

# Видання Королівського коледжу акушерів і гінекологів Великобританії «ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ У ТЕРМІНІ ГЕСТАЦІЇ НА МЕЖІ ЖИТТЄЗДАТНОСТІ ПЛОДА»\*

## Коротка довідка

Розродження на порозі життєздатності плода (термін вагітності 23<sup>+0</sup>–24<sup>+6</sup> тижнів) є серйозною медичною та етичною проблемою. За даними міжнародного консенсусу, при розродженні на 22 тижні вагітності немає жодної надії щодо виживання новонародженого. Термін 22<sup>+6</sup> тижнів вважається пороговим для збереження життєздатності дитини після народження. Термін 25 і більше тижнів є загальноприйнятним для початку активного ведення пологів [1]. Враховуючи помітне поліпшення виживаності глибоко недоношених немовлят, в Англії до відділень новонароджених надходить більше дітей віком до 26 повних тижнів гестації (зростання на 30%) [2]. Констатовано загальне зростання виживаності на 12% (від 40 до 52%) [3].

## Докази

### Прогнозування загальних наслідків пологів

Гестаційний вік є основним чинником, що визначає практично всі перинатальні наслідки. У терміні на межі життєздатності плода всього лише 5 додаткових днів його внутрішньоутробного перебування може подвоїти шанси на виживання і значно зменшити рівень неврологічних порушень. Точну оцінку віку плода на початку вагітності здійснюють за допомогою ультразвукового дослідження (УЗД). Тому вкрай важливо проводити УЗД у I триместрі вагітності [8]. Маса при народженні та жіноча стать позитивно пов'язані з виживаністю після екстремально передчасних пологів [9]. Передбачувану масу плода (ПМП) можна розрахувати за допомогою УЗД. Проте точність

визначення ПМП може варіювати між спостереженнями через передчасний розрив плодових оболонок, низьке розміщення передлеглої частини плода. У систематичному огляді методів визначення ПМП недоношених плодів було зареєстровано достовірні значення похибок, при цьому використання спеціальних формул визначення маси плода не рекомендується [10].

### Транспортування *in utero*

Показник виживаності новонароджених зростає, якщо екстремально недоношені діти народжуються у неонатальному відділенні відповідного рівня. Для прогнозування передчасних пологів разом із проведенням вагінального дослідження застосовують низку методів — дослідження фетального фібронектину; протеїну-1, що зв'язує цервікальний фосфорильований інсуліноподібний фактор росту; трансвагінальне УЗ вимірювання довжини шийки матки [6].

### Профілактика та відтермінування передчасних пологів

Враховуючи переваги збільшення гестаційного віку для виживаності екстремально недоношених новонароджених, багато уваги приділялося методам запобігання чи відтермінування передчасних пологів за їх загрози. Щоправда, для деяких жінок продовження терміну вагітності може бути недоцільним через внутрішньоутробні інфекції або відшарування плаценти.

Серкляж шийки матки може врятувати при достроковому розкритті шийки матки і проникненні плодових оболонок до піхви, проте його не рекомен-



Royal College of  
Obstetricians and  
Gynaecologists

### Поради науковців

видання № 41  
Лютий 2014 р.

Перегляд документа  
заплановано на 2016 р.

дують застосовувати у разі, коли передчасні пологи вже розпочалися [14]. У разі настання передчасної пологової діяльності у пацієнтки зі швом на шийці матки його знімають, аби уникнути непотрібної травматизації шийки.

Нещодавно було узагальнено докази використання токолізу при передчасних пологах [15]. У систематичних оглядах не розрізнялось використання токолітиків при термінах вагітності на межі життєздатності плода (<26 тижнів) з пізнішими термінами. В одному систематичному огляді було зроблено висновок, що застосування токолітиків не асоціювалося зі значним зниженням народжуваності до 30-го тижня вагітності [16].

Нещодавно проведений мета-аналіз серед жінок, у яких існує загроза початку пологів або вони вже розпочалися за наявності інтактних плодових оболонок, свідчить про недостатність доказів використання прогестерону як токолітика [21].

\* Друкується зі скороченнями.



## Призначення кортикостероїдів в антенатальному періоді

Переваги для новонароджених від призначення кортикостероїдів у допологовому періоді добре відомі. Всі жінки із загрозою передчасних пологів між 24<sup>+0</sup> та 34<sup>+6</sup> тижнів вагітності повинні отримувати кортикостероїди [22]. Високоякісне проспективне когортне дослідження показало, що допологове призначення кортикостероїдів при вагітності 23–25 тижнів асоціювалося з нижчими показниками смертності чи патологій розвитку нервової системи на 18–22 місяці життя [23].

Застосування повторних доз кортикостероїдів не знижує ризик передчасних пологів через 7 днів чи більше після першого курсу [24].

## Призначення антибіотиків матері

Передчасні пологи є фактором ризику розвитку у новонароджених захворювань, спричинених стрептококом групи В (СГБ). Нещодавно були оцінені докази застосування антибіотиків з метою запобігання неонатальному сепсису. Кілька досліджень стосувались екстремально недоношених немовлят [25, 26]. До ознак захворювання відносили підозрюваний чи клінічно підтверджений хоріоамніоніт. Наявність при пологах лихоманки >38°C, амніотичної рідини з неприємним запахом, лейкоцитів чи бактерій в амніотичній рідині, тахікардія плода чи меконій у навколоплідних водах визначалися факторами ризику розвитку неонатальної інфекції. У випадках передчасних пологів з розривом плодових оболонок рекомендували антибіотикопрофілактику — внутрішньовенну інфузію бензилпеніциліну — з метою запобігання розвитку неонатальної інфекції [25].

## Роль кесаревого розтину

У випадку, коли необхідне негайне розродження, наприклад, у разі масивної допологової кровотечі чи гострої форми еклампсії, кесарів розтин — єдиний варіант надання невідкладної допомоги. Ретроспективне дослідження, проведене в США, показало, що народження немовлят між 22–25 тижнями вагітності за допомогою кесаре-

вого розтину асоціюється зі зниженою смертністю новонароджених [38]. А от дослідження недоношених немовлят <1500 г, проведене в Ізраїлі, показало, що кесарів розтин не асоціюється зі сприятливим впливом на виживаність, за винятком підгрупи хворих на хоріоамніоніт [35].

Дані іншого дослідження показують, що не слід рекомендувати рутинне виконання кесаревого розтину при передчасних пологах і тазовому передлежанні. Спосіб розродження у цьому разі має обговорюватися індивідуально із жінкою та її партнером.

## Довгострокові результати

Виживаність після народження екстремально недоношених дітей відрізняється у різних країнах. Частково ці відмінності пояснюються різним ступенем доступності інтенсивної терапії новонароджених і правилами прийняття рішень щодо припинення реанімаційних заходів. У проспективному обсерваційному популяційному дослідженні, проведеному у Франції (1997), виживаність до моменту виписки при пологах на 23 тижні становила 0%, на 24 тижні — 31% і на 25 тижні — 50% [53].

В іншому дослідженні (1995) із 811 немовлят, що поступили до неонатального відділення, вижили 314 (39%) [54]. Серед тих, що залишились живими, 17% мали паренхіматозні кисти і/або гідроцефалію, 14% — ретинопатію недоношених і 51% потребували терапії киснем. Помилки, допущені при антенатальному призначенні стероїдів матері і переведенні до відділення інтенсивної терапії новонароджених протягом 24 годин після пологів, були предикторами більшості патологій розвитку. Серед дітей, які вижили, у віці 6 років 13% хворіли на інвалідизуючий церебральний параліч, 13% мали тяжкі сенсорні порушення, а 21% дітей мали коефіцієнт інтелектуального розвитку на 3 пункти менший, ніж у дітей, які народилися у більш пізні терміни [55].

## Висновки

Межа життєздатності внутрішньотробних дітей постійно знижується завдяки досягненням перинатальної

і неонатальної медицини. В Японії (1991) було внесено зміни щодо визначення межі життєздатності плода у терміні 22–24 тижні вагітності [56]. У той же час у Великобританії ця межа залишилася на рівні 24 тижні через погану виживаність народжених у термінах вагітності, нижчих за цей поріг. А в деяких європейських країнах ця межа визначається як 26 тижнів через високий ризик інвалідності.

У немовлят, які народилися у терміні між 23<sup>+0</sup> та 24<sup>+6</sup> тижнів вагітності з вагою при народженні 500–599 г, спостерігається найбільша невизначеність щодо виживання і стану здоров'я [57]. Для цих дітей лінія між їхнім існуванням як пацієнтів та доцільністю надання медичної допомоги розмита. Якщо маса тіла при народженні <500 г, реанімаційні заходи повинні застосовувати після ретельного аналізу. Немовлята, народжені у терміні >25 тижнів вагітності і вагою >600 г, є достатньо зрілими, аби виправдати інтенсивну терапію.

Загалом, необхідно пам'ятати, що при передчасних пологах ситуація виглядає драматично і є непередбачуваною, а кілька додаткових днів гестації створюють величезну різницю щодо виживаності і результатів для новонароджених.

У більшості випадків екстремально передчасні пологи розпочинаються зі спонтанних передчасних переймів, коли зусилля лікаря є обмеженими. Рідше трапляється планове розродження на межі життєздатності плода внаслідок безпосередньої загрози життю матері (наприклад, при тяжкій прееклампсії чи хоріоамніоніті). У будь-якому разі, важливо узгодити план ведення вагітності і догляду за дитиною з пацієнткою та її чоловіком ще до народження дитини. Вибір батьків і етапи обговорення необхідно ретельно задокументувати.

Пологи на межі життєздатності плода є однією з найбільших акушерських дилем. У разі, коли природа вирішила, що час внутрішньоутробного перебування плода закінчився, для прийняття рішень часу залишається дуже мало. Проте, враховуючи, що майже всі дослідження або мали недостатню потужність, або не мали стратифікації



за рівнями екстремальної недоношеності, забезпечення перинатального ведення на цих термінах вагітності без достатньої доказової бази, швидше за все, триватиме.

## ДОДАТОК. Планування пологів

Щоб найточніше визначити гестаційний вік, слід використовувати УЗД на ранніх термінах вагітності. Інформація про передбачувану масу плода в ситуації, коли кілька грамів можуть змінити рішення про характер втручання, допоможе прийняти оптимальне рішення. Результати доплерографії плода (артерії пуповини, середньої мозкової артерії, венозного протоку), встановлення статі плода і визначення інфекцій або вроджених аномалій необхідно використовувати при консультуванні батьків щодо можливого результату пологів.

Батькам необхідно надати можливість відвідати відділення інтенсивної терапії новонароджених, якщо клінічний стан матері дозволяє це зробити, та делікатно ознайомити їх з потребами екстремально недоношеної дитини.

Вагітних з наявним ризиком пологів на порозі життєздатності плода варто транспортувати до перинатального центру з відповідними можливостями реанімації новонароджених у терміні вагітності від 23<sup>+0</sup> тижнів. До перинатальних центрів варто переводити жінок з наявністю одного чи більше симптомів передчасних пологів: довжина шийки матки <15 мм, позитивний тест на фібрoneктин плода (<50 нг/мл), позитивні значення протеїну-1, що зв'язує цервікальний фосфорильований інсуліноподібний фактор росту, передчасні пологи чи передчасний розрив плодових оболонок в анамнезі.

## Допологові втручання у матері і плода

Хоча токоліз у випадках, коли плід знаходиться на межі життєздатності, не має переваг у неонатальному періоді, він може бути корисним для жінок, яким потрібен час, аби прибути до перинатального центру або завершити курс кортикостероїдів. Призначати стероїди необхідно після 22<sup>+6</sup> тижнів вагітності.

## Моніторинг під час пологів

Якщо активна акушерська допомога в інтересах плода не планується, безперервний моніторинг частоти серцевих скорочень (ЧСС) плода не рекомендується. У цьому випадку ЧСС плода вислуховується періодично, через проміжки часу, встановлені на індивідуальній основі, і служить для визначення ознак життєздатності плода під час пологів.

Безперервний моніторинг ЧСС плода слід розглядати, коли після обговорення з батьками було вирішено здійснити терміновий кесарів розтин у випадку патологічних показників кардіотокографії плода.

## Література

- Pignotti M. S. Perinatal care at the threshold of viability: an international comparison of practical guidelines for the treatment of extremely preterm births / M. S. Pignotti, G. Donzelli // *Pediatrics*. — 2008. — N 121. — P. 193–198.
- EPIcure 2 Perinatal Group. Survival and early morbidity of extremely preterm babies in England: changes since 1995 // *Arch. Dis. Child*. — 2008. — 93 (Suppl.). — P. 33–34.
- Short term outcomes after extreme preterm birth in England: comparison of two birth cohorts in 1995 and 2006 (the EPIcure studies) / K. L. Costeloe, E. M. Hennessy, S. Haider [et al.] // *BMJ*. — 2012. — N 345. — P. 7976.
- Thames Regional Perinatal Group. Framework for practice relating to the birth of extremely immature babies (22–26 weeks gestation). — London. — Thames Regional Perinatal Group, 1999.
- Management of babies born extremely preterm at less than 26 weeks gestation: a framework for clinical practice at the time of birth / A. R. Wilkinson, J. Ahluwalia, A. Cole [et al.] // *Arch. Dis. Child. Fetal. Neonatal. Ed.* — 2009. — N 94. — P. 2–5.
- Fenton A. Management of acute in-utero transfers: a framework for practice / A. Fenton, D. Peebles, J. Ahluwalia. — London. — British Association of Perinatal Medicine, 2008 [http://www.bapm.org/publications/documents/guidelines/IUTsJun08\_final.pdf]
- Nuffield Council on Bioethics. Critical care decisions in fetal and neonatal medicine: ethical issues [http://www.nuffieldbioethics.org/sites/default/files/CCD%20web%20version%2022%20June%2007%20(updated).pdf].
- Fetal size and dating: charts recommended for clinical obstetric practice / P. Loughna, L. Chitty, T. Evans [et al.] // *Ultrasound*. — 2009. — N 17. — P. 161–167.
- Neonatal survival rates in 860 singleton live births at 24 and 25 weeks gestational age. A Canadian multicentre study / S. B. Effer, J. M. Moutquin, D. Farine [et al.] // *BJOG*. — 2002. — N 109. — P. 740–745.
- Dudley N. J. A systematic review of the ultrasound estimation of fetal weight / N. J. Dudley // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* — 2005. — N 25. P. 80–89.

- Screening to prevent spontaneous preterm birth: systematic reviews of accuracy and effectiveness literature with economic modelling / H. Honest, C. A. Forbes, K. H. Duree [et al.] // *Health Technol. Assess.* — 2009. — N 13. — P. 1–627.
- Cervical length at 22–24 weeks of gestation: comparison of transvaginal and transperineal-translabial ultrasonography / S. Cicero, C. Skentou, A. Souka [et al.] // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* — 2001. — N 17. — P. 335–340.
- Fischer R. L. Cervical length measurement by translabial sonography in women with preterm premature rupture of membranes: can it be used to predict the latency period or peripartum maternal infection / R. L. Fischer, J. D. Austin // *Matern. Fetal. Neonatal. Med.* — 2008. — N 21. — P. 105–109.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Cervical Cerclage. Green-top Guideline No. 60. — London: RCOG, 2011.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Tocolysis for Women in Preterm Labour. Green-top Guideline No. 16. — London: RCOG, 2011.
- Tocolytics for preterm labor: a systematic review / K. Gyetvai, M. E. Hannah, E. D. Hodnett [et al.] // *Obstet. Gynecol.* — 1999. — N 94. — P. 869–877.
- Oxytocin receptor antagonists for inhibiting preterm labour / D. Papatsonis, V. Flenady, S. Cole [et al.] // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2005 (3): CD004452.
- An oxytocin receptor antagonist (atosiban) in the treatment of preterm labor: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial with tocolytic rescue / R. Romero, B. M. Sibai, L. Sanchez-Ramos [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2000. — N 182. — P. 1173–1183.
- Randomized double-blind placebo-controlled trial of transdermal nitroglycerin for preterm labor / G. N. Smith, M. C. Walker, A. Ohlsson [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2007. — N 196. P. 1–8.
- Conde-Agudelo A. Nifedipine for the management of preterm labor: a systematic review and meta-analysis / A. Conde-Agudelo, R. Romero, J. P. Kusanovic // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2011. — N 204. — P. 1–20.
- Su L. L. Progestational agents for treating threatened or established preterm labour / L. L. Su, M. Samuel, Y. S. Chong // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2010 (1): CD006770.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecology. Antenatal corticosteroids to reduce neonatal morbidity and mortality. Green-top Guideline No. 7. — London: RCOG, 2010.
- Association of antenatal corticosteroids with mortality and neurodevelopmental outcomes among infants born at 22 to 25 weeks gestation / W. A. Carlo, S. A. McDonald, A. A. Fanaroff [et al.] // *JAMA*. — 2011. — N 306. — P. 2348–2358.
- Crowther C. A. Repeat doses of prenatal corticosteroids for women at risk of preterm birth for preventing neonatal respiratory disease / C. A. Crowther, J. E. Harding // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2007 (18): CD003935.
- National Institute of Health and Clinical Excellence. Antibiotics for early-onset neonatal infection: antibiotics for the prevention and treatment of early-onset neonatal infection. CG149. — London: NICE, 2012.

Повний список — в редакції

