

УДК 618.36-007.41:[618.39+618.5-089.888.61

Н.В. Геревич^{1,2}, Є.О. Колотурська^{1,2}, Ю.А. Батман^{1,2}, Д.О. Говсьєєв^{1,2}

Акушерські аспекти і перинатальні наслідки ведення вагітності та розродження жінок із передлежанням плаценти й аномальною інвазією: власний досвід

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна²КНП «Перинатальний центр м. Києва», Україна

Ukrainian Journal Health of Woman. 2025. 6(181): 63-71; doi: 10.15574/HW.2025.6(181).6371

For citation: Herevych NV, Koloturska YeO, Batman YuA, Govsieiev DO. (2025). Obstetric aspects and perinatal outcomes of pregnancy management and delivery in women with placenta previa and abnormally invasive placenta: own experience. Ukrainian Journal Health of Woman. 6(181): 63-71. doi: 10.15574/HW.2025.6(181).6371

Передлежання плаценти (ПП) і placenta accreta spectrum (PAS) асоціюються з високим ризиком масивної акушерської кровотечі, передчасного розродження і порушенням ранньої неонатальної адаптації. Водночас дані щодо структури неонатальної захворюваності при цих варіантах патології плаценті в українській медичній літературі залишаються обмеженими.

Мета – визначити спектр порушень стану новонароджених і транзиторних патологічних станів у дітей, народжених від матерів із ПП і/або PAS для оптимізації неонатального супроводу.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективне когортне дослідження 115 вагітностей, ускладнених ПП і/або PAS, що завершилися плановим або ургентним кесаревим розтином у 2020–2024 рр. Проаналізовано 85 випадків ПП і 30 випадків PAS. Оцінено клініко-анамнестичні та інтраопераційні показники, результати патоморфологічного дослідження плаценти, гестаційний вік і масу тіла на момент народження, частоту госпіталізації до відділення анестезіології та інтенсивної терапії новонароджених (ВАІТН), а також структуру неонатальної захворюваності.

Результати. ПП і/або PAS асоціювалися зі зростанням частоти передчасних пологів, масивних акушерських кровотеч і порушень адаптації новонароджених. У групі PAS крововтрата понад 1000 мл відзначалася у 93,0% випадків, середня тривалість операції була більшою порівняно з групою ПП. До ВАІТН госпіталізовано 42 (36,5%) новонароджених; провідними показаннями були респіраторний дистрес-синдром, інші дихальні розлади та транзиторне тахіпноє. Серед 73 дітей, переведених на сумісне перебування з матір'ю, у 27 (36,9%) спостерігалися транзиторні порушення адаптації. У 2023–2024 рр. збільшилася частка дітей, народжених до 28 тижнів гестації.

Висновки. ПП і PAS формують групу високого перинатального ризику через поєднання акушерської кровотечі, недоношеності та порушень адаптації в новонароджених. Планове розродження в 37 тижнів не супроводжувалося тяжкою неонатальною патологією, однак асоціювалося з дезадаптаційними розладами, що потребує готовності до ранньої респіраторної підтримки й динамічного неонатального нагляду. Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено комітетом із біоетики та деонтології зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду пацієнтів.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: передлежання плаценти, placenta accreta spectrum, кесарів розтин, недоношеність, неонатальна адаптація, респіраторні розлади.

Obstetric aspects and perinatal outcomes of pregnancy management and delivery in women with placenta previa and abnormally invasive placenta: own experience

N.V. Herevych^{1,2}, Ye.O. Koloturska^{1,2}, Yu.A. Batman^{1,2}, D.O. Govsieiev^{1,2}¹Bohomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine²Kyiv Perinatal Center, Ukraine

Placenta previa (PP) and placenta accreta spectrum (PAS) are associated with a high risk of major obstetric hemorrhage, preterm delivery, and impaired early neonatal adaptation. Data on the structure of neonatal morbidity in such pregnancies remain limited in Ukrainian tertiary care centers.

Aim – to identify the spectrum of neonatal abnormalities and transient pathological conditions in infants born from pregnancies complicated by PP and/or PAS in order to optimize neonatal care.

Materials and methods. This retrospective cohort study included 115 pregnancies complicated by PP and/or PAS that ended in planned or emergency cesarean delivery in 2020–2024. Eighty-five cases of PP and 30 cases of PAS were analyzed. Clinical and anamnestic data, intraoperative characteristics, placental pathomorphology, gestational age and birth weight, rates of admission to the neonatal intensive care unit (NICU), and neonatal morbidity patterns were assessed.

Results. PP and/or PAS were associated with increased rates of preterm birth, major obstetric hemorrhage, and impaired neonatal adaptation. In the PAS group, blood loss exceeded 1000 mL in 93% of cases, and the mean operative time was longer than in the PP group. Overall, 42 (36.5%) newborns required NICU admission; the leading indications were respiratory distress syndrome, other respiratory disorders, and transient tachypnea. Among 73 infants transferred to rooming-in care 27 (36.9%) developed transient adaptation disorders. In 2023–2024, the proportion of infants born before 28 weeks of gestation increased.

Conclusions. PP and PAS define a high-risk perinatal group due to the combination of prematurity, obstetric hemorrhage, and neonatal respiratory morbidity. Cesarean delivery at 37 weeks was not associated with severe neonatal pathology but was accompanied by maladaptation disorders, which requires readiness for early respiratory support and close neonatal monitoring.

The study was conducted in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki. The study protocol was approved by the Bioethics and Deontology Committee of the institution specified in this paper. Written informed consent was obtained from all participants prior to inclusion in the study. The authors declare no conflict of interest.

Keywords: placenta previa, placenta accreta spectrum, cesarean delivery, prematurity, neonatal adaptation, respiratory disorders.

Вступ

Аномалії плаценти щодо локалізації включають низьке розташування плаценти та передлежання плаценти (ПП). Також тяжкою нозологією є патологічна інвазія плаценти – placenta accreta spectrum (PAS). Такі порушення плацентарної створюють ризик передпологової, інтрапологової та післяпологової масивної, небезпечної для життя матері та плода кровотечі. Крім того, вони асоційовані з порушеннями функції плаценти, які спричиняють порушення стану плода [2,6]. Вищезгадані порушення характеризуються високим рівнем материнської захворюваності та смертності внаслідок катастрофічних кровотеч і перипартальних гістеректомій [13]. Показники материнських і плодових втрат із причини ускладнень, пов'язаних з аномаліями плацентарної, продовжують залишатися суттєвими навіть у країнах із високим рівнем розвитку надання медичної допомоги вагітним, роділлям і новонародженим. Материнська смертність становить, за даними різних авторів, від 0,2% до 2%. Медичну допомогу цим пацієнтам слід надавати тільки в закладі III (або вище) рівня з постійним доступом до висококваліфікованого акушерського і суміжно-дисциплінарного персоналу та з досвідом в інтенсивній терапії [6], що позитивно впливає на стан роділлі та новонародженого.

За наявним на сьогодні консенсусом, рішення щодо терміну розродження у вагітних із ПП і PAS має бути індивідуалізованим, проте, оскільки ризик великої кровотечі швидко зростає після 37 тижнів вагітності, на підставі доступних даних вважається оптимальним, що жінкам із неускладненим ПП слід провести планові пологи шляхом кесаревого розтину між 36 і 37-м тижнями вагітності [8,13,14]. Ризик кровотечі, початку пологової діяльності або кровотечі та пологів, що призводять до необхідності екстреного розродження в цієї когорти вагітних, зростає зі збільшенням гестаційного віку, тоді як ризики захворюваності, пов'язані з недоношеністю, зменшуються [13,14]. Ризик кровотечі, пов'язаної з ПП і PAS, становить 4,7% до 35 тижнів вагітності, 15,0% до 36 тижнів

вагітності, 30,0% до 37 тижнів вагітності та 59,0% до 38 тижнів вагітності [9]. Популяційне когортне дослідження, проведене в США з використанням даних про інтранатальну і дитячу смертність від центрів контролю та профілактики захворювань, оцінило вплив передлежання плаценти на 35, 36 і 37-му тижнях вагітності на ризик кількох неонатальних наслідків [9].

Порівняно з новонародженими, народженими на 38-му тижні вагітності, ті, хто народився на 35, 36 і 37-му тижнях вагітності, не мали підвищеного ризику відходження меконію, дистресу плода, анемії плода, неонатальних судом, потреби в штучній вентиляції легень (ШВЛ) або смерті немовляти у віці до 1 року.

Однак відносні шанси (aOR) на 5-хвилинну оцінку за шкалою Апгар менше 7 балів були вищими на 35 і 36-му тижнях вагітності (aOR: 3,33; 95% довірчий інтервал (ДІ): 1,71–6,47; aOR: 2,17; 95% ДІ: 1,11–4,22, відповідно), як і шанси на частоту госпіталізації до відділень інтенсивної терапії (aOR: 2,25, 95% ДІ: 2,01–2,50; aOR: 1,57, 95% ДІ: 1,38–1,76, відповідно). Враховуючи вищезазначене, терміни пологів у вагітних із вищевказаними порушеннями передусім слід визначити індивідуально відповідно до антенатальних симптомів, причому на сьогодні доцільно розглядати пізні передчасні пологи (від 34⁺⁰ до 36⁺⁶ тижнів вагітності) для жінок із ПП або низько розташованою плацентою та вагінальною кровотечею або іншими супутніми факторами ризику передчасних пологів [14], а у випадку задовільного стану плода для жінок при неускладненому ПП пологи слід розглядати між 36⁺⁰ і 37⁺⁰ тижнів вагітності [14].

Отже, ПП і PAS становлять основну загрозу не лише з позиції розвитку материнських ускладнень, але й для ще не народженої дитини, збільшуючи ризик кровотечі та передчасних пологів.

У світовій літературі описано вкрай мало випадків впливу ПП на стан плода і новонародженого. Крім безпосередньої загрози для матері, ПП створює серйозні передумови для розвитку неонатальних ускладнень: внутрішньоутробної гі-

поксії та інтранатальної асфіксії, а також збільшує ризик постнатальних ускладнень та адаптаційних розладів.

Тому це дослідження є актуальним для розуміння загроз для життєздатності новонародженого і факторів ризику. Згідно з проведеним світовим метааналізом у 2015 р. [14], ризик передчасних пологів збільшується у 3–5 разів у жінок із ПП порівняно з таким у вагітних без нього. За наведеними нами даними, за останній рік кількість екстремально недоношених дітей із терміном гестації до 28 тижнів зростає в 4 рази, що становить виклик для медичного персоналу, батьків і суспільства. Ця тривожна тенденція вказує на необхідність поглибленого аналізу клінічних випадків та оптимізації післяпологової допомоги новонародженим.

Мета дослідження – виявити спектр відхилень стану новонародженого і транзиторних патологічних станів від вагітностей із патологією плацентациї – ПП і PAS для поліпшення неонатальної адаптації та прогнозування патологічних станів новонароджених.

Матеріали і методи дослідження

Дослідження проведено в три етапи:

- 1) дослідження обставин розродження;
- 2) аналіз патоморфологічного дослідження посліду;
- 3) аналіз стану новонароджених від жінок із ПП і PAS за 2020–2024 рр.

На першому етапі проаналізовано 85 випадків розродження жінок із ПП та 30 випадків PAS за період 2020–2024 рр. Оскільки обставини перебігу вагітності не мали статистично значущих відмінностей, основну увагу приділено обставинам розродження.

На другому і третьому етапах проведено ретроспективний аналіз 115 історій хвороби дітей, народжених від матерів із ПП і PAS шляхом кесаревого розтину за 2020–2024 рр. Досліджено обставини розродження вагітних із ПП і PAS, які можуть мати потенційний негативний вплив на перебіг раннього неонатального періоду (термін розродження, паритет, наявність/відсутність допологової чи інтранатальної кровотечі в матері) за обраний період часу та оцінити отримані дані.

Стан новонароджених оцінено за клінічними й лабораторними показниками на момент народження, частотою госпіталізації до відділення анестезіології та інтенсивної терапії новонаро-

Таблиця 1

Об'єм крововтрати в групах роділь із передлежанням плаценти і placenta accreta spectrum, абс. (%)

Об'єм крововтрати	Група ПП	Група PAS
500–700 мл	56 (66,0)	-
700–900 мл	25 (29,3)	2 (7,0)
Понад 1000 мл	4 (4,7)	28 (93,0)

джених (ВАІТН), структурою захворюваності в ранньому неонатальному періоді та характером адаптаційних розладів під час перебування у відділенні сумісного перебування (ВСП).

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено комітетом із біоетики та деонтології зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду пацієнтів.

Результати дослідження та їх обговорення

На першому етапі оцінили основні клініко-анамнестичні характеристики ретроспективного когортного дослідження випадків абдомінального розродження вагітних із ПП. Середній вік вагітних становив 29,1 року. У 49 (57,0%) випадках гестаційний термін розродження дорівнював 37⁺² тижня, у 10 (11,0%) випадках – менше 28 тижнів, у 26 (34,0%) випадках – 28–32 тижні. Основними показаннями до дострокового розродження при ПП були дистрес плода під час вагітності, масивна або рецидивна допологова маткова кровотеча і тяжка прееклампсія.

У групі PAS різних ступенів інвазії у 8 із 30 (26,7%) випадків розродження відбулося у терміні 35⁺² тижня, а у 2 із 30 (6,7%) – у терміні 28–30 тижнів; в обох останніх випадках підставою був гострий дистрес плода під час вагітності.

У вагітних із ПП діагноз встановили пренатально у 100% випадків за допомогою ультразвукового дослідження. ПП із переважним розташуванням по передній стінці матки виявили в 67 (78,0%) випадках, із переходом на задню стінку матки – у 18 (22,0%) випадках.

У вагітних із ПП об'єм крововтрати під час кесаревого розтину становив 700±25 мл у 56 (66,0%) випадках, 700–900 мл – у 25 (29,3%) випадках, понад 1000 мл – у 4 (4,7%) випадках. У групі вагітних із PAS об'єм крововтрати був менше 1000 мл у 2 (7,0%) випадках, понад 1000 мл – у 28 (93,0%) випадках (табл. 1).

Таблиця 2

Основні результати аналізу інтраопераційних обставин розродження вагітних жінок із груп дослідження

Показник	Група ПП	Група PAS
Об'єм крововтрати, мл	700±25	1500±130
Використання Cell Saver, абс. (%)	-	3 (10,0)
Тривалість операції, хв	42±15	92±24
Інтраопераційна зміна попередньо спланованого обсягу оперативного втручання	-	2/30*

Примітка: * – через інтраопераційні обставини обсяг оперативного втручання змінено з органозберігаючого до екстирпації матки.

Таблиця 3

Основні результати аналізу патоморфологічного дослідження, абс. (%)

Показник	Частота виявлення
Компенсована плацентарна недостатність	45 (53,4)
Гостра плацентарна недостатність	12 (14,7)
Дисциркуляторні розлади в плаценті	32 (38,0)
Хоріоматоз	44 (52,0)*
Гематоми пуповини	6 (7,0)**
Тромбоз судин пуповини	10 (12,3)**
Фуніцит	2 (1,7)**
Субхоріальні крововиливи	21 (25,1)**
Субхоріальні тромбози	27 (32,4)**
Хоріоамніоніт	27 (32,4)
Підвищення рівнів відкладення фібриноїду: ПП PAS	44 (51,8) 30 (100)
Вогнищевий базальний децидуаліт	33 (28,0)
Відкладення кальцію, кальцифікати	26 (35,4)
Інфаркт плаценти	2 (1,7)
Ретроплацентарна гематома	27 (23,0)

Примітки: * – переважно у випадках PAS, 1 випадок ПП; ** – тільки у випадках ПП.

Ведення вагітності в жінок обох груп провели згідно із затвердженими галузевими стандартами, основною метою яких є пролонгація вагітності безпечно для матері та плода до термінів оптимального розродження, якими на сьогодні є загальноприйняті: для випадків із ПП – за досягнення гестаційного терміну 37 тижнів, для випадків із PAS – 35 тижнів. Такі часові проміжки оперативного розродження пов'язані з доведеним на сьогодні підвищенням вірогідності появи масивних допологових та інтраопераційних акушерських кровотеч за спроби пролонгації вагітності понад вищевказаних гестаційних термінів, що зумовлено початком фізіологічного для вагітностей з нормально розташованою плацентою «розгортання» нижнього маткового сегмента

з опусканням передлеглої частини плода. Аналогічний процес відбувається також і у випадках ПП і/або PAS, однак, на відміну від випадків із нормальним розташуванням плаценти, цей процес має не фізіологічний, а патологічний перебіг, оскільки є тригером початку масивних маткових кровотеч, що суттєво підвищує як материнські, так і плодові ризики. Саме тому оптимальні терміни розродження є компромісними між наслідками розродження для плода та материнськими ризиками.

Проаналізували інтраопераційні обставини розродження вагітних із ПП і вагітних із PAS (табл. 2).

Оперативне розродження вагітних із ПП провели за типовою хірургічною методикою, яка не

Таблиця 4

Загальностатистичні дані дітей, народжених від матерів із передлежанням плаценти і/або placenta accreta spectrum

Рік	Загальна кількість новонароджених від матерів із ПП і/або PAS	Недоношені, абс. (%)	Середня маса тіла недоношених, г	Госпіталізовано до ВАІТН, абс. (%)	Розподіл за статтю, абс. (%)	
					дівчата	хлопці
2020	14	10 (71,2)	2635±641,6	7 (50,0)	5 (35,0)	9 (65,0)
2021	24	9 (37,5)	2643±599,5	6 (25,0)	9 (37,5)	15 (62,5)
2022	22	8 (36,0)	2015±870,7	8 (36,0)	9 (40,0)	13 (60,0)
2023	29	11 (39,2)	2220±726,9	10 (35,0)	12 (42,0)	16 (58,0)
2024	26	11 (44,0)	1706±1151	8 (32,0)	10 (40,0)	15 (60,0)

передбачає гістеректомії у випадках без появи масивної інтраопераційної кровотечі.

У випадках PAS без інтраопераційної кровотечі та в разі бажання жінки зберегти матку застосували оперативне розродження, сутність якого полягає у висіченні ділянки тканини матки, залученої в плацентацию, із подальшою метропластикую.

На другому етапі дослідження у всіх випадках, які увійшли до цього аналізу, провели патоморфологічне дослідження плаценти після розродження. Результати патологоанатомічного дослідження наведено в таблиці 3. З огляду на відсутність впливу виду патології плацентации на перинатальні наслідки в контексті патоморфологічного дослідження плаценти, дані в таблиці наведено без розподілу на дві групи (ПП і PAS). Однак в обох видах клінічної ситуації відхилень плацентации патоморфологічне дослідження посліду разом із гестаційним терміном розродження та наявністю/відсутністю допологової або інтраопераційної кровотечі у край важливе для прогнозування вірогідності настання перинатальних ускладнень у новонароджених.

Аналіз наведених патоморфологічних даних засвідчив високу частоту плацентарної недостатності та виражених морфологічних змін плаценти (хоріоматоз, субхоріальні тромбози, кальцифікати, підвищене відкладення фібриноїду) у цієї категорії пацієнток. Отже, розширений антенатальний моніторинг стану плода з періодичним проведенням перинатальних консилиумів є доцільним для індивідуалізації терміну розроджен-

ня та профілактики гострих і декомпенсованих порушень плацентарного кровообігу.

На третьому етапі дослідження проаналізували неонатальні історії хвороб, у яких не було поділу на групи дітей, народжених від матерів із ПП або PAS. Випадки об'єднали в одну загальну групу.

З року в рік кількість дітей, народжених від матерів із патологією плацентации, зростає; мінімальне значення зареєстрували у 2020 р., максимальне – у 2023 р. (табл. 4). Загальна кількість недоношених новонароджених змінилася незначно, однак у 2023–2024 рр. суттєво збільшилася частка дітей, народжених до 28 тижнів гестації (табл. 5), що засвідчило зміщення структури недоношеності у бік глибшої та екстремальної незрілості.

Нижче наведено клінічні випадки дітей, народжених до 28 тижнів гестації, проілюстровано не окремі винятки, а крайній полюс неонатального ризику в аналізованій когорті.

Випадок 1

Двійня Б., терміном гестації 23 тижні, народилися шляхом ургентного кесаревого розтину з приводу хоріоамніоніту в матері з масою тіла 460 г і 480 г, відповідно, оцінка за шкалою Апгар – 2/4 бали в обох. Після проведених розширених реанімаційних заходів дітей перевели до ВАІТН, продовжили ШВЛ, розпочали інфузійну терапію, емпіричну антибіотикотерапію, парентеральне харчування. Стан дітей на момент госпіталізації вкрай тяжкий. Свідомість млява. Реакція на огляд відсутня. Атонія, арефлексія. Дихання протезується ШВЛ, параметри вентиляції помірні.

Таблиця 5

Розподіл недоношених дітей за терміном гестації на момент народження, абс. (%)

Рік	Загальна кількість недоношених	Термін гестації на момент народження			
		до 28 тижнів	28–31 тиждень	32–33 тижні	34–36 тижнів
2020	10 (71,4)	-	2 (20,0)	1 (10,0)	7 (70,0)
2021	9 (37,5)	-	1 (11,1)	1 (11,1)	7 (77,8)
2022	8 (36,4)	-	4 (50,0)	-	4 (50,0)
2023	11 (37,9)	1 (9,0)	2 (18,0)	3 (27,0)	5 (46,0)
2024	11 (42,3)	4 (36,3)	2 (18,1)	-	5 (45,6)

Таблиця 6

Структура захворюваності дітей, госпіталізованих до відділення анестезії та інтенсивної терапії новонароджених, абс. (%)

Рік	Загальна кількість госпіталізованих до ВАІТН	Респіраторний дистрес-синдром	Інші дихальні розлади	Транзиторне тахіпное	Асфіксія середнього ступеня	Інфекція	Крайній ступінь незрілості
2020	7 (50,0)	3 (42,8)	2 (28,6)	2 (28,6)	-	-	-
2021	6 (25,0)	2 (33,3)	2 (33,3)	2 (33,4)	-	-	-
2022	8 (36,3)	4 (50,0)	-	1 (12,5)	1 (12,5)	2 (25,0)	-
2023	10 (34,5)	3 (30,0)	5 (50,0)	-	1 (10,0)	-	1 (10,0)
2024	9 (34,6)	4 (44,4)	3 (33,3)	-	-	-	2 (22,3)

Гемодинаміка підтримується на тлі інфузії Допаміну. Ентерально не годуються. Діагноз на момент госпіталізації «Крайній ступінь незрілості, менше 24 повних тижнів». Тривалість життя – 2 доби.

Випадок 2

Дитина Д., народжена в терміні 27 тижнів шляхом ургентного кесаревого розтину з приводу внутрішньоутробної гіпоксії плода з масою тіла 420 г. Оцінка за шкалою Апгар 3–4 бали. Діагноз на момент госпіталізації «Синдром дихального розладу в новонародженого», тривалість респіраторної підтримки – 92 доби, з них на ШВЛ – 63 доби, неінвазивна вентиляція легень – 29 діб. На 108-му добу життя з діагнозом «Хронічне захворювання легень у новонародженого (бронхолегенева дисплазія)» з масою тіла 2290 г дитину виписали додому.

Перший випадок показує поєднання екстремальної недоношеності, хоріоамніоніту, тяжкої дихальної недостатності та потреби в максималь-

но інтенсивній терапії з летальним наслідком у ранньому неонатальному періоді.

Другий випадок відображає інший сценарій – тривале лікування з потребою в респіраторній підтримці, формуванням бронхолегеневої дисплазії, але з подальшим виживанням. Разом ці спостереження засвідчують, що основний тягар тяжких неонатальних наслідків у цій когорті пов'язаний саме з глибокою недоношеністю, а не з самим фактом патології плацентазії.

Отже, наведені клінічні випадки ілюструють спектр наслідків екстремально передчасного народження – від ранньої неонатальної смерті до тривалого інтенсивного лікування з подальшим виживанням. Вони доповнюють табличні дані, але не мають інтерпретуватися як підстава для окремих узагальнень поза межами всієї когорти.

У досліджуваній когорті дітей від матерів із ПП і/або PAS 42 (36,5%) новонароджених потребували госпіталізації до ВАІТН. Структуру захворюваності наведено в таблиці 6.

Таблиця 7

Структура захворюваності дітей у відділенні сумісного перебування з матір'ю, абс. (%)

Рік	Загальна кількість переведених до ВСП	Гіпоглікемія	Жовтяниця недоношених	Жовтяниця у доношених	Стогін на видиху	Добро-якісний шум у серці	Здорові ново-народжені
2020	7 (50,0)	-	3 (42,8)	1 (14,3)	-	-	3 (42,9)
2021	18 (75,0)	-	4 (22,2)	3 (16,7)	-	-	11 (61,1)
2022	14 (63,7)	1 (7,1)	-	2 (14,3)	2 (14,3)	1 (7,1)	8 (57,2)
2023	19 (65,5)	2 (10,5)	-	3 (15,8)	-	1 (5,3)	13 (68,4)
2024	17 (65,4)	2 (11,7)	-	2 (11,7)	-	-	13 (76,6)

Таблиця 8

Показники кислотно-лужного стану капілярної крові новонароджених

Рік	Кількість досліджень	pH	pCO ₂	Дефіцит основ	Лактат
2020	5	7,29±0,06	53,93±7,14	-1,6±2,61	3,12±1,12
2021	6	7,32±0,06	48,91±11,33	-2,28±1,35	2,97±1,44
2022	8	7,28±0,08	58,09±11,72	-0,48±4,06	3,19±1,21
2023	13	7,35±0,08	45,84±11,4	-0,6±4,09	2,86±1,21
2024	14	7,43±0,11	38,73±14,94	0,57±4,15	2,63±1,15

У структурі показань до госпіталізації домінували дихальні розлади. У недоношених новонароджених до 34 тижнів гестації провідним діагнозом був респіраторний дистрес-синдром (РДС; МКХ-10-АМ, код P22.0). Такі діти частіше потребували ШВЛ і мали вищий ризик реалізації внутрішньоутробної інфекції.

Для дітей, народжених у 34–36 тижнів гестації, більш характерними були інші дихальні розлади новонароджених (МКХ-10-АМ, код P22.8), пов'язані з функціональною незрілістю дихальної мускулатури та неефективним патерном дихання; у цій групі частіше виникала потреба в неінвазивній респіраторній підтримці.

Після 37 тижнів гестації переважали розлади адаптації, насамперед транзиторне тахіпноє новонародженого (МКХ-10-АМ, код P22.1), що коригувалося короткотривалою підтримкою безперервним позитивним тиском у дихальних шляхах (CPAP) протягом 1–2 діб.

Усі 115 дітей народилися шляхом кесаревого розтину: 38 (33,0%) – ургентного, 77 (67,0%) – планового. Понад 95% планових кесаревих розтинів виконали у 37 тижнів вагітності; це не супроводжувалося тяжкою патологією, однак

асоціювалося з підвищеною частотою транзиторних дезадаптаційних розладів порівняно з дітьми, народженими в пізніші терміни.

Крім того, 73 із 115 (63,5%) новонароджених після народження перевели до ВСП з матір'ю. Серед них у 27 (36,9%) дітей виявили ознаки порушення адаптації в ранньому неонатальному періоді, зокрема, гіпоглікемію, експіраторний стогін і жовтяницю (табл. 7).

Близько третини цих новонароджених мали труднощі з грудним вигодовуванням: мляве смоктання, надмірну втрату маси тіла і, як наслідок, більш виражену неонатальну жовтяницю. Це підтверджує потребу в активній лактаційній підтримці та динамічному клінічному спостереженні навіть у дітей, які не потребували інтенсивної терапії.

Відхилення кислотно-лужного стану (КЛС) оцінили в дітей, народжених переважно після ургентного кесаревого розтину, асоційованого з кровотечею або гострим погіршенням стану плода (табл. 8). Частка ургентних кесарських розтинів упродовж періоду спостереження коливалася в межах від 20% до 42%.

Після перевірки розподілу показників КЛС для опису даних використали середнє значення і стандартне відхилення (M±SD).

За даними таблиці 8, у 2020–2022 рр. середні значення рН залишалися на нижній межі норми (7,28–7,32) при відносно вищому рСО₂, що відповідає тенденції до легкого респіраторного ацидозу. Водночас показники дефіциту основ не показали вираженого метаболічного компонента, а рівень лактату залишався помірним. У 2023–2024 рр. спостерігали поліпшення газообміну: середні значення рН підвищилися до 7,35–7,43, рСО₂ знизився, а лактат залишався стабільним.

Отримані дані свідчать, що в більшості обстежених новонароджених був не тяжкий метаболічний ацидоз, а помірні та переважно транзиторні респіраторні зрушення. З огляду на невелику кількість досліджень у підгрупах ці результати слід трактувати описово, однак вони узгоджуються зі зниженням частоти асфіксії середнього ступеня та можуть відображати кращу організацію перинатальної допомоги й первинної стабілізації новонароджених в операційній.

Висновки

Передлежання плаценти і placenta accreta spectrum залишаються суттєвим фактором ризику для порушення неонатальної адаптації в новонароджених цієї групи. У таких дітей підвищена частота ускладнень у неонатальному періоді, таких як передчасні пологи та асоційовані з ними порушення дихальної функції, дезадаптаційний синдром, і висока частота госпіталізацій до ВАІТН.

За обраний період аналізу встановлено, що переважна кількість вагітностей має можливість бути доношеними до стандартизованих на сьогодні часових проміжків розродження; для ПП – 37 тижнів, для PAS – 35 тижнів вагітності. Це можливо завдяки ретельному розширеному моніторингу стану вагітної та плода в умовах високоспеціалізованого центру надання акушерської допомоги, який містить всі необхідні матеріальні та кадрові ресурси, як у випадках неургентного розродження, так і, що є найважливішим, у випадках розвитку ургентних клінічних ситуацій, насамперед це розвиток допологової маткової кровотечі та дистрес плода під час вагітності.

Періодичне проведення перинатальних мультисциплінарних консилиумів у кожному окре-
мому випадку вагітності з ПП або PAS довело свою ефективність, оскільки дає змогу забезпечити індивідуальний план ведення вагітності та пологів з урахуванням інтересів як матері, так і плода, оскільки розродження вагітних із групи аналізу проводиться не в терміні доношеності до 40 тижнів вагітності, а в більш ранньому гестаційному терміні. Способи оперативного розродження, передусім у частині вагітностей із PAS, можна вважати оптимальними й безпечними, за даними інтраопераційних і постопераційних ускладнень у породіллі та стану новонароджених від таких випадків. Отже, стандартизований протокол розродження можна вважати оптимальним і таким, який має можливості максимальної компенсації стану внутрішньоутробного плода для подальшого якісного спостереження і/або лікування новонародженого у відділеннях для новонароджених.

За період 2020–2024 рр. виявлено зміни в структурі термінів гестації на момент народження за рахунок збільшення частоти народження дітей терміном до 28 тижнів гестації (до 36%). Для «пізніх» (34–37 тижнів гестації) недоношених дітей характерний підвищений рівень захворюваності за рахунок дихальних розладів.

Планові кесареві розтини в терміні 37 тижнів знижують ризики тяжких ускладнень, проте асоціюються з високою частотою порушень адаптації легеневої системи, що потребують тривалішої госпіталізації.

Поліпшення показників КЛС капілярної крові в новонароджених свідчить про оптимізацію ведення пренатального періоду, своєчасних термінів розродження та кваліфікованої початкової допомоги новонародженим.

Отримані результати обґрунтовують необхідність індивідуалізованого перинатального підходу до ведення вагітності з ПП і PAS, своєчасної пренатальної підготовки, оптимального вибору терміну розродження та підвищеної уваги до новонароджених групи ризику в ранньому неонатальному періоді.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

1. Ahuja KB, Parveen K, Bano S, Imtiaz K, Shaikh AG, Raishem. (2024). Studying the impact of placenta previa (PP) on mothers and newborns. *J Popul Ther Clin Pharmacol*. 31(7): 583-589.
2. Avagliano L, Massa V, Bulfamante GP. (2011). Histology of the human placenta. In: Kay HH, Nelson DM, Wang Y, eds. *The Placenta: From Development to Disease*. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell: 1-16.

3. Becker RH, Vonk R, Mende BC, Ragosch V, Entezami M. (2001, Jun). The relevance of placental location at 20-23 gestational weeks for prediction of placenta previa at delivery: evaluation of 8650 cases. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 17(6): 496-501. doi: 10.1046/j.1469-0705.2001.00423.x. PMID: 11422970.
4. Bi S, Zhang L, Wang Z et al. (2021). Effect of types of placenta previa on maternal and neonatal outcomes: a 10-year retrospective cohort study. *Arch Gynecol Obstet.* 304(1): 65-72. doi: 10.1007/s00404-020-05912-9.
5. Burton GJ, Fowden AL. (2015). The placenta: a multifaceted, transient organ. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 370(1663): 20140066.
6. Fan D, Wu S, Liu LI et al. (2017). Prevalence of antepartum hemorrhage in women with placenta previa: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep.* 7: 40320.
7. Hasegawa J, Nakamura M, Hamada S et al. (2012). Prediction of hemorrhage in placenta previa. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 51(1): 3-6.
8. Junejo RR, Memon N, Bai G, Shaikh AF, Dars AG, Durrani W. (2023). Impact of placenta previa on neonatal and maternal health: an analysis of complications and associated risk factors. *J Soc Obstet Gynaecol Pak.* 13(3): 222-227.
9. Rao J, Fan D, Zhou Z et al. (2021). Maternal and neonatal outcomes of placenta previa with and without coverage of a uterine scar: a retrospective cohort study in a tertiary hospital. *Int J Womens Health.* 13: 671-681.
10. Rathbun KM, Hildebrand JP. (2018). Placenta abnormalities. In: *StatPearls.* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
11. Ruiter L, Kok N, Limpens J et al. (2016). Incidence of and risk indicators for vasa praevia: a systematic review. *BJOG.* 123(8): 1278-1287.
12. Schoenfisch AL, Dement JM, Rodriguez-Acosta RL. (2008). Demographic, clinical and occupational characteristics associated with early onset of delivery: findings from the Duke Health and Safety Surveillance System, 2001-2004. *Am J Ind Med.* 51(11): 911-922.
13. Silver RM. (2015). Abnormal placentation: placenta previa, vasa previa, and placenta accreta. *Obstet Gynecol.* 126(3): 654-668.
14. Vahanian SA, Lavery JA, Ananth CV, Vintzileos A. (2015). Placental implantation abnormalities and risk of preterm delivery: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 213; 4 Suppl: S78-S90.

Відомості про авторів:

Геревич Надія Василівна – к.мед.н., доц. каф. акушерства, гінекології та неонатології ПО НМУ ім. О.О. Богомольця. Адреса: м. Київ, просп. В. Лобановського, 2; тел.: +38 (044) 331-36-90. <https://orcid.org/0000-0002-1750-135X>.

Колотурська Єлизавета Олексіївна – лікар-неонатолог відділення анестезіології та інтенсивної терапії новонароджених №2 КНП «Перинатальний центр м. Києва»; аспірант каф. акушерства, гінекології та неонатології ПО НМУ ім. О.О. Богомольця. Адреса: м. Київ, просп. Лобановського, 2. <https://orcid.org/0009-0009-0087-4545>.

Батман Юрій Анастасович – д.мед.н., проф. каф. акушерства, гінекології та неонатології ПО НМУ ім. О.О. Богомольця. Адреса: м. Київ, просп. Лобановського, 2. <https://orcid.org/0000-0001-6583-2009>.

Говсеєв Дмитро Олександрович – засл. лікар України, д.мед.н., проф., зав. каф. акушерства і гінекології №1 НМУ імені О.О. Богомольця, директор КНП «Перинатальний центр м. Києва». Адреса: м. Київ, вул. Предславинська, 9; тел.: +38 (044) 275-80-77. <https://orcid.org/0000-0001-9669-0218>.

Стаття надійшла до редакції 09.09.2025 р.; прийнята до друку 20.11.2025 р.