

# Заходи для запобігання мертвонародженню, втраті плода та перинатальної смерті: аналіз Кохрейнівських систематичних оглядів (Абстракт)\*

Мертвонародження зазвичай визначається як смерть до народження на  $\geq 22$  тижні вагітності і залишається серйозною проблемою охорони здоров'я в усьому світі. Певні профілактичні заходи в антенатальному періоді можуть зменшити частоту мертвонародження та покращити материнські й неонатальні результати в умовах, коли рівень мертвонароджуваності досить високий. Існує кілька ключових антенатальних стратегій, спрямованих на запобігання мертвонародженню, що зокрема включають профілактику та лікування інфекцій, а також заходи щодо зміни харчування.

**Метою дослідження** стало узагальнення доказів Кохрейнівських систематичних оглядів щодо ефективності антенатальних профілактичних заходів для запобігання мертвонародженню.

Автори співпрацювали з фахівцем з інформації про вагітність і пологи Кохрейнівського центру, щоб віднайти всі опубліковані огляди, в яких зазначено або повідомляється про мертвонародження; здійснено пошук у Кохрейнівській базі даних систематичних оглядів, щоб знайти публікації інших Кохрейнівських груп. Основний результат — мертвонародження, втім за відсутності даних про мертвонародження, як результат використовували інформацію про перинатальну смертність (як мертвонародження, так і смерть на першому тижні життя), синдром втрати плода або антенатальну смерть. Два рецензенти незалежно один від одного оцінювали критерії включення, вилучили дані та визначали якість доказів за допомогою інструментів AMSTAR (інструмент вимірювання для оцінки рецен-

зій) та GRADE. Автори промаркували дослідження графічними значками, щоб класифікувати ефективність втручань за категоріями: чіткі докази користі чи шкоди; чіткі докази відсутності ефекту або еквівалентності; можлива користь чи шкода; невідома користь чи шкода, або відсутність ефекту чи еквівалентності.

Виявлено 43 Кохрейнівські огляди, які включали проведення профілактичних заходів у вагітних з метою запобігання мертвонародженню; усі включені огляди повідомляли про первинний результат «мертвонародження», або «перинатальну смерть», або «синдром втрати плода / антенатальну смерть плода». Якість AMSTAR була високою в 40 оглядах з оцінками від 8 до 11 і помірною в трьох оглядах з оцінкою 7.

## Заходи щодо зміни харчування

**Чіткі докази користі:** збалансований прийом енергетичних / білкових речовин порівняно з відсутністю прийому свідчить про ймовірне зниження мертвонародження (відношення ризиків — ВР 0,60; 95 % довірчий інтервал — ДІ 0,39–0,94; 5 рандомізованих контрольованих досліджень — РКД; 3408 жінок; докази помірної якості).

**Чіткі докази відсутності ефекту** щодо попередження мертвонародження або перинатальної смерті: застосування лише вітаміну А проти плацебо / відсутності лікування; застосування комбінації декількох мікроелементів із залізом і фолієвою кислотою проти заліза з або без фолієвої кислоти.

Невідома користь чи шкода або відсутність ефекту чи еквівалентності: для всіх інших досліджень щодо змін харчування результати були невизначеними.

## Профілактика та лікування інфекцій

**Можлива користь** для попередження синдрому втрати плода або антенатальної смерті: антималярійні сітки, оброблені інсектицидами, проти відсутності сіток (ВР 0,67; 95 % ДІ 0,47–0,97; 4 РКД; низька якість доказів).

**Невідомі докази** відсутності впливу або еквівалентності: застосування препаратів для запобігання малярії (мертвонародження: ВР 1,02; 95 % ДІ 0,76–1,36; 5 РКД; 7130 жінок, докази помірної якості для жінок усіх груп; перинатальна смертність: ВР 1,24; 95 % ДІ 0,94–1,63; 4 РКД; 5216 жінок, докази помірної якості для жінок усіх груп).

## Профілактика, виявлення та лікування інших захворювань

**Чіткі докази користі:** наступні втручання передбачають зменшення мертвонародження — вдосконалення моделі надання допомоги акушеркою в умовах, де акушерка є «основним» медичним працівником, особливо для вагітних групи низького ризику (загальне зниження антенатальної смертності / смертності новонароджених ВР 0,84; 95 % ДІ 0,71–0,99; 13 РКД; 17 561 жінка); навчання порівняно з відсутністю навчання акушерок у сільських районах країн із низь-



ким і середнім рівнем доходу (зниження мертвонародження: ВР 0,69; 95 % ДІ 0,57–0,83; одне РКД; 18 699 жінок; докази помірної якості; зниження перинатальної смертності: ВР 0,70; 95 % ДІ 0,59–0,83; одне РКД; 18 699 жінок; докази помірної якості).

**Чіткі докази шкоди:** зменшення кількості антенатальних візитів, ймовірно, призводить до збільшення показника перинатальної смертності (ВР 1,14; 95 % ДІ 1,00–1,31; 5 РКД; 56 431 жінка; докази середньої якості).

**Чіткі докази відсутності ефекту** або еквівалентності: отримано докази відсутності впливу щодо ризику мертвонародження / синдрому втрати плода або перинатальної смертності для втручань психосоціального характеру.

**Можливі переваги:** використання комплексу соціальних заходів (включаючи групи підтримки / жіночі групи, відвідування вагітних вдома, навчання акушерок) може сприяти зменшенню мертвонародження (ВР 0,81; 95% ДІ 0,73–0,91; 15 РКД; 201 181 жінка; докази низької якості) і перинатальної смертності (ВР 0,78; 95 % ДІ 0,70–0,86; 17 РКД; 282 327 жінок; докази низької якості).

**Невідома користь чи шкода,** відсутність ефекту чи еквівалентності: для інших профілактичних заходів ефекти були невизначеними.

## Скринінг і контроль росту та розвитку плода

**Чіткі докази користі:** застосування комп'ютеризованої антенатальної кардіотокографії для оцінки стану немовляти у внутрішньоутробному періоді порівняно з традиційною антенатальною кардіотокографією (зниження перинатальної смертності ВР 0,20; 95 % ДІ 0,04–0,88; 2 РКД; 469 жінок; докази помірної якості).

**Невизначена користь чи шкода,** відсутність ефекту чи еквівалентності: для інших проаналізованих втручань ефекти були невизначеними.

## Висновки авторів

У той час як більшість профілактичних заходів не змогли продемонструвати чіткого ефекту щодо зниження мертвонародження або перинатальної смертності, кілька втручань продемонстрували явну користь, наприклад збалансований прийом енергетичних / білкових речовин, вдосконалення моделі надання допомоги акушеркою, навчання проти відсутності навчання акушерок і застосування комп'ютеризованої антенатальної кардіотокографії. Ймовірні переваги також спостерігалися для оброблених інсектицидами протималярійних сіток і комплексу соціальних за-

ходів, тоді як зменшення кількості антенатальних візитів виявилось шкідливим. Однак існують відмінності в ефективності заходів, проведених у різних умовах, що вказує на необхідність ретельного розуміння контексту, в якому ці втручання аналізувалися.

Необхідні подальші високоякісні РКД для оцінки ефектів антенатальних профілактичних втручань і визначення того, які підходи є найбільш ефективними для зниження ризику мертвонародження (або антенатальну смерть плода), перинатальну та неонатальну смерть необхідно повідомляти окремо в майбутніх дослідженнях антенатальних втручань, щоб можна було оцінити різні втручання щодо цих рідкісних несприятливих результатів. У дослідженнях мають бути чітко визначені цільові групи жінок, де втручання є найбільш ефективним. Оскільки високий тягар мертвонароджень припадає на країни з низьким і середнім рівнем доходу, подальші високоякісні дослідження необхідно проводити в цих умовах.

Також існує потреба в оцінці пов'язаних із мертвонародженням факторів ризику і визначенні несприятливих ефектів, пов'язаних із проведенням втручань.

Переклад з англійської А. Б. Фушич

Медична редакція Л. В. Мартиненко

## 1 Світовий конгрес Товариства медицини матері і плода



Рим, Італія | 25 - 28 вересня 2024 | Auditorium Parco della Musica

<https://www.smfm.org/smfm-meetings/global>