

УДК: 618.33-022.7-06:618.34-007.25:618.396]-036-07-084
DOI:10.24061/2413-4260.IX.1.31.2019.8

С. П. Посохова, К. О. Ніточко

Одеський національний медичний університет,
Одеський обласний перинатальний центр
(м. Одеса, Україна)

КЛІНІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ
КОМПЛЕКСНОГО ПІДХОДУ
ДО ПРОФІЛАКТИКИ
ВНУТРІШНЬОМАТКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ
ПРИ ПЕРЕДЧАСНОМУ РОЗРИВІ
ПЛОДОВИХ ОБОЛОНОК
ТА НЕДОНОШЕНОЇ ВАГІТНОСТІ

Резюме

Вступ. Передчасний розрив плодових оболонок (ПРПО) при недоношеній вагітності частіше за все асоціюється з інфекцією, особливо на ранніх термінах вагітності.

Мета дослідження. Визначити ефективність комплексного підходу (комбінована антибактеріальна терапія + скорочення латентного періоду) до профілактики внутрішньоматкової інфекції при ПРПО в термінах вагітності < 34 тижнів.

Матеріали та методи. У дослідженні брали участь 150 жінок з одноплідною вагітністю та передчасними пологами на тлі ПРПО в термінах 22 – 33,6 тижні, у яких було обрано очікувальну тактику.

Результати дослідження та їх обговорення. При застосуванні комплексного підходу мало місце достовірне зменшення відсотку жінок з гістологічними та клінічними проявами хоріонамніоніту в пологах, починаючи з 28 тижня вагітності – покращення стану дітей при народженні, зниження захворюваності на вроджену пневмонію серед немовлят в 3,9 рази ($p < 0,05$) без збільшення частоти оперативного розродження.

Висновки. Комплексний підхід дозволяє достовірно зменшити відсоток жінок та новонароджених з інфекційними ускладненнями при ПРПО до 34 тижня вагітності.

Ключові слова: передчасні пологи; передчасний розрив плодових оболонок; внутрішньоматкова інфекція; вроджена інфекція.

Вступ

Частота передчасних пологів у світі не має тенденції до зниження і становить близько 12%. Особливе місце в структурі перинатальної захворюваності та смертності недоношених новонароджених займають пологи на тлі передчасного розриву плодових оболонок (ПРПО) та тривалого безводного проміжку. ПРПО при недоношеній вагітності є результатом багатьох патологічних механізмів, але частіше за все асоціюється з інфекцією, особливо на ранніх термінах вагітності. При цьому небезпека інфекційного ураження є тим вищою, чим менше гестаційний вік плоду [1, 2, 3, 4].

Оптимальний підхід до клінічної оцінки та лікування жінок з ПРПО при недоношеній вагітності становить контраверсійну та не до кінця вирішену проблему для акушерської практики. Ведення вагітності при ПРПО залежить від терміну гестації та результатів оцінки відносного ризику пологів у порівнянні з очікувальною тактикою (наприклад, вроджена інфекція, відшарування плаценти, компресія пуповини, тощо). Найбільш частим ускладненням ПРПО є хоріонамніоніт, ризик якого зростає прямо пропорційно до збільшення тривалості латентного проміжку [2]. З метою ідентифікації внутрішньоматкової інфекції при очікувальній тактиці рекомендовано використовувати комбінацію клінічних симптомів та діагностичних тестів, одним з яких є оцінка даних КТГ. Призначення антибактеріальних препаратів широкого спектру дії знижує ризики інфекційних ускладнень у жінок та зменшує захворюваність недоношених новонароджених [2, 3, 4, 5].

Серед жінок з ПРПО та недоношеною вагітністю клінічно маніфестована внутрішньоматкова інфекція зустрічаються в 15 – 25% випадків. ПРПО, що супроводжується хоріонамніонітом, асоціюється з підвищеним ризиком психомоторних порушень

у новонароджених. Ранній гестаційний термін на момент ПРПО пов'язують з підвищеним ризиком ушкодження білої речовини головного мозку. При цьому відсутні дослідження, які б підтверджували, що термінове розродження одразу після вилиття вод може попередити ці ризики [6, 7].

Враховуючи сучасні погляди, одним із важливих завдань практичного акушерства є визначення оптимальної тривалості латентного проміжку при ПРПО в термінах вагітності < 34 тижнів, а також обґрунтування лікувальної тактики з метою запобігання інфекційних ускладнень та покращання постнатальних наслідків у недоношених новонароджених.

Мета і завдання дослідження: визначити ефективність застосування комплексного підходу (комбінована антибактеріальна терапія + скорочення латентного періоду) для профілактики внутрішньоматкової інфекції при ПРПО в термінах вагітності < 34 тижнів.

Матеріали та методи

У дослідженні брали участь 150 жінок з одноплідною вагітністю та передчасними пологами на тлі ПРПО в термінах 22,0 – 33,6 тижні, які народили живих дітей на базі Одеського обласного перинатального центру.

Для виключення впливу акушерських ускладнень та інших факторів на перинатальні наслідки в досліджувану групу не включалися вагітні з тяжкою супутньою екстрагенітальною патологією (цукровий діабет, токсичний зоб, вроджені та набуті вади серця, гіпертонічна хвороба II – III ст. та інші), ускладненнями вагітності (пreeклампсія, резус-конфлікт, тощо), багатоплідною вагітністю, вродженими вадами розвитку плода, синдромом затримки росту плода II – III ступеня.

У всіх вагітних після встановлення діагнозу

ПРПО було обрано очікувальну тактику (показання до термінового розродження були відсутні). Проведено 1 курс профілактики РДС плода бетаметазоном (в сумарній дозі 24 мг). З метою ідентифікації внутрішньоматкової інфекції у всіх вагітних з ПРПО при очікувальній тактиці використовували комбінацію клінічних симптомів (вимірювання температури кожні 4 години) та діагностичних тестів (лейкоцити крові, СРБ в динаміці, серцевий ритм плода за даними КТГ щодоби). У разі виникнення симптомів хоріонамніоніту проводилось термінове розродження. Спостереження за станом плода проводилось шляхом використання періодичної аускультатії, УЗД та кардіотокографії з 28 тижня вагітності (фетальний монітор Sonatina, Edan Instruments, inc. (P. R. China)). Аналіз кардіотокограм (КТГ) проводили за шкалою W. Fischer et. al. (1976) з урахуванням сучасних рекомендацій щодо інтерпретації КТГ.

Аналіз ознак вродженої інфекції у недоношених новонароджених (вроджена пневмонія) проводився на основі даних історій розвитку новонародженого з моменту народження та в ранньому неонатальному періоді. У зв'язку з особливостями неонатальної адаптації недоношених дітей в залежності від ступеня морфо-функціональної зрілості для коректного аналізу перинатальних наслідків вагітні та їх новонароджені були розподілені на 3 підгрупи, враховуючи термін гестації на момент ПРПО: підгрупа А – термін гестації 22 – 27,6 тижнів; підгрупа Б – термін гестації 28 – 31,6 тижнів; підгрупа В – термін гестації 32 – 33,6 тижнів.

Залежно від лікувальної тактики та тривалості латентного періоду вагітних було розподілено на 2 групи. I групу (основну) склали 100 жінок з одноплідною вагітністю ($n = 100$), які отримували запропоновану схему комбінованої антибактеріальної профілактики та при відсутності спонтанної пологової діяльності – розродження по акушерським показанням (індукція пологів окситоцином або кесарів розтин). Латентний проміжок в основній групі не перевищував 168 годин (48 – 168 годин). Комбінована антибактеріальна профілактика включала в себе 7-денний курс: амоксицилін 1,0 в/в кожні 8 годин протягом 2 діб з переходом на пероральний прийом амоксициліну по 250 мг кожні 8 годин протягом 5 днів з паралельним застосуванням азитроміцину по 500 мг 1 раз на добу протягом 3 днів; на початку пологів або перед операцією кесаревого розтину проводили санацію піхви антимікробним препаратом широкого спектру дії (повідон-йод).

II групу (групу порівняння) склали 50 жінок з одноплідною вагітністю ($n = 50$), які народили живих дітей у термінах 22 – 33,6 тижнів з передчасним розривом плодових оболонок та тривалим безводним проміжком. Їм проводилась традиційна антибактеріальна профілактика (амоксицилін 1,0 в/в кожні 8 годин протягом 2 діб з переходом на пероральний прийом амоксициліну по 250 мг кожні 8 годин протягом 5 днів) та спонтанне розродження. Латентний проміжок в цій групі перевищував 168 годин (> 168 годин).

Статистичне оброблення отриманих результа-

тів проводили на персональному комп'ютері за допомогою офісних програм «Microsoft Excel» із використанням основних статистичних методів розрахунку. Для кількісних ознак після розрахунку описових статистичних параметрів у кожній вибірці проводили перевірку на характер розподілу ознак. При нормальному (Гаусовському) розподілі у вибірці однотипних ознак для їх порівняння використовували t-критерій Ст'юдента. Різницю вважали достовірною при $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

Середній вік вагітних в I групі був $27,49 \pm 0,54$ роки, в II групі – $27,46 \pm 0,74$ роки, тобто суттєвої різниці між групами не було ($p > 0,05$).

Серед вагітних досліджуваних груп ПРПО було діагностовано у терміні вагітності 22-27,6 тижнів у 20 жінок (20,0%) I групи та у 11 (22,0%) II групи, 28-31,6 тиждень – у 48 (48,0%) в I групі та у 24 (48,0%) в II, 32-33,6 тижнів – у 32 (32,0%) в I групі та у 15 (30,0%) в II групі. За терміном вагітності дві групи були однорідними та не мали достовірних відмінностей ($p > 0,05$).

У I групі мешканками області були 83 жінки (83,0%), проживали в місті Одеса 17 жінок (17,0%), відповідно в II групі в області мешкало 36 жінки (72,0%), в місті – 14 (28,0%). Групи були однорідними та не мали достовірної різниці ($p > 0,05$).

У I групі перебували у законному шлюбі 57 вагітних (57,0%), не зареєстрований шлюб був у 43 жінок (43,0%), в II групі – не зареєстрований шлюб мали 19 жінок (36,0%) ($p > 0,05$). Працювало 26 жінок (26,0%), були домогосподарками 74 (74,0%) вагітні I групи. Достовірної різниці між групами не було виявлено.

На шкідливі звички під час вагітності (куріння) вказували 38 вагітних (38,0%) I групи, 21 (42,0%) в II групі ($p > 0,05$).

Достовірних відмінностей в акушерсько-гінекологічному анамнезі та перебігу між I та II групами не виявлено ($p > 0,05$). Присутність в анамнезі I та II груп гінекологічної патології переважно інфекційного генезу (запальні захворювання шийки матки, хронічне запалення придатків, захворювання, що передаються статевим шляхом) доводить важливу роль інфекції в організмі вагітної жінки при виникненні у неї передчасних пологів на фоні ПРПО.

При оцінці параметрів КТГ у обстежених вагітних напередодні пологів (за ≤ 12 до початку пологів) нами було виявлено достовірне погіршення показників в II групі з тривалим безводним проміжком більше 168 годин, що може свідчити про зміну реактивності серцево-судинної системи плода на фоні вираженого маловоддя, а також бути ознакою внутрішньоутробної інфекції у плода.

При тривалому безводному проміжку (більше 168 годин) в II групі, у порівнянні з I групою, достовірно частіше за даними кардіотокограм погіршується стан внутрішньоутробних плодів за рахунок зниження варіабельності серцевого ритму, частоти акцелерацій, збільшення кількості децелерацій, зниження загальної оцінки КТГ в балах (табл. 1).

Таблиця 1

Параметри КТГ у обстежених жінок

Параметр КТГ	I група (n=80) б/п 48 – 168 год. M±m	II група (n=39) б/п > 168 год. M±m
ЧСС, уд./в хв.	141,74±1,41	140,8±2,67
Частота осциляцій за 1 хв.	8,01±0,36	8,15±0,42
Амплітуда осциляцій, уд/ в..	9,67±0,40	6,94±0,80*
Частота акцелерацій за 30 хв.	2,75±0,35	1,79±0,25*
Число децелерацій за 30 хв.	0,21±0,05	0,94±0,15*
Загальна оцінка КТГ в балах	7,75±0,12	6,46±0,21*

Примітка: 1. n – кількість спостережень;

2. * p < 0,05 – вірогідність відмінностей порівняно з I групою

При тривалому безводному проміжку (>168 годин) та спонтанному розродженні в II групі, порівняно з I групою, перебіг пологів достовірно частіше ускладнювався хоріонамніонітом (38,0% проти 8,0%), дистресом плода (16,0% проти 6,0%), дефектом посліду, щільним прикріпленням посліду, що потребувало операції ручного відділення плаценти та виділення посліду (16,0% проти 3,0%) (p < 0,05).

Достовірної різниці у частоті оперативного розродження між групами не виявлено: операцію кесаревого розтину було проведено 21 жінці в I групі (21,0%) та 13 жінкам в II групі (26,0%) (p > 0,05). Показанням до оперативного розродження в I групі у 15 випадках було неправильне положення або патологічне передлежання (тазове) плода, у 6 випадках – дистрес плода, підтверджений об'єктивними методами дослідження. В II групі показанням до операції в 5 випадках стало неправильне положення або патологічне (тазове) передлежання плода, в 3 – дистрес плода, в 2 – аномалії пологової діяльності, що не піддавались медикаментозній корекції, в 3 – передчасне відшарування плаценти.

У II групі субінволюція матки мала місце у 8 жінок (16,0%), часткове розходження швів на передній черевній стінці після кесаревого розтину (інфільтрація, серома шву) – у 4 жінок з 13 прооперованих (38,5%), часткове розходження швів промежини – у 3 жінок (6,0%). Післяпологовий ендометрит (в т. ч. після кесаревого розтину) не зустрічався навіть на фоні тривалого безводного проміжку та хоріонамніоніту в пологах завдяки застосуванню антибіотиків широкого спектру дії, сучасного шовного матеріалу, вдосконаленій оперативній техніці. Таким чином, тривалий безводний проміжок (більше 168 годин) є фактором ризику малих форм післяпологових інфекційних ускладнень у породіль.

При гістологічному дослідженні плацент в I групі гнійне запалення було виявлено у 16 жінок (16,0%), серозне запалення – у 33 жінок (33,0%), у 10 жінок (10,0%) в послідах були ознаки як серозного, так і гнійного запалення. При цьому в I групі переважувало ураження децидуальної оболонки в 38 випадках (60,3%), в решті випадків – ураження двох або всіх оболонок. У 41 жінки I групи запальних процесів в посліді не було діагностовано. В II групі гнійне запалення було в 28 випадках (56,0%) – переважно хоріонамніоніт та його поєднання з базальним децидуїтом, дифузною лейкоцитарною інфільтрацією міжворсинчатого простору та оболонок, в деяких випадках – пласти некротизованого амніального епітелію, наявністю фібринових мікротромбів в судинах посліду, серозне запалення – в 12 (24,0%) випадках. Серед інших морфологічних структурних змін в плацентарній тканині виявлялись порушення процесів дозрівання та васкуляризації ворсин, інволютивно- дистрофічні зміни, частота яких вірогідно не відрізнялась в досліджуваних групах.

Таким чином, скорочення тривалості безводного проміжку та застосування комбінованої антибіотикопрофілактики дозволили в I групі жінок достовірно зменшити відсоток важкого гнійного процесу в плаценті у порівнянні з II групою (p < 0,05).

Маса тіла недоношених новонароджених та оцінка за шкалою Апгар на 1 та 5 хвилині в досліджуваних групах представлені у табл. 2.

У відповідних вікових категоріях досліджуваних груп не виявлено статистично значущих відмінностей між масою тіла недоношених дітей (p > 0,05). Оцінка за шкалою Апгар на 1 та 5 хвилині у новонароджених вікової категорії А (22 – 27,6 тижнів) I та II груп також не мала статистично значущої різниці (p > 0,05).

Таблиця 2

Розподіл дітей в групах в залежності від маси тіла та оцінки за шкалою Апгар

Параметри	I A (n=20)	II A (n=11)	I B (n=48)	II B (n=24)	I B (n=32)	II B (n=15)
Середня маса тіла при народженні, г (M±m)	924,50±27,30	994,55 ± 30,55	1490,93± 35,86	1522,50 ± 42,63	1860,00 ± 27,08	1937,67± 74,53
Оцінка за шкалою Апгар на 1' (M±m)	5,65 ± 0,28	5,0 ± 0,45	6,87 ± 0,16*	6,13 ± 0,22	6,94± 0,18*	6,27 ± 0,15
Оцінка за шкалою Апгар на 5' (M±m)	6,85 ± 0,12	6,55 ± 0,25	7,92± 0,18*	7,33 ± 0,13	7,96 ± 0,07*	7,47 ± 0,13

Примітка: p < 0,05 – вірогідність відмінностей порівняно з II групою.

Новонароджені I групи після 28 тижня вагітності мали достовірно вищу оцінку за шкалою Апгар на 1 хвилині та на 5 хвилині порівняно з II групою.

Захворюваність новонароджених на вроджену пневмонію в залежності від терміну вагітності та обраної тактики відображено на рисунку 1. Одночасно було проаналізовано частоту випадків клінічно маніфестованого хоріонамніоніту у матерів в досліджуваних групах. Результати відображено на рисунку 2.

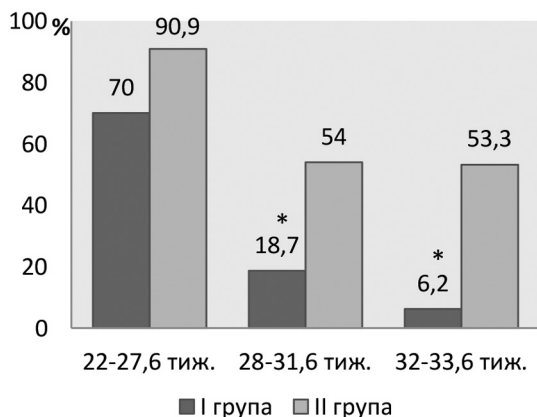


Рис.1. Частота вродженої пневмонії.

Примітка: * - $p < 0,05$ – вірогідність відмінностей порівняно з II групою

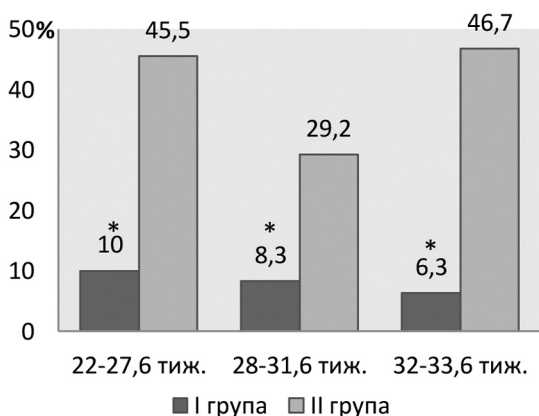


Рис.2. Частота хоріонамніоніту.

Примітка: * - $p < 0,05$ – вірогідність відмінностей порівняно з II групою

Частота вродженої пневмонії залежала від гестаційного віку плода, тактики ведення вагітності та термінів розродження. У віковій категорії з 22 по 27,6 тижнів (категорія А) відсоток дітей із вродженою пневмонією досить високий незалежно від обраної тактики та тривалості безводного проміжку. У віковій категорії Б (28 – 31,6 тижнів) частота пневмонії зростає прямо пропорційно тривалості безводного проміжку ($p < 0,05$). В категорії В (32 – 33,6

тижні) спостерігається найменший відсоток дітей із вродженою пневмонією, але частота її значно зростає при подовженні безводного проміжку більше 168 годин ($p < 0,05$).

Тривалий безводний проміжок також є фактором ризику розвитку внутрішньоматкової інфекції та вдосконалена нами тактика ведення вагітності в I групі достовірно знижувала частоту хоріонамніоніту на всіх термінах гестації ($p < 0,05$).

Зважаючи на те, що у I групі нами також було досягнуто достовірне зменшення захворюваності на вроджену пневмонію, можна вважати доцільним впровадження комбінованої антибіотикопрофілактики та обмеження тривалості безводного проміжку, що попереджує важкі форми вродженої інфекції та покращує перинатальні наслідки у недоношених дітей при ПРПО до 34 тижня вагітності.

Висновки

1. Обмеження тривалості латентного періоду при ПРПО та недоношеній вагітності достовірно зменшує відсоток жінок з гістологічно підтвердженим гнійним запальним процесом в плаценті та клінічними проявами хоріонамніоніту в пологах, що в свою чергу, покращує прогноз для новонароджених та породіль, зменшує у них ймовірність вродженої інфекції, гнійно-септичних та інших ускладнень відповідно.

2. Зміни на кардіотокограмі (зниження варіабельності серцевого ритму, частоти акцелерацій, збільшення кількості децелерацій, зниження загальної оцінки КТГ в балах) за ≤ 12 годин до пологів є несприятливим прогностичним фактором: можуть вказувати на зміну реактивності серцево-судинної системи плода на фоні вираженого маловоддя, а також бути ознакою внутрішньоутробної інфекції у плода.

3. Скорочення латентного періоду та застосування комбінованої антибактеріальної профілактики дозволило достовірно покращити стан дітей при народженні, знизити захворюваність на вроджену пневмонію серед немовлят починаючи з 28 тижня вагітності в 3,9 рази ($p < 0,05$) без збільшення частоти оперативного розродження.

Перспективи подальших досліджень

Тривалість латентного періоду та лікувальна тактика не впливали на частоту вродженої інфекції при ПРПО в термінах 22 – 27,6 тижнів, що потребує подальшого удосконалення перинатальних технологій при дуже ранніх передчасних пологах.

Конфлікт інтересів: Автори не заявляли будь-якого конфлікту інтересів.

Фінансова підтримка: Автори не зазначили будь-якої грантової підтримки при виконанні досліджень.

Література

1. Premature rupture of membranes. Practice Bulletin No. 172. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol [Internet]. 2016[cited 2019 Jan 15];128(4):e165-e77. Available from: https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2016/10000/Practice_Bulletin_No__172__Premature_Rupture_of.62.aspx
2. Prelabor rupture of membranes. ACOG Practice Bulletin No. 188. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol [Internet]. 2018[cited 2019 Jan 16];131(1):e1-e14. Available from: https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2018/01000/ACOG_Practice_Bulletin_No__188__Prelabor_Rupture.38.aspx
3. WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2019 Jan 16]. 98 p. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183037/9789241508988_eng.pdf?sequence=1
4. Di Renzo GC, Cabero Roura L, Facchinetti F, Helmer H, Hubinont C, Jacobsson B, et al. Preterm Labor and Birth

Management: Recommendations from the European Association of Perinatal Medicine. J Matern Fetal Neonatal Med. 2017;30(17):2011-30. doi: 10.1080/14767058.2017.1323860.

5. Dars S, Malik S, Samreen I, Kazi RA. Maternal morbidity and perinatal outcome in preterm premature rupture of membranes before 37 weeks gestation. Pak J Med Sci. 2014;30(3):626-9. doi: 10.12669/pjms.303.4853.

6. Nasef N, Shabaan AE, Schurr P, Iaboni D, Choudhury J, Church P, et al. Effect of clinical and histological chorioamnionitis on the outcome of preterm infants. Am J Perinatology. 2013;30(1):59-68. doi: 10.1055/s-0032-1321501.

7. Fujiwara A, Fukushima K, Inoue H, Takashima T, Nakahara H, Satoh S, et al. Perinatal management of preterm premature ruptured membranes affects neonatal prognosis. J Perinat Med. 2014;42(4):499-505. doi: 10.1515/jpm-2013-0192.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ПРОФИЛАКТИКЕ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК И НЕДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

С. П. Посохова, Е. А. Ниточко

Одесский национальный медицинский университет,
Одесский областной перинатальный центр
(г. Одесса, Украина)

Резюме

Введение. Преждевременный разрыв плодных оболочек при недоношенной беременности чаще всего ассоциируется с инфекцией, особенно в ранних сроках гестации.

Цель исследования. Определить эффективность комплексного подхода (комбинированная антибактериальная терапия + укорочение латентного периода) к профилактике внутриматочной инфекции при ПРПО в сроках беременности < 34 недель.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 150 женщин с одноплодной беременностью и преждевременными родами на фоне ПРПО в сроках 22 – 33,6 недель, у которых была выбрана выжидательная тактика.

Результаты исследования и их обсуждение. При применении комплексного подхода имело место достоверное уменьшение процента женщин с гистологическими и клиническими проявлениями хориоамнионита в родах, начиная с 28 недель беременности – улучшение состояния детей при рождении, снижение заболеваемости врожденной пневмонией среди новорожденных в 3,9 раза ($p < 0,05$) без увеличения частоты оперативного родоразрешения.

Выводы. Комплексный подход позволяет достоверно снизить процент женщин и новорожденных с инфекционными осложнениями при ПРПО до 34 недели беременности.

Ключевые слова: преждевременные роды; преждевременный разрыв плодных оболочек; внутриматочная инфекция; врожденная инфекция.

Контактна інформація:

Посохова Світлана Петрівна – д.мед.н., професор кафедри акушерства та гінекології №1 Одеського Національного медичного університету (м. Одеса, Україна)
Контактна адреса: 26 вул. Заболотного, Одеський обласний перинатальний центр, Одеса, 65025, Україна.
Контактний телефон: +38 067 7481248
e-mail: sposohova@ukr.net
Researcher ID (Web of Science): Z-1511-2018

Контактная информация:

Посохова Светлана Петровна, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 Одесского Национального медицинского университета
Контактный адрес: 26 ул. Заболотного, Одесский областной перинатальный центр, Одеса, 65025
Контактный телефон: +38 067 7481248
e-mail: sposohova@ukr.net
Researcher ID (Web of Science): Z-1511-2018

CLINICAL PERFORMANCE EVALUATION OF AN INTEGRATED APPROACH TO PREVENTION INTRAUTERINE INFECTION OF PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES AND PRETERM PREGNANCY

S. P. Posokhova, K. O. Nitochko

The Odessa National Medical University,
The Odessa Regional Perinatal Center
(Odessa, Ukraine)

Summary

Introduction. Infection has been shown to be commonly associated with preterm premature rupture of membranes (pPROM), especially at earlier gestational ages.

The aim of the study. Determine the effectiveness of an integrated approach (combined antibiotic therapy + shortening of the latency period) to the prevention of intrauterine infection with PROM during pregnancy <34 weeks.

Materials and Methods. The study involved 150 women with singleton pregnancies and preterm labor against the background of PROM in terms of 22 to 33.6 weeks, who had been chosen expectant management.

Results and Discussion. When applying an integrated approach, there was a significant decrease in the percentage of women with histological and clinical manifestations of chorionamnionitis in labor, starting from the 28th week of pregnancy - improving the condition of children at birth, reducing the incidence of congenital pneumonia among newborns by 3.9 times ($p < 0,05$) without increasing the rates of cesarean delivery.

Conclusions. An integrated approach can reliably reduce the percentage of women and newborns with infectious complications in PROM up to 34 weeks of gestation.

Key words: Preterm Delivery; Premature Rupture of Membranes; Intrauterine Infection; Congenital Infection.

Contact Information:

Svitlana Posokhova, doctor of medical science, professor of obstetrics and gynecology department N 1 Odessa National medical university (Odessa, Ukraine)
Address: 26 Zabolotnogo str. Odessa oblast perinatal center, Odessa, 65025
Контактний телефон: +38 067 7481248
e-mail: sposohova@ukr.net
Researcher ID (Web of Science): Z-1511-2018