увагу наявність статистично значущих відмінностей між I та II групами ( $p=0,0021$ ), I та III групами ( $p=0,012$ ), а також між I групою та КГ ( $p=0,00083$ ). Окрім цього, у таблиці 3 показано, що за ІЦН ризик дуже ранніх ПП вищий за ризик передчасних у 2,2 раза, пізніх передчасних – в 1,9 раза. Тобто це ускладнення вагітності можна віднести до факторів ризику переривання вагітності в ранні терміни (з 24 до 31 тижнів 6 днів).

Факторами ризику розвитку ІЦН та ПП є інфекційно-запальні та дисбіотичні стани піхви під час вагітності (табл. 4).

У таблиці 4 наведено дані про поширеність порушень мікробіоценозу піхви протягом вагітності у групах дослідження. Привертає увагу те, що у всіх групах із ПП частота виявлення зазначених порушень перевищує 50%, тоді як у групі термінових пологів КГ вона становить усього 12 (21,4%) випадків. Виявлено близькі до порога значущості відмінності між I та II групами ( $p=0,038$ ), I групою та КГ ( $p<0,001$ ). Отримані дані підтверджують, що за наявності дисбіотичних та інфекційно-запальних захворювань піхви ризик ранніх пологів вищий за ризик передчасних у 1,5 раза, термінових – у 3,6 раза.

Одним із клінічних проявів «великих акушерських синдромів» є преєклампсія, яка

Преєклампсія в обстежених вагітних (абс., %)

Таблиця 5

Клінічні ознаки	I група, n=9	II група, n=28	III група, n=32	КГ, n=56
Відсутні	8 (88,9)	21 (75,0)	27 (84,4)	26 (100,0)
Наявні	1 (11,1)	7 (25,0)	5 (15,6)	–
ВШ	–	0,37	0,78	–
95% ДІ	–	0,16–0,89	0,34–1,79	–
p відносно I групи	–	0,033	0,68	0,11

Таблиця 6

## Порушення матково-плацентарного кровообігу в обстежених вагітних (абс., %)

Клінічні ознаки	I група, n=9	II група, n=28	III група, n=32	КГ, n=56
Відсутні	7 (77,8)	20 (71,4)	24 (75,0)	52 (92,8)
Наявні	2 (22,2)	8 (28,6)	8 (25,0)	4 (7,2)
ВШ	–	0,78	0,95	3,35
95% ДІ	–	0,38–1,61	0,51–1,78	0,73–15,48
p відносно I групи	–	0,0051	1,0	0,15

Таблиця 7

## Порушення плодово-плацентарного кровообігу в обстежених вагітних (абс., %)

Клінічні ознаки	I група, n=9	II група, n=28	III група, n=32	КГ, n=56
Відсутні	7 (77,8)	21 (75,0)	25 (78,1)	56 (100,0)
Наявні	2 (22,2)	7 (25,0)	7 (21,9)	–
ВШ	–	0,63	0,96	–
95% ДІ	–	0,30–1,33	0,49–1,87	–
p відносно I групи	–	0,048	1,0	0,020

Таблиця 8

## Синдром затримки розвитку плода в обстежених вагітних (абс., %)

Клінічні ознаки	I група, n=9	II група, n=28	III група, n=32	КГ, n=56
Відсутні	8 (88,9)	22 (78,6)	24 (75,0)	55 (98,2)
Наявні	1 (11,1)	6 (21,4)	8 (25,0)	1 (1,8)
ВШ	–	0,42	0,77	4,00
95% ДІ	–	0,19–0,92	0,37–1,61	0,49–32,33
p відносно I групи	–	0,033	0,59	0,29

може призводити до передчасного переривання вагітності (табл. 5).

За даними таблиці 5, найбільша частота гіпертензивних розладів за вагітності спостерігається у вагітних II та III груп. Імовірно, саме з цими ускладненнями пов'язана висока частка індукованих розроджень у групах ранніх ПП і ПП. Достовірні відмінності виявлені між I та II групами ( $p=0,033$ ).

Аналізуючи наявність екстрагенітальних захворювань у жінок із ПП, що ускладнюють перебіг вагітності, не можна не відзначити впливу анемії. Найчастіше у вагітних відзначають залізодефіцитну анемію, що пов'язано зі зростанням потреб для росту плода та плаценти за неадекватного поповнення з їжею або порушенням засвоєння внаслідок захворювань шлунково-кишкового тракту. Слід зазначити, що тяжка анемія в досліджуваній когорті не спостерігалася. У всіх групах ПП траплялися поодинокі випадки захворювання середнього ступеня тяжкості. Загалом достовірні відмінності між групами відсутні, а поширеність анемії у групах порівняння і контролю досить висока — близько 50%.

Протягом вагітності (у скринінгові терміни) усім пацієнткам виконано ультразвукове дослідження фетоплацентарного комплексу з доплерометрією. Це необхідно для своєчасного виявлення порушень матково-плацентарного кровообігу та діагностики ЗРП. Порушення матково-плацентарної гемодинаміки є раннім предиктором гіпертензивних розладів, плацентарної недостатності (табл. 6).

У таблиці 6 показано наявність достовірних відмінностей між I та II групами ( $p=0,0051$ ). Тобто порушення в матково-плацентарному кровообігу достовірно частіше зустрічалися в I групі. Є пряма залежність між рівнем артеріального тиску та показниками кровообігу в маткових артеріях. Тому виявлена відмінність не є випадковою: у II групі артеріальна гіпертензія відзначалася частіше. Що стосується порушень плодово-плацентарної гемодинаміки, порівняння груп також виявило статистично достовірні відмінності між I та II групами ( $p=0,048$ ), а також між I групою та КГ ( $p=0,02$ ) (табл. 7).

З цього випливає, що індукція пологів у II групі була обумовлена ускладненнями не

лише з боку матері за наявності тяжкої преєкламсії, але й з боку плода у вигляді порушень плодово-плацентарної гемодинаміки. Порушення кровообігу в системі «мати–плацента–плід», які визначаються за доплерометрії, у кінцевому результаті призводять до ЗРП (табл. 8).

У таблиці 8 наведено значущі відмінності між I та II групами ( $p=0,033$ ). Імовірно, велика кількість плодів із синдромом ЗРП у II групі пов'язана з високою частотою тяжких преєкламсій серед пацієнток цієї групи.

Аналізуючи особливості перебігу вагітності, насамперед слід відзначити загрозу переривання в різні терміни. За нашими даними, загроза переривання вагітності в терміні 6–8 тижнів відзначалася приблизно в кожній четвертій жінки з ПП усіх термінів, і була відсутня в пацієнток із терміновими пологамі, статистично значущих відмінностей між групами не виявлено. Що ж до загрози пізнього викидня в 16–18 тижнів, то виявлено статистично значущу різницю між групами ранніх і термінових пологів. У нашому дослідженні найбільша частота виявлення преєкламсії відмічалася у II групі ПП (статистично достовірні відмінності виявлені порівняно з I групою) – 7 (25,0%) випадків. Це є закономірним, тому що в цій же групі виявлено максимальну частоту розладів матково-плацентарної гемодинаміки – 8 (28,6%) випадків, а описані доплерометричні особливості є послідовними етапами розвитку плацентарної недостатності. Дещо нижчим є цей показник у групі ранніх ПП – 2 (22,2%) випадки, а пізніх ПП – 8 (25,0%) випадків, за термінових пологів – 4 (7,2%) випадки. За нашими даними, статистично достовірні відмінності виявлені

між групами ранніх ПП та ПП, найбільша частота виявлення ЗРП зафіксована в III групі – 8 (25,0%) випадків, у II групі цей показник був дещо нижчий – 6 (21,4%) випадків, у I групі нижчий – 1 (11,1%) випадок, за термінових пологів у КГ – 1 (11,8%) випадок.

У нашій роботі вивчено поширеність інфекційно-запальних і дисбіотичних станів піхви протягом теперішньої вагітності. Виявлено, що патологічні зміни вагінального мікробіоценозу супроводжують більшість ПП у будь-якому терміні, водночас за своєчасного розродження зустрічаються лише в 12 (21,4%) випадків (відмінності між групами I групою та КГ статистично достовірні). Усе це дає змогу припустити, що, по-перше, необхідна корекція біоценозу піхви, кишечника, ротової порожнини на прегравідарному етапі, по-друге, варто уникати нераціональної антибактеріальної терапії на всіх етапах життя жінки. Ймовірно, однією з причин, через яку інфекційний фактор настільки значущий в Україні, є висока частота необґрунтованого застосування антибіотиків.

## Висновки

Отже, до факторів ризику ПП із розглянутих особливостей перебігу вагітності можна віднести загрозу переривання в період другої «хвилі» інвазії цитотрофобласта, ІЦН, вагінальні інфекційно-запальні та дисбіотичні захворювання. Крім того, ІЦН може призводити до ранніх ПП. Тяжкі форми плацентарної недостатності та преєкламсії частіше є показанням для переривання вагітності в термінах 28–33 тижнів 6 діб.

*Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.*

## References/Література

1. Brosens I et al. (2011). The «Great Obstetrical Syndromes» are associated with disorders of deep placentation. *American journal of obstetrics and gynecology*. 204 (3): 193–201.
2. Brosens I, Puttemans P, Benagiano G. (2019). Placental bed research: I. The placental bed: from spiral arteries remodeling to the great obstetrical syndromes. *American journal of obstetrics and gynecology*. 221 (5): 437–456.
3. Di Renzo GC. (2009). The great obstetrical syndromes. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 22 (8): 633–635.
4. Di Renzo, Giancarlo C et al. (2017). Preterm labor and birth management: recommendations from the European Association of Perinatal Medicine. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 30; 17: 2011–2030.
5. Docheva N, Romero R, Chaemsaitong P, Tarca AL, Bhatti G, Pacora P et al. (2019). The profiles of soluble adhesion molecules in the «great obstetrical syndromes». *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 32 (13): 2113–2136.
6. Fischer LA, Demerath E, Bittner-Eddy P, Costalonga M. (2019). Placental colonization with periodontal pathogens: the potential missing link. *American journal of obstetrics and gynecology*. 221 (5): 383–392.
7. Hychka NM. (2019). Features of pregnancy, delivery, the condition of the fetus and newborn in women with miscarriage in history (Retrospective analysis). *Health of woman*. 3 (139): 44–48. [Гичка НМ. (2019). Особливості вагітності, пологів, стану плода та новонародженого у жінок з невиношуванням в анамнезі (ретроспективний аналіз). *Здоров'я жінки*. 3 (139): 44–48]. doi: 10.15574/HW.2019.139.44.
8. Kusa OM, Pakharenko LV, Basyuga IO. (2021). Miscarriage: the main etiopathogenetic aspects of isth-mic-cervical pathology. *X International Scientific and Practical*

- Conference «Topical issues, achievements and innovations of fundamental and applied sciences»: 171–173].
9. Mintser AP. (2018). Statisticheskie metody issledovaniya v klinicheskoy meditsine. *Prakticheskaya meditsina*. 3: 41–45.
  10. Mosendz OV. (2021). Causes and clinic of very early preterm birth. *Reproductive Health of Women*. 6: 44–49.
  11. Owens DK, Davidson KW, Krist AH et al. (2020). Screening for Bacterial Vaginosis in Pregnant Persons to Prevent Preterm Delivery: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 323; 13: 1286–1292.
  12. Romero R et al. (2022). Toward a new taxonomy of obstetrical disease: improved performance of maternal blood biomarkers for the great obstetrical syndromes when classified according to placental pathology. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 227 (4): 615–e1.
  13. Romero R, Miranda J, Chaemsaitong P, Chaiworapongsa T, Kusanovic JP, Dong Z et al. (2015). Sterile and microbial-associated intra-amniotic inflammation in preterm prelabor rupture of membranes. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine*. 28 (12): 1394–1409.
  14. Romero R, Miranda J, Kusanovic JP, Chaiworapongsa T, Chaemsaitong P, Martinez A et al. (2015). Clinical chorioamnionitis at term I: microbiology of the amniotic cavity using cultivation and molecular techniques. *Journal of perinatal medicine*. 43 (1): 19–36.
  15. Shevchenko A, Syusyuka V, Kyryliuk A, Deynichenko O, Onopchenko S. (2022). Preterm labor in modern obstetrics. *Sciences of Europe*. (91–1): 45–51.
  16. Solovej VM. (2020). Diahnostyka platsentarnoi dysfunktsii ta prohnozuvannya perynatalnykh uskladnen u zhinok iz nevinoshuvanniam u ranni terminy hestatsii (ohliad literatury). *Klinichna ta eksperymentalna patolohiia*. [Соловей ВМ. (2020). Діагностика плацентарної дисфункції та прогнозування перинатальних ускладнень у жінок із невиношуванням у ранні терміни гестації (огляд літератури). *Клінічна та експериментальна патологія*]. URL: <http://dspace.bsmu.edu.ua:8080/xmlui/handle/123456789/17446>.
  17. Susidko O, Kizok O. (2023). Nevynoshuvannya ta perynatalna patolohiia u zhinok pislia nevdalikh sprob dopomizhnykh reproduktyvnykh tekhnolohii. *Perinatology and reproductology: from research to practice*. 3 (1): 38–43. [Susidko O, Kizok O. (2023). Невиношування та перинатальна патологія у жінок після невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій. *Perinatology and reproductology: from research to practice*. 3 (1): 38–43].
  18. Susidko O. (2023). Perynatalna patolohiia u zhinok z reproduktyvnymy vtratamy v anamnezi. *Perinatology and reproductology: from research to practice*. 3 (2): 36–43. [Сусідко О. (2023). Перинатальна патологія у жінок з репродуктивними втратами в анамнезі. *Perinatology and reproductology: from research to practice*. 3 (2): 36–43].
  19. Sweeting A, Park F, Hyett J. (2015). The first trimester: prediction and prevention of the great obstetrical syndromes. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*. 29 (2): 183–193.
  20. Walani SR. (2020). Global burden of preterm birth. *Int J Gynecol Obstet*. 150: 31–33.

**Відомості про авторів:**

**Леміш Наталія Юрївна** — к.мед.н., доц. каф. акушерства та гінекології медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Адреса: м. Ужгород, пл. Народна, 3. <https://orcid.org/0000-0003-0893-8565>.  
Стаття надійшла до редакції 17.06.2023 р.; прийнята до друку 10.09.2023 р.