

УДК 616–053.31–07–042.2:[618.36–007.4–02:618.5–089.888.61]

**В.В. Камінський¹, П.В. Лакатош², А.М. Лакатош⁴, М.І. Антонюк³,
Ю.М. Мельник¹, О.Ю. Костенко³, В.П. Лакатош³**

Порівняльний аналіз стану новонароджених при передлежанні плаценти та його поєднанні зі спектром аномального прикріплення плаценти в жінок із рубцем на матці після попереднього кесаревого розтину

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ²КНП «Перинатальний центр м. Києва», Україна³Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна⁴КНП «Київський міський центр репродуктивної та перинатальної медицини», Україна

Ukrainian Journal Health of Woman. 2025. 4(179): 55-63; doi: 10.15574/HW.2025.4(179).5563

For citation: Kaminsky VV, Lakatos PV, Lakatos AM, Antonyuk MI, Melnyk YM, Kostenko OY, Lakatos VP. (2025). Comparative analysis of neonatal outcomes in placenta previa and placenta previa with placenta accreta spectrum in women with uterine scar after previous cesarean section. *Ukrainian Journal Health of Woman*. 4(179): 55-63. doi: 10.15574/HW.2025.4(179).5563

Зростання частоти кесаревого розтину (КР) підвищує ризик патологічної плацентації. Передлежання плаценти (РР) і його поєднання зі спектром аномального прикріплення плаценти (РР+PAS) у жінок із рубцем на матці після попереднього КР істотно впливають на неонатальні результати.

Мета – порівняти стан новонароджених при РР і РР+PAS у жінок із рубцем на матці після КР.

Матеріали і методи. У 2022–2025 рр. обстежено 205 вагітних: I група – РР без PAS (n=66), II група – РР+PAS (n=79), III група – без РР і PAS, контрольна (n=60). Оцінено неонатальні показники, ускладнення, госпіталізацію до відділення анестезіології та інтенсивної терапії новонароджених, перебування на сумісному догляді та причини неонатальної летальності. Статистичний аналіз виконано за допомогою t-критерію Стьюдента та χ^2 ; $p < 0,05$.

Результати. Частота екстреного КР при РР+PAS становила 32,9%. Середня маса тіла новонароджених була нижчою при РР+PAS (2610 г) порівняно з РР (2890 г) і в жінок без РР і PAS (3310 г) з нижчими оцінками Апґар. Частота ускладнень при РР порівняно з РР+PAS становила: дистрес плода – 27,3% проти 43,0%; асфіксія – 18,2% проти 36,7%; респіраторний дистрес-синдром – 21,2% проти 40,5%; гіпоксично-ішемічна енцефалопатія – 12,1% проти 26,6%; анемія – 15,2% проти 31,6%; інфекційні ускладнення – 10,6% проти 22,8%. Транзиторні порушення за сумісного перебування новонародженого з родиллю (низька маса тіла, гіпоглікемія) при РР становили 9,1% і 15,1%, а при РР+PAS – 15,2% і 22,8%. РР+PAS асоціювався з п'ятикратним зростанням рівня неонатальної летальності й тяжкими ураженнями.

Висновки. Порівняльний аналіз неонатальних наслідків при РР та РР+PAS є клінічно значущим, оскільки дозволяє окреслити групи підвищеного ризику, оптимізувати пренатальне спостереження, планування терміну й способу розродження, а також прогнозувати стан новонародженого та завчасно готувати інтенсивну неонатальну допомогу.

Дослідження проведено відповідно до принципів Гельсінської декларації. Отримано інформовану згоду пацієнток.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: передлежання плаценти, аномальне прикріплення плаценти, кесарів розтин, рубець на матці, неонатальні наслідки.

Comparative analysis of neonatal outcomes in placenta previa and placenta previa with placenta accreta spectrum in women with uterine scar after previous cesarean section

V.V. Kaminsky¹, P.V. Lakatos², A.M. Lakatos⁴, M.I. Antonyuk³, Y.M. Melnyk¹, O.Y. Kostenko³, V.P. Lakatos³

¹Shupyk National University of Healthcare of Ukraine, Kyiv²Kyiv Perinatal Center, Ukraine³Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine⁴Kyiv City Center for Reproductive and Perinatal Medicine, Ukraine

The increasing rate of cesarean section (CS) has led to a higher risk of abnormal placentation. Placenta previa (PP) and its combination with placenta accreta spectrum (PP+PAS) in women with a uterine scar after previous CS are interrelated conditions that significantly affect neonatal outcomes.

Aim – to compare neonatal outcomes in PP and PP+PAS in women with a uterine scar after prior CS.

Materials and methods. A total of 205 pregnant women were examined in 2022–2025: Group I – PP without PAS (n=66), Group II – PP+PAS (n=79), and Group III – control without PP or PAS (n=60). Neonatal condition at birth, perinatal complications, rooming-in, and causes of neonatal death were analyzed. Statistical analysis was performed using Student's t-test and χ^2 ; $p < 0.05$.

Results. The rate of emergency CS in the PP+PAS group was 32.9%. Mean birth weight was lower in PP+PAS (2610 g) than in PP (2890 g) and controls (3310 g), with lower Apgar scores. The incidence of complications in PP vs PP+PAS was: fetal distress 27.3% vs 43.0%; asphyxia 18.2% vs 36.7%; respi-

ratory distress syndrome 21.2% vs 40.5%; hypoxic-ischemic encephalopathy 12.1% vs 26.6%; anemia 15.2% vs 31.6%; infectious complications 10.6% vs 22.8%. Transient disorders during rooming-in (low birth weight, hypoglycemia) occurred in PP in 9.1% and 15.1%, and in PP+PAS in 15.2% and 22.8%, respectively. PP+PAS was associated with a fivefold increase in neonatal mortality and severe outcomes.

Conclusions. PP+PAS is associated with earlier delivery, a higher rate of emergency CS, poorer neonatal condition, and a fivefold increase in neonatal mortality, whereas mortality was minimal or absent in isolated PP and controls.

The study was conducted in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki. Informed consent was obtained from all participants.

The authors declare no conflict of interest.

Keywords: placenta previa, placenta accreta spectrum, cesarean section, uterine scar, neonatal outcomes.

Вступ

Частота КР у світі продовжує стабільно зростати зі швидкістю близько 4,4% на рік із найбільш вираженими тенденціями в країнах Східної Європи та Азії [11]. За останні десятиліття глобальні показники КР збільшилися приблизно з 7% у 1990 р. до 21% станом на сьогодні, що перевищує оптимальний рівень 10–15%, рекомендований Всесвітньою організацією охорони здоров'я. Значну частку КР виконують без медичних показань, зокрема, на прохання пацієнтки, що відображає загальносвітову тенденцію до надмірного застосування оперативного розродження. За прогнозами, до 2030 р. глобальний рівень КР може досягти 29% [5].

Наявність рубця на матці після КР є провідним фактором ризику розвитку передлежання плаценти (РР) і його поєднання зі спектром аномального прикріплення плаценти (РР+PAS) [3,7,28,30,33,34]. Частота РР при попередніх 1–5 КР зростає відповідно 26,7%, 43,5%, 65,5%, 55,6% і 66,7% [17]. Глобальний рівень поширеності РР+PAS становить 0,2–1% серед усіх КР [2,15].

У національному дослідженні S. Matsuzaki та співавт. (2021) показано, що форми PAS – placenta accreta, increta і percreta – трапляються в 45,8%, 82,4% і 78,3% випадків, відповідно. Ці форми пов'язані з різким підвищенням ризику тяжких ускладнень: випадки материнської захворюваності спостерігаються в 60% жінок із PAS проти 3% без нього, масивні кровотечі – у 54% проти 4%, коагулопатії – у 5% проти менше 1%, а материнська смертність – у 0,25% проти 0,01% [19].

PAS є тяжкою патологією, що асоціюється з високим ризиком масивної кровотечі, гемодинамічних порушень, потреби в екстреному розродженні та суттєвими неонатальними ускладненнями [32].

За нормальної плацентації інвазія трофобласту обмежується спонгіозним шаром децидуальної оболонки. Вважають, що в пацієнток із рубцем на матці внаслідок попередніх операцій може не бути цього шару, що зумовлює надмірне проникнення

ворсин хоріона в міометрій. Рубцева тканина також характеризується судинною недостатністю, що порушує нормальну васкуляризацію плацентарного ложа. Залежно від глибини інвазії виділяють placenta accreta, increta і percreta, які разом утворюють спектр PAS [1,4].

В Україні, як і в більшості розвинених країн, зростає частота патологій прикріплення плаценти – РР і PAS у жінок із рубцем на матці після попереднього КР. За даними ретроспективного когортного дослідження в Києві, у 2018–2022 рр. частота РР+PAS становила 0,29% серед 22 491 пологів [8]. Українські клінічні й оглядові публікації РР+PAS висвітлюють окремі серії випадків і сучасні хірургічні підходи, однак немає багаточентрових реєстрів, які б дали змогу надати репрезентативно оцінити частоту поєднання РР і PAS на рубці матки після КР у 2020–2025 рр.

В. Лакатош та співавт. (2024) наводять результати з клінічним аналізом випадків РР+PAS у Перинатальному центрі м. Києва [15]. Нині для РР і PAS детально вивчено етіопатогенез, фактори ризику, діагностичні критерії та хірургічну тактику. Показано, що оптимізація ведення вагітності та планування терміну розродження знижують рівень материнської захворюваності та об'єм крововтрати [6,7,25,27].

Попри значну кількість даних щодо материнських наслідків РР і PAS на тлі рубця матки, порівняльний аналіз неонатальних результатів залишається обмеженим. Розбіжності в дизайні досліджень, діагностичних критеріях і підходах до оцінювання стану новонароджених ускладнюють формування узагальнених висновків. Відсутність даних про віддалені неонатальні наслідки, зокрема, при передчасних пологах і гіпоксично-ішемічних ураженнях, обґрунтовує потребу подальших досліджень [20,24].

Отже, систематичне порівняння неонатальних результатів при РР і PAS з урахуванням наявності маткового рубця є актуальним завданням сучасного акушерства. Це дослідження сприятиме вдосконаленню пренатального спостереження, вибору оптимального терміну та способу розро-

Таблиця 1

Основні показники розродження і стану новонароджених

Показник	I група (n=66)	II група (n=79)	III група (n=60)	p
Оптимальний термін планового КР, тижні	36 ⁺⁰ –37 ⁺⁰	34 ⁺⁰ –36 ⁺⁰	38 ⁺⁰ –39 ⁺⁰	-
Фактичний середній термін розродження, тижні	36,5±1,1	35,0±1,3	38,6±0,9	<0,001
Екстрений кесарів розтин, абс. (%)	12 (18,2)	26 (32,9)	3 (5,0)	<0,001
Основні показання до екстреного розродження:				
• кровотеча, абс. (%)	7 (58,3)	20 (76,9)	—	—
• дистрес плода, абс. (%)	4 (33,3)	6 (23,1)	—	—
• передчасне відшарування плаценти, абс. (%)	1 (8,3)	—	—	—
Дистрес плода, абс. (%)	13 (19,7)	33 (41,8)	4 (6,7)	<0,01
Маса тіла новонародженого, г	2890±420	2610±510	3310±390	<0,001
Оцінка за шкалою Апгар на 1-й хвилині	7,2±0,8	6,4±0,9	7,9±0,6	<0,01
Оцінка за шкалою Апгар на 5-й хвилині	8,3±0,6	7,6±0,8	8,9±0,4	<0,01

дження, а також підвищенню готовності неонатологічної служби.

Мета дослідження – провести порівняльний аналіз стану новонароджених при РР і РР+PAS у жінок із рубцем на матці після попереднього КР.

Матеріали і методи дослідження

Дослідження проведено в КНП «Перинатальний центр м. Києва» у 2022–2025 рр. за участю 205 вагітних. Створено три групи: I група – РР без PAS (n=66), II група – РР+PAS (n=79), III група – без РР і PAS, контрольна група (n=60).

Оцінено основні показники розродження та стану новонароджених; загальні перинатальні ускладнення в новонароджених, які перебували у відділеннях анестезіології та інтенсивної терапії новонароджених (ВАІТ) і на сумісному догляді з матерями; причини неонатальної летальності.

Статистичний аналіз виконано за допомогою t-критерію Стюдента та χ^2 Пірсона. Статистично значущим прийнято рівень $p \leq 0,05$.

Дослідження проведено відповідно до принципів Гельсінської декларації. Отримано інформовану згоду пацієнток.

Результати дослідження та їх обговорення

У жінок I і II груп характер і терміни полоγο-розрішення мали вирішальне значення для материнських і перинатальних наслідків. У зв'язку з цим доцільним було порівняння перебігу поло-гів і результатів у випадках планових та екстрених оперативних втручань в досліджуваних гру-

пах, що дало змогу оцінити різницю в частоті ускладнень і стані новонароджених.

У дослідженні дотримано таких рекомендацій: для ізольованого РР проводять плановий термін полоγοрозрішення у 36⁺⁰–37⁺⁶ тижнів, тоді як для РР+PAS зазвичай виконують КР у терміні 34⁺⁰–35⁺⁶ тижнів, що узгоджується з рекомендаціями American College of Obstetricians and Gynecologists (2018) [4].

Оптимальні терміни планового КР суттєво різнилися між групами: у жінок I групи вони становили 36⁺⁰–37⁺⁰ тижнів, II групи – 34⁺⁰–36⁺⁰ тижнів, тоді як у III групі – 38⁺⁰–39⁺⁰ тижнів. Фактичний середній термін розродження був статистично значуще меншим у II групі (35,0±1,3 тижня) порівняно з I групою (36,5±1,1 тижня) і III групою (38,6±0,9 тижня; $p < 0,001$).

Частота екстрених КР була найвищою в II групі – 26 (32,9%) із 79 жінок, що достовірно перевищувало показники I групи (у 12 (18,2%) із 66 жінок) і III групи (у 3 (5,0%) із 60 жінок; $p < 0,001$).

Основним показанням до екстреного розродження в I і II групах була акушерська кровотеча: у I групі – у 7 (58,3%) із 12 випадків, у II групі – у 20 (76,9%) із 26 жінок. Дистрес плода як показання до ургентного розродження був у 4 (33,3%) із 12 жінок I групи і в 6 (23,1%) із 26 випадків II групи. Передчасне відшарування плаценти було лише в I групі – в 1 (8,3%) із 12 випадків.

За даними A. Lucidi та співавт. (2024), екстрений КР виконується у 36,2% вагітностей із РР+PAS, причому 80,3% таких втручань відбува-

Таблиця 2

Загальний показник несприятливих неонатальних результатів серед дітей, госпіталізованих до відділення анестезіології та інтенсивної терапії новонароджених

Показник	I група (n=66)	II група (n=79)	III група (n=60)	Достовірність відмінностей
Загальний показник несприятливих неонатальних результатів, абс. (%)	32 (48,5)	58 (73,4)	11 (18,3)	p<0,001 (II>I>III)

Таблиця 3

Структура ускладнень у новонароджених, які перебували у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії новонароджених

Показник	I група (n=66)	II група (n=79)	III група (n=60)	p
Дистрес плода, абс. (%)	18 (27,3)	34 (43,0)	6 (10,0)	<0,001
Асфіксія новонароджених, абс. (%)	12 (18,2)	29 (36,7)	4 (6,7)	<0,001
Респіраторний дистрес-синдром, абс. (%)	14 (21,2)	32 (40,5)	5 (8,3)	<0,001
Неонатальна анемія, абс. (%)	10 (15,2)	25 (31,6)	3 (5,0)	<0,01
Гіпоксично-ішемічна енцефалопатія, абс. (%)	8 (12,1)	21 (26,6)	2 (3,3)	<0,01
Інфекційні ускладнення (сепсис, пневмонія), абс. (%)	7 (10,6)	18 (22,8)	3 (5,0)	<0,05
Неонатальна жовтяниця, що потребувала фототерапії, абс. (%)	11 (16,7)	20 (25,3)	6 (10,0)	>0,05
Перинатальна смертність, абс. (%)	3 (4,5)	9 (11,4)	1 (1,7)	<0,05

ються до 34 тижнів гестації. Основним показанням є допологова кровотеча, яка ускладнює 61,8% випадків [17].

Д.Н. Ім та співавт. (2023) проаналізовано 208 вагітностей із РР і встановлено, що рання кровотеча (≤ 28 тижнів гестації) і низький рівень гемоглобіну перед оперативним втручанням є незалежними предикторами екстреного КР [12].

Частота дистресу плода в новонароджених у наведеному нами дослідженні була статистично значущо вищою в II групі (у 33 (41,8%) із 79 випадків) порівняно з I групою (у 13 із 66 (19,7%) випадків) і III групою (у 4 (6,7%) із 60 випадків; p<0,01).

Середня маса тіла новонароджених була найнижчою (2610 ± 510 г) у II групі, вищою (2890 ± 420 г) у I групі і максимальною (3310 ± 390 г) у III групі з достовірними міжгруповими відмінностями (p<0,001).

Це узгоджується з результатами W. Zhong та співавт. (2021), які свідчать, що новонароджені після планового КР при РР+PAS мають вищу масу тіла порівняно з дітьми, народженими в екстреному порядку [36].

Аналогічну тенденцію виявлено в оцінках за шкалою Апгар: на 1-й хвилині середній бал становив $6,4 \pm 0,9$ у II групі, $7,2 \pm 0,8$ у I групі та

$7,9 \pm 0,6$ у III групі (p<0,01), а на 5-й хвилині – відповідно $7,6 \pm 0,8$, $8,3 \pm 0,6$ і $8,9 \pm 0,4$ (p<0,01).

Слід погодитися з даними літератури, що поєднаний вплив передчасності й материнської гемодинамічної нестабільності негативно позначається на стані новонароджених [9,10,18,21,28,29].

Загальний показник несприятливих неонатальних результатів серед новонароджених, які потребували госпіталізації до ВАІТ, достовірно різнився між досліджуваними групами (p<0,001). Найвища частота несприятливих неонатальних результатів спостерігалася в II групі – у 58 (73,4%) із 79 новонароджених.

У I групі несприятливі неонатальні результати зафіксовані у 32 (48,5%) із 66 дітей, що було достовірно нижчим показником порівняно з II групою, але водночас значно перевищувало показник III групи.

У III групі загальний показник несприятливих неонатальних результатів становив 11 (18,3%) із 60 новонароджених, що було найнижчим серед усіх груп дослідження. Отже, встановлено чітку градацію зростання частоти несприятливих неонатальних результатів у напрямку: III група < I група < II група, що підтверджується статистично значущою різницею між групами (p<0,001).

Таблиця 4

Неонатальні наслідки після планового та екстреного кесаревого розтину залежно від гестаційного віку, незалежно від I та II груп

Гестаційний вік	Плановий КР	Екстрений КР	Порівняльна тенденція	p
24–28 тижнів	80	100	Частіша госпіталізація до ВАІТ, триваліше перебування після екстреного КР	<0,05
29–33 тижні	50	85	Вища частота госпіталізації новонароджених до ВАІТ після екстреного КР	<0,05
34–35 тижнів	18	45	Зростання частоти госпіталізації до ВАІТ на 10–15% після екстреного КР	<0,01
≥36 тижнів	3	12	Поодинокі випадки госпіталізації до ВАІТ, частіше після екстреного КР	<0,05

Виражена різниця між групами, імовірно, зумовлена поєднаним впливом передчасного розродження, високої частоти екстрених КР і материнської гемодинамічної нестабільності, характерних для вагітностей із РР+РА, що узгоджується з результатами сучасних багатоцентрових досліджень [13,33].

Аналіз перинатальних ускладнень серед новонароджених, які перебували у ВАІТ, показав достовірні міжгрупові відмінності за більшістю клінічних показників. Найвища частота ускладнень спостерігалася у II групі.

Дистрес плода фіксувався в 34 (43,0%) із 79 новонароджених II групи, що достовірно перевищувало показники I групи (у 18 (27,3%) із 66 новонароджених) і III групи (у 6 (10,0%) із 60 новонароджених; $p < 0,001$).

Асфіксія новонароджених різного ступеня тяжкості (легка, середня або тяжка) спостерігалася у 29 (36,7%) із 79 дітей II групи, тоді як у I групі – у 12 (18,2%) із 66 новонароджених, а в III групі – у 4 (6,7%) із 60 дітей ($p < 0,001$).

Респіраторний дистрес-синдром також значно частіше реєструвався у II групі (у 32 (40,5%) із 79 новонароджених) порівняно з I групою (у 14 (21,2%) із 66 дітей) і III групою (у 5 (8,3%) із 60 новонароджених; $p < 0,001$).

Неонатальна анемія відзначалася у 25 (31,6%) із 79 дітей II групи, що достовірно перевищувало показники I групи (у 10 (15,2%) із 66 новонароджених) і III групи (у 3 (5,0%) із 60 дітей; $p < 0,01$).

Гіпоксично-ішемічні енцефалопатії (ГІЕ) становили 21 (26,6%) із 79 випадків у II групі, 8 із 66 (12,1%) випадків – у I групі, 2 із 60 (3,3%) випадків – у III групі, з достовірною різницею між групами ($p < 0,01$).

Інфекційні ускладнення, у тому числі сепсис і неонатальна пневмонія, реєструвалися у 18 (22,8%) із 79 новонароджених II групи, що було вищим порівняно з I групою (у 7 (10,6%) із 66 дітей) і III групою (у 3 (5,0%) із 60 новонароджених; $p < 0,05$).

Неонатальна жовтяниця, що потребувала фототерапії, частіше спостерігалася у II групі (у 20 (25,3%) із 79 дітей), однак міжгрупові відмінності не досягли статистичної значущості порівняно з I групою (у 11 (16,7%) із 66 новонароджених) і III групою (у 6 (10,0%) із 60 дітей; $p > 0,05$).

Рівень перинатальної смертності був найвищим у II групі (у 9 (11,4%) із 79 випадків порівняно з 3 (4,5%) із 66 дітей у I групі та 1 із 60 (1,7%) у III групі); різниця між групами була статистично значущою ($p < 0,05$).

Отримані дані підтверджені даними літератури, що РР+РА є незалежним потужним фактором ризику тяжких неонатальних ускладнень і потребує своєчасного пренатального діагностування та обрання оптимізованої перинатальної тактики [9,13].

За даними таблиці 4, частота госпіталізації новонароджених до ВАІТ істотно залежала від гестаційного віку і характеру КР. У надзвичайно передчасно народжених дітей (24–28 тижнів) потреба в лікуванні у ВАІТ була дуже високою як після планового, так і після екстреного КР, однак після екстреного втручання вона спостерігалася частіше та супроводжувалася тривалішим перебуванням у ВАІТ ($p < 0,05$).

У групі гестаційного віку 29–33 тижні частота госпіталізації до ВАІТ була достовірно вищою після екстреного КР порівняно з плановим ($p < 0,05$). Подібна тенденція зберігалася і при гес-

Таблиця 5

Структура ускладнень у новонароджених, які перебували на сумісному догляді з матерями, абс. (%)

Перинатальне ускладнення / діагноз	I група (n=66)	II група (n=79)	III група (n=60)	p
Помірна гіпербілірубінемія (фототерапія не потрібна)	15 (22,7)	22 (27,8)	9 (15,0)	>0,05
Фізіологічна втрата маси тіла >10%	9 (13,6)	14 (17,7)	4 (6,7)	>0,05
Пізня транзиторна дихальна адаптація	4 (6,1)	9 (11,4)	2 (3,3)	>0,05
Низька маса тіла на момент народження (2500–2800 г)	10 (15,1)	18 (22,8)	3 (5,0)	<0,05
Перинатальна гіпоглікемія (транзиторна)	6 (9,1)	12 (15,2)	2 (3,3)	<0,05
Короткочасна жовтяниця новонароджених	12 (18,2)	21 (26,6)	8 (13,3)	>0,05
Помірна анемія новонароджених	4 (6,1)	9 (11,4)	2 (3,3)	>0,05
Порушення терморегуляції (гіпотермія/гіпертермія)	3 (4,5)	8 (10,1)	1 (1,7)	>0,05
Інші транзиторні адаптаційні стани (легка гіпоксія, тахіпное, коливання глюкози)	5 (7,6)	10 (12,7)	–	–

Таблиця 6

Структура причин неонатальної летальності в новонароджених, абс. (%)

Причина смерті / діагноз	I група (n=66)	II група (n=79)	III група (n=60)	p
Усього випадків неонатальної смерті	1 (1,5)	6 (7,6)	0 (0)	0,041
Тяжкий РДС	0 (0)	2 (2,5)	0 (0)	0,214
Тяжка асфіксія на момент народження / ГІЕ III ст.	1 (1,5)	2 (2,5)	0 (0)	0,587
Недоношеність <32 тиж., ЕНМТ (<1000 г)	0 (0)	1 (1,3)	0 (0)	0,372
Неонатальний сепсис (генералізована форма)	0 (0)	1 (1,3)	0 (0)	0,372
ВШЖ III–IV ст.	0 (0)	1 (1,3)	0 (0)	0,372

таційному віці 34–35 тижнів, де екстрене розродження асоціювалося зі збільшенням частоти госпіталізації новонароджених до ВАІТ на 10–15% ($p<0,01$).

У новонароджених ≥ 36 тижнів госпіталізація до ВАІТ спостерігалася поодинокі, проте навіть у цій групі вона частіше реєструвалася після екстреного КР, ніж після планового ($p<0,05$). Загалом результати свідчать про більш несприятливі неонатальні наслідки та вищу потребу в інтенсивній терапії після екстреного КР, особливо при меншому гестаційному віці.

Н. Zheng та співавт. (2022) порівнювали РР і РР+PAS. За їхніми даними, у групі РР+PAS частота госпіталізації новонароджених до ВАІТ становила близько 50%, а частота неонатальної асфіксії – 20–25%. Автори дійшли висновку, що РР+PAS на рубці асоціюється не лише зі значною крововтратою в матері, але й із передчасним розродженням і гіршими неонатальними результатами [35].

Н. Kestler та співавт. (2023) повідомили, що в групі РР+PAS частота госпіталізації до ВАІТ становила 47%, тоді як у контрольній групі –

близько 10%. Вентиляційна підтримка була необхідна у 25–30% новонароджених із РР+PAS порівняно з менш ніж 5% у контрольній групі. Основною причиною автори визначають передчасне розродження, яке в середньому відбувалося на 34-му тижні гестації проти 38-го тижня в контрольній групі [14].

Р. Pateisky та співавт. (2024) зазначили, що в жінок із попереднім КР і РР+PAS частіше виникала потреба в дотроковому КР (до 35 тижнів гестації), що безпосередньо впливало на частоту госпіталізації новонароджених до ВАІТ і потребу в респіраторній підтримці [26].

Аналіз перинатальних ускладнень у новонароджених, які перебували на сумісному догляді з матерями, показав, що більшість станів мали транзиторний характер і частіше траплялися у II групі. Так, низька маса тіла на момент народження (2500–2800 г) спостерігалася у 22,8% новонароджених II групи, що достовірно перевищувало показники III групи (5,0%; $p<0,05$). Транзиторна перинатальна гіпоглікемія також була більш поширеною в II групі (15,2%) порів-

няно з III групою (3,3%; $p < 0,05$). Інші ускладнення, зокрема, помірна гіпербілірубінемія, короткочасна жовтяниця і порушення терморегуляції, мали тенденцію до частішого виникнення в групах із патологічною плацентацією, але достовірних відмінностей між групами не виявлено.

Ці результати узгоджуються з даними сучасних досліджень. Так, М. Bestel та співавт. (2024) показали, що новонароджені після екстреного розродження при PAS частіше мали транзиторні метаболічні порушення, зокрема, гіпоглікемію та легку жовтяницю, порівняно з дітьми після планового КР при ізольованому РР [9]. Подібні дані навели Е. Jauniaux та співавт. (2021), які відзначили підвищену частоту транзиторної дихальної недостатності та незначних адаптаційних порушень у новонароджених після раннього КР при PAS [13]. Н. Zheng та співавт. (2022) також наголосили, що низька маса тіла на момент народження в таких новонароджених частково зумовлена достроковим розродженням і ургентним характером втручання [35].

За даними літератури, транзиторні порушення під час сумісного перебування новонародженого з породіллею (низька маса тіла, гіпоглікемія) описані іншими авторами [14,26].

Загальна кількість неонатальної летальності була достовірно вищою у II групі (7,6%) порівняно з I групою (1,5%) і III групою (0%) ($p = 0,041$), що свідчить про суттєве погіршення неонатального прогнозу в разі поєднання РР+PAS.

Поєднання РР+PAS пов'язане з п'ятиразовим підвищенням рівня неонатальної летальності та формуванням тяжкого летального профілю, який включає ГІЕ III ст. (2,5%), РДС (2,5%), вагітність < 32 тижнів з екстремально низькою масою тіла (ЕНМТ) (1,3%) і внутрішньошлункову кровотечу (ВШК) III–IV ст. (1,3%). У I і III групах неонатальна летальність була мінімальною або відсутньою.

Літературні дані підтверджують отримані результати. Провідними причинами смертності в цій когорті є РДС, тяжка асфіксія з розвитком ГІЕ, ЕНМТ, сепсис і ВШК [23,32].

Ж. L. Muñoz та співавт. (2022) також показують, що вагітності, ускладнені РР+PAS, супроводжуються значно вищими показниками неонатальної захворюваності та смертності, у тому числі нижчими балами за шкалою Апгар, вищою частотою РДС і ВШК, а також більшою потребою в лікуванні у ВАІТ порівняно з вагітностями при РР. Підвищену частоту РДС у цій групі автори частково пояснюють високим ризиком передчасних пологів та ЕНМТ [22].

Інші дослідження свідчать, що асфіксія та ГІЕ в поєднанні з ВШК часто є наслідком ускладненого перинатального перебігу при РР+PAS [23,31]. Сепсис та інші інфекційні ускладнення також суттєво підвищують рівень неонатальної смертності і в контексті РР+PAS можуть бути вторинними до тяжкої асфіксії або ускладнень передчасних пологів [23].

Висновки

РР+PAS асоціюється з більш раннім розродженням, вищою частотою екстреного КР, гіршими неонатальними показниками і п'ятикратним зростанням рівня неонатальної летальності; при ізольованому РР і в жінок без РР і PAS летальність мінімальна або відсутня.

Порівняльний аналіз неонатальних наслідків у новонароджених при РР та РР+PAS є клінічно значущим, оскільки дозволяє окреслити групи підвищеного ризику, оптимізувати пренатальне спостереження, планування терміну й способу розродження, а також прогнозувати стан новонародженого та завчасно готувати інтенсивну неонатальну допомогу.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

1. Afshar Y, Kashani Ligumsky L, Bartels HC, Krakow D. (2025, Jun 1). Biology and Pathophysiology of Placenta Accreta Spectrum Disorder. *Obstet Gynecol.* 145(6): 611–620. doi: 10.1097/AOG.0000000000005903.
2. Alhubaishi F, Mahmood N. (2022, Aug 11). Prevalence and Fetal-maternal Outcome of Placenta Previa at Salmaniya Medical Complex, Bahrain. *Cureus.* 14(8): e27873. doi: 10.7759/cureus.27873.
3. Al Qasem MH, Shaamash AH, Ghamdi DSA et al. (2023, Sep). Incidence, risk factors, and maternal outcomes of major degree placenta previa: A 10-year retrospective analysis. *Saudi Med J.* 44(9): 912–920. doi: 10.15537/smj.2023.44.9.20230112.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine. (2018, Dec). *Obstetric Care Consensus No. 7: Placenta Accreta Spectrum.* *Obstet Gynecol.* 132(6): e259–e275. doi: 10.1097/AOG.0000000000002983.
5. Angolile CM, Max BL, Mushemba J, Mashauri HL. (2023, May 18). Global increased cesarean section rates and public health implications: A call to action. *Health Sci Rep.* 6(5): e1274. doi: 10.1002/hsr.21274.

6. Arakaza A, Zou L, Zhu J. (2023, Apr 20). Placenta Accreta Spectrum Diagnosis Challenges and Controversies in Current Obstetrics: A Review. *Int J Womens Health*. 15: 635–654. doi: 10.2147/IJWH.S395271.
7. Bai GQ, Chen WL, Huang XH et al. Risk factor assessment and adverse outcome prediction of placenta accreta in pregnant women after cesarean section complicated with placenta previa: a national multicenter retrospective study.
8. Berestovyi VO, Zelinska OV, Gerevich NV, Govsieiev DO. (2023). Risk factors for placenta previa among pregnant women of Kyiv, Ukraine: a retrospective cohort study. *Modern Pediatrics. Ukraine*. 5(133): 65–71. doi:10.15574/SP.2023.133.65.
9. Bestel M, Alpay Türk V, Ekiz A, Bestel A et al. (2024). Placenta previa and adverse neonatal outcomes in a tertiary center. *Bagcilar Med Bull*. 9(2): 106–113. doi: 10.4274/bmb.galenos.2024.2024-03-029.
10. Birendra R, Jigyasa S. (2023, Sep 5). A Retrospective Study of Maternal and Neonatal Outcome in Placenta Accreta Spectrum After Planned or Emergency Delivery From a Tertiary Care Centre in North India. *Cureus*. 15(9): e44725. doi: 10.7759/cureus.44725.
11. Ganerwal SA, Ryan GA, Purandare NC, Purandare CN. (2021, Jan). Examining the role and relevance of the critical analysis and comparison of cesarean section rates in a changing world. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 60(1): 20–23. doi: 10.1016/j.tjog.2020.11.004.
12. Im DH, Kim YN, Cho EH et al. (2023). Risk factors and pregnancy outcomes of antepartum hemorrhage in women with placenta previa. *Reprod Sci*. 30: 2728–2735. doi: 10.1007/s43032-023-01191-2.
13. Jauniaux E, Kingdom JC, Silver RM. (2021, Apr). A comparison of recent guidelines in the diagnosis and management of placenta accreta spectrum disorders. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 72: 102–116. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2020.06.007.
14. Kestler N, Mittermayer C, Reinstadler M et al. (2023). Neonatal outcomes in pregnancies complicated by placenta accreta – a matched cohort study. *Arch Gynecol Obstet*. 308(3): 857–864. doi: 10.1007/s00404-023-07353-6.
15. Lakatosh V, Lakatosh P, Bondarenko N ta inshi. (2024). Syndrom nadmirnoi invazii platsenty (placenta accreta spectrum): suchasnyi shliakh do orhanoberezhennia. *Neonatolohiia, khirurgiia ta perynatalna medytsyna*. 14; 4(54): 120–125. [Лакатос В, Лакатос П, Бондаренко Н та інші. (2024). Синдром надмірної інвазії плаценти (placenta accreta spectrum): сучасний шлях до органозбереження. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 14; 4(54): 120–125]. doi: 10.24061/2413-4260.XIV.4.54.2024.16.
16. Lee SU, Jo JH, Lee H et al. (2024, Jan 24). A multicenter, retrospective comparison study of pregnancy outcomes according to placental location in placenta previa. *J Clin Med*. 13(3): 675. doi: 10.3390/jcm13030675.
17. Levin G, Rottenstreich A, Ilan H et al. (2021, Jan 15). Predictors of adverse neonatal outcome in pregnancies complicated by placenta previa. *Placenta*. 104: 119–123. doi: 10.1016/j.placenta.2020.12.005.
18. Lucidi A, Janiaux E, Hussein AM et al. (2024, Oct). Emergency delivery in pregnancies at high probability of placenta accreta spectrum on prenatal imaging: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 6(10): 101432. doi: 10.1016/j.ajogmf.2024.101432.
19. Matsuzaki S, Mandelbaum RS, Sangara RN et al. (2021, Nov). Trends, characteristics, and outcomes of placenta accreta spectrum: a national study in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 225(5): 534.e1–534.e38. doi: 10.1016/j.ajog.2021.04.233.
20. Mkama SB, Lugata J, Mangi S et al. (2024). Adverse maternal and fetal outcomes among pregnant women with placenta previa and a uterine scar: tertiary hospital experience. *Pan Afr Med J*. 15: 13.
21. Mulhall JC, Ireland KE, Byrne JJ et al. (2024, Apr 22). Association between antenatal vaginal bleeding and adverse perinatal outcomes in placenta accreta spectrum. *Medicina (Kaunas)*. 60(4): 677. doi: 10.3390/medicina60040677.
22. Munoz JL, Kimura AM, Julia J et al. (2022, Dec). Impact of placenta accreta spectrum (PAS) pathology on neonatal respiratory outcomes in cesarean hysterectomies. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 35(26): 10692–10697. doi: 10.1080/14767058.2022.2157716.
23. Naser A, Praveen V, Kurian S, S A. (2023). Investigation of maternal and neonatal results on the spectrum of placental growth in tertiary medicines. *Asian Journal of Medical Sciences*. 14(5): 108–114. URL: <https://www.nepjol.info/index.php/AJMS/article/view/51370>.
24. Nguyen PN, Vuong ADB, Pham XTT. (2024, Apr 2). Neonatal outcomes in the surgical management of placenta accreta spectrum disorders: a retrospective single-center observational study from 468 Vietnamese pregnancies beyond 28 weeks of gestation. *BMC Pregnancy Childbirth*. 24(1): 228. doi: 10.1186/s12884-024-06349-7.
25. Paping A, Bluth A, Al Naimi A et al. IS-PAS. (2025, Apr). Opportunities for, and barriers to, uterus-preserving surgical techniques for placenta accreta spectrum. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 104; Suppl 1: 8–19. doi: 10.1111/aogs.14855.
26. Pateisky P, Oberaigner W, Schiessl B et al. (2024). Incidence, risk factors and maternal outcomes of unsuspected placenta accreta spectrum disorders: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 24: 6254. doi: 10.1186/s12884-024-06254-z.
27. Saaqib S, Naheed M, Iqbal A et al. (2025, Jul 16). Evaluating a novel approach to placenta accreta spectrum management: the modified Triple-P technique with cystoinflation (a randomized controlled trial). *Sci Rep*. 15(1): 25870. doi: 10.1038/s41598-025-07582-6.
28. Selby Chacko K, AISubeaei RS, Sunil Nair S et al. (2025, Jun 18). Maternal and clinical outcomes of placenta accreta spectrum: insights from a retrospective study in Bahrain. *Life (Basel)*. 15(6): 978. doi: 10.3390/life15060978.
29. Sertel E, Demir M, Üçüzler Ş et al. (2024, Dec 12). Comparison of obstetric, neonatal, and surgical outcomes of emergency and planned deliveries in pregnancies complicated by placenta previa and in subgroups with and without placenta accreta spectrum. *Turk J Obstet Gynecol*. 21(4): 286–295. doi: 10.4274/tjod.galenos.2024.58291.
30. Shaamash AH, AlQasem MH, Mahfouz AA et al. (2024, May). Major placenta previa among patients with and without previous cesarean section: maternal characteristics, outcomes and risk factors. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 296: 280–285. doi: 10.1016/j.ejogrb.2024.03.012.
31. Tang L, Shi H, Chen D. (2025). Risk factors and maternal-neonatal outcomes of placenta accreta spectrum: A case control study. *Medicine (Baltimore)*. 104(41): e44906. doi: 10.1097/MD.00000000000044906.
32. Toussia-Cohen S, Castel E, Friedrich L et al. (2024, Jul). Neonatal outcomes in pregnancies complicated by placenta accreta: a matched cohort study. *Arch Gynecol Obstet*. 310(1): 269–275. doi: 10.1007/s00404-023-07353-6.
33. Wei X, Cheng W. (2024, Nov 18). Impact of prior cesarean delivery on pregnancy outcomes and hemorrhage risks in complete placenta previa: a decade-long retrospective analysis. *Med Sci Monit*. 30: e944432. doi: 10.12659/MSM.944432.
34. Yang X, Zhang Y, Li Z et al. (2025). Risk of placenta accreta spectrum disorder after prior non-cesarean delivery uterine surgery: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 145(6): 628–638. doi: 10.1097/AOG.0000000000005869.

35. Zheng H, Zhang Y, Guo H et al. (2022). Effect of placenta previa attached to cesarean scar on adverse pregnancy outcomes in patients with placenta accreta spectrum disorders. *Chin Med J (Engl)*. 135(2): 175–182. doi: 10.1097/CM9.0000000000001839.
36. Zhong W, Zhu F, Li S et al. (2021, Sep 28). Maternal and neonatal outcomes after planned or emergency delivery for placenta accreta spectrum: a systematic review and meta-analysis. *Front Med (Lausanne)*. 8: 731412. doi: 10.3389/fmed.2021.731412.

Відомості про авторів:

Камінський В'ячеслав Володимирович – д.мед.н., проф., акад. НАМН України, засл. лікар України; ректор НУОЗ України ім. П.Л. Шупика.

Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9. <https://orcid.org/0000-0002-5369-5817>.

Лакатош Павло Володимирович – лікар-акушер-гінеколог КНП «Перинатальний центр м. Києва». Адреса: м. Київ, вул. Предславинська, 9. <https://orcid.org/0000-0002-8301-5202>.

Лакатош Аліна Миколаївна – лікар-педіатр-неонатолог КНП «Київський міський центр репродуктивної та перинатальної медицини».

Адреса: м. Київ, просп. В. Івасюка, 16. <https://orcid.org/0009-0007-2806-8508>.

Антонюк Мар'яна Іванівна – к.мед.н., асистент каф. акушерства, гінекології № 1 НМУ ім. О.О. Богомольця, КНП «Перинатальний центр м. Києва».

Адреса: м. Київ, вул. Предславинська, 9. <https://orcid.org/0000-0001-5321-9936>.

Мельник Юрій Миколайович – к.мед.н., асистент каф. акушерства, гінекології та медицини плода НУОЗ України ім. П.Л. Шупика.

Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9. <https://orcid.org/0000-0003-2525-1781>.

Костенко Ольга Юріївна – к.мед.н., доц. каф. акушерства і гінекології № 1 НМУ ім. О.О. Богомольця; КНП «Перинатальний центр м. Києва».

Адреса: м. Київ, вул. Предславинська, 9. <https://orcid.org/0000-0003-4384-7861>.

Лакатош Володимир Павлович – д.мед.н., проф. каф. акушерства і гінекології № 1 НМУ ім. О.О. Богомольця; КНП «Перинатальний центр м. Києва».

Адреса: м. Київ, вул. Предславинська, 9. <https://orcid.org/0000-0002-7999-1358>.

Стаття надійшла до редакції 23.06.2025 р.; прийнята до друку 16.09.2025 р.