



ЗАТРИМКА РОСТУ ПЛОДА ПРИ ДОНОШЕНІЙ І НЕДОНОШЕНІЙ ВАГІТНОСТІ

М.О. Коростіль, О.О. Чорна
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Резюме

У статті наведені результати аналізу частоти затримки росту плода (ЗРП), структури цієї патології, наслідків вагітності та пологів у жінок із доношеною та недоношеною вагітністю. Оцінка перинатальних наслідків дозволила встановити, що перинатальні втрати при ЗРП залежать від гестаційного терміну та способу розродження.

Ключові слова

Затримка росту плода, вагітність, пологи, жінки з доношеною та недоношеною вагітністю.

Останніми роками в Україні та в ряді країн світу спостерігається виражена тенденція до зростання перинатальної захворюваності, яка, за даними ВООЗ, посідає 4-е місце серед причин смертності населення. Порівняно з попередніми десятиліттями захворюваність новонароджених збільшилась майже в два рази, одна третина дітей народжується хворими або хворіє протягом періоду новонародженості [1, 7, 9].

Основним джерелом перинатальної патології є вагітність високого ризику, питома вага якої в загальній популяції складає близько 10%, а в спеціалізованих стаціонарах і перинатальних центрах може сягати 90% [5].

Однією з головних причин перинатальної захворюваності і смертності є плацентарні порушення, які супроводжуються метаболічними зрушеннями та затримкою росту плода (ЗРП). Загальна частота захворюваності при гострих та хронічних плацентарних порушеннях сягає майже 80% [2, 8].

На частку гіпоксично-ішемічних уражень ЦНС припадає 49,9%, що в 4,8 рази вище, ніж при неускладненій вагітності, дихальні порушення та аспіраційний синдром спостерігаються в 11% новонароджених, а реанімаційні заходи необхідно проводити у 15,2% малюків [3, 6].

Особлива увага приділяється новонародженим із малою (до 2500,0 г) та дуже малою (до 1500,0 г) масою тіла при народженні, серед яких певну частину складають діти, які народились до 28-го тижня вагітності.

ЗРП є другою причиною перинатальної смертності після недоношеності [4]. Перинатальна смертність при ЗРП у 6-10 разів вища, ніж у дітей із нормальними масо-ростовими параметрами. Серед доношених мертвонароджених у 26% реєструється ЗРП, а серед недоношених — у 53% [9]. Майже третина дітей із ЗРП, що народились живими, мають високу імовірність порушень неврологічного та фізичного розвитку, що потребує тривалого диспан-

серного спостереження і проведення коригуючої терапії.

Частота ЗРП складає від 5 до 17%, а серед недоношених дітей від 15 до 22% [4, 9], що пояснюється спільністю причин та патогенетичних механізмів, які обумовлюють розвиток передчасних пологів та ЗРП, а також досить високою частотою дострокового розродження вагітних із прееклампсією та плацентарною дисфункцією.

Незважаючи на суттєві успіхи, яких досягнуто в зниженні смертності недоношених новонароджених із малою і дуже малою масою тіла при народженні, відмічено коло невирішених питань стосовно причин і частоти ЗРП і захворюваності таких дітей у неонатальному періоді відносно популяції недоношених новонароджених.

Останнім часом усе більше уваги приділяється пренатальним чинникам ризику розвитку ускладнень. Прогнозування таких ускладнень та їх профілактика скеровані на зниження частоти народження дітей із малою й дуже малою масою тіла та зменшення частоти серед таких дітей перинатальних ускладнень, у тому числі ЗРП.

Аналіз причин виникнення затримки росту плода, вивчення структури даної патології в різні гестаційні терміни, вплив перебігу вагітності та пологів на стан плода і термін пологів дозволить визначити можливі шляхи оптимізації медичної допомоги для поліпшення перинатальних наслідків.

Мета роботи — провести порівняльний аналіз частоти, структури ЗРП, акушерських і перинатальних ускладнень у жінок із доношеною та недоношеною вагітністю.

Матеріали та методи

Проведено клініко-статистичний аналіз перебігу вагітності, пологів, стану плода та новонародженого за матеріалами медичної документації (карти спостереження за вагітною та породіллю, історії пологів, карти новонароджених) Київського міського пологового будинку № 6 за 2009-2011 роки в 601 вагітній із затримкою росту плода, пологи в яких відбулись у різні гестаційні терміни: 22-28,6 тижнів, 29-32,6 тижнів, 33-36,6 тижнів і 37-40 тижнів.

Структура ЗРП визначалась формою (асиметрична, симетрична) та ступенем тяжкості (I, II, та III ступінь) ЗРП, які оцінювались відповідно до класифікаційних характеристик [4].

Статистична обробка отриманих даних проводилась із використанням ліцензійного пакета статистичного аналізу Stata 12.

Результати та їх обговорення

Клініко-статистичний аналіз показав, що серед 12656 пологів, які відбулись за 2009-2011, сталося 1239 (9,8%) передчасних пологів. Серед усіх пологів, що відбулись, ЗРП відмічено як при доношеній, так і при недоношеній вагітності: із числа пологів, що відбулись вчасно (11417 пологів), ЗРП відмічено в 166 (1,5%) випадках, при передчасних пологах (1239 пологів) ЗРП відмічено в 435 (35,1%).

Частота випадків ЗРП у різні терміни вагітності складала відповідно 22-28,6 тижнів — 105 (17,5%), 29-32,6 тижнів — 141 (23,5%), 33-36,5 тижнів — 189 (31,4%) і 37-40 тижнів — 166 (27,6%).

Аналізуючи структуру ЗРП при недоношеній і доношеній вагітності було визначено, що відсоток легкого ступеня ЗРП був найвищим як при доношеній, так і недоношеній вагітно-

Рисунок 1

Частота ЗРП при доношеній і недоношеній вагітності за ступенем тяжкості

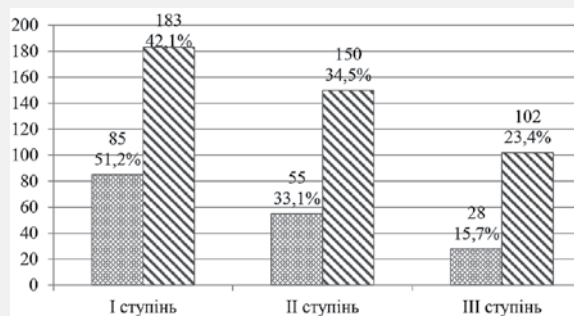


Рисунок 2

Розподіл ЗРП за формою в різні терміни вагітності (%)

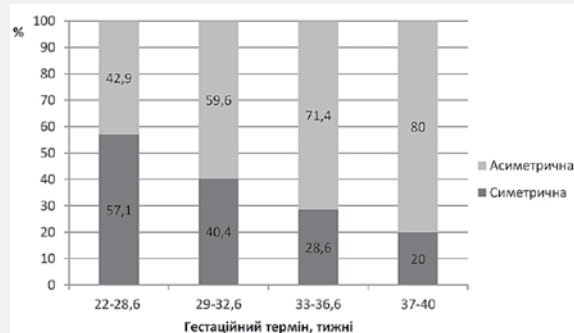
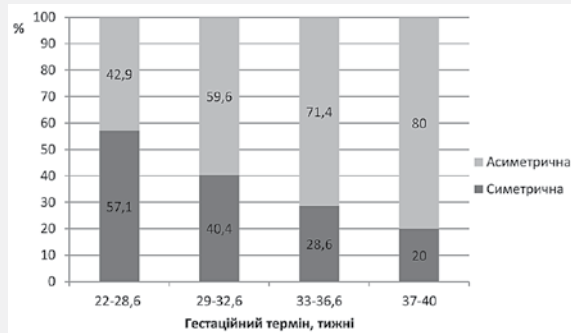


Рисунок 3

Розподіл ЗРП за ступенем тяжкості в різні терміни вагітності (%)



сті. Частоту ЗРП при доношеній і недоношеній вагітності з урахуванням ступеня тяжкості представлено на рис. 1.

Аналізуючи структуру ЗРП за формою, було встановлено, що при доношеній вагітності асиметрична форма спостерігалась у 133 (80,1%), а симетрична — у 33 (19,9%) випадках. При недоношеній вагітності асиметрична форма відмічена у 264 (60,7%), а симетрична — у 171 (39,3%).

Аналіз розподілу ЗРП за різними термінами вагітності (рис. 2) показав, що в 22-28,6 тижнів вагітності найбільшим був відсоток симетричної форми ЗРП. Зі збільшенням терміну вагітності відсоток симетричної форми зменшувався, а відсоток асиметричної форми ЗРП збільшувався.

При оцінці ступеня тяжкості ЗРП слід зазначити, що в різні терміни вагітності легкий ступінь складав найбільший відсоток (рис. 3).

Аналізуючи результати вагітності, встановлено, що завершення вагітності відбувалось у різні терміни як шляхом операції кесарського розтину, так і через природні пологові шляхи (табл).

Таблиця

Результати пологів за способом розродження (абс., %)

Спосіб розродження	Групи жінок			
	Пологи у 22-28,6 тижнів (n=105)	Пологи у 29-32,6 тижнів (n=141)	Пологи у 33-36,6 тижнів (n=189)	Пологи у 37-40 тижнів (n=166)
Природним шляхом	36 (34,3)	57 (40,4)	90 (47,6)	79 (47,3)
Кесарів розтин	69 (65,7)	84 (59,6)	99 (52,4)	87 (52,7)
p	$\chi^2=2,1; p=0,542$			

Де: p — оцінка суттєвості різниці за критерієм χ^2 -квадрат — χ^2 (різниця між групами за способом пологового розродження статистично незначуща, $p>0,05$).

Рисунок 4

Перинатальні втрати в різні терміни гестації за різними видами розродження



Аналізуючи показання до операції кесарського розтину, можна дійти висновку, що у групі жінок із вагітністю 22-28,6 тижнів всі операції проводились в ургентному порядку за суворими показаннями, якими слугували стани, що загрожували життю матері (рис. 4). У переважній кількості випадків (39,1%) причиною було передчасне відшарування плаценти, дещо менше (30,5%) — прогресування ступеня тяжкості прееклампсії. Лише у 13,1% випадків виявлялись інші показання до операції.

У групі жінок, які народили у 29-32,6 тижнів, передчасне відшарування плаценти стало причиною ургентної операції кесарського розтину в меншій кількості випадків (25%), ніж серед пацієнток із меншим терміном вагітності, прогресування прееклампсії спостерігались частіше (28,6%). Серед показань були стани, пов'язані безпосередньо зі станом плода (дистрес плода — 28,6%).

У терміни 33-36,6 тижнів у більшості випадків показанням до операції кесарського розтину став дистрес плода (36,3%), а передчасне відшарування плаценти та прогресування прееклампсії спостерігались у майже кожної п'ятої жінки (18,6%). У групі з доношеною вагітністю (37-40 тижнів) дистрес плода як причина операції кесарського розтину посів перше місце (37,9%), передчасне відшарування плаценти склало 13,8%, прогресування ступеня тяжкості прееклампсії — 17,2%.

Проведення ретроспективного аналізу та оцінка перинатальних ускладнень дозволили встановити, що перинатальні втрати при ЗРП були обернено пропорційні гестаційному терміну й залежали від способу розродження. Найбільші втрати були відмічені при розродженні шляхом операції кесарського розтину у терміні вагітності 22-28,6 тижнів. Акушер-

ська ситуація призводила до несприятливого перинатального прогнозу і високої перинатальної смертності у недоношених новонароджених, які гинули в ранньому та пізньому неонатальному періоді.

Провідними причинами перинатальних втрат були глибока недоношеність, внутрішньошлуночкові кровотечі (ВШК) і поширені ателектази незрілих легенів.

Зі збільшенням терміну вагітності перинатальна смертність вірогідно ($p < 0,05$) знижувалася. Більш сприятливі результати розродження були досягнуті при розродженні в терміні гестації більше ніж 33 тижні вагітності. При підготовці до планового розродження проводилася комплексна терапія плацентарної дисфункції, профілактика дистресу плода та терапія, що була спрямована на стабілізацію основного захворювання матері.

При пологах через природні пологові шляхи також виявлена різниця між групами з різним

гестаційним терміном за рівнем перинатальних втрат, найбільший відсоток яких відмічався при терміні 22-27,6 тижнів.

Висновки

Підсумовуючи результати дослідження, можна зробити такі висновки:

1. Формування ЗРП у терміні 22-27,6 тижнів обумовлює значну частоту оперативного розродження й перинатальні втрати.
2. Перинатальні наслідки при ЗРП залежать від терміну вагітності, форми та ступеня тяжкості цієї патології.
3. Найважчі перинатальні наслідки (антенатальна загибель плода) частіше зустрічаються при ЗРП у терміні 22-27,6 тижнів і при розродженості природним пологовим шляхом.

Надійшла до редакції 14.03.2016 р.

Список використаної літератури

1. Дементьева Г.М. Дифференциальная оценка детей с низкой массой при рождении / Г.М. Дементьева, Е.В. Короткая // Вопросы охраны материнства и детства. — 2010. — № 2. — С. 15-20.
2. Колесова Т.Е. Пути профилактики материнской и перинатальной смертности: сб. науч. трудов / Т.Е. Колесова, В.С. Буда. — Пермь, 2011. — С. 25-28.
3. Ломако Л.Т. Особенности центральной, лёгочной и периферической гемодинамики у новорождённых, перенесших внутриутробную гипоксию / Л.Т. Ломако // Акушерство и гинекология. — 2011. — № 3. — С. 41-43.
4. Макаров И.О., Юдина Е.А., Боровкова Е.И. Задержка роста плода / Учебное пособие. — М.: «МЕДпресс-информ» 2012. — 34 с.
5. Маркін Л.Б. Комплексна оцінка стану плода при затримці його розвитку / Л.Б. Маркін, Т.Ю. Мартин // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2010. — № 5. — С. 83-84.
6. Орджоникидзе И.В. Новое в лечении беременных с синдромом задержки развития плода / И.В. Орджоникидзе, П.А. Клименко, Г.Д. Дживигелова // Акушерство и гинекология. 2011. — № 3. — С. 32-36.
7. Стрижова Н.В. Ультразвуковая диагностика внутриутробной задержки роста плода / Стрижова Н.В., Хишам Ясин, Мохамед Эльамин, И.С. Бокин // Акушерство и гинекология. — 2011. — № 3 — С. 30-31.
8. Blomberg L.A. The effect of intrauterine growth retardation on the expression of developmental factors in porcine placenta subsequent to the initiation of placentation / L.A. Blomberg, L.L. Schreier, H.D. Guthrie, G.L. Sample // Placenta. — 2010. — Vol. 31 (6). — P. 549-52.
9. Carlo W.A. Prematurity and intrauterine growth restriction. In: R.M. Kliegman, R.E. Behrman, H.B. Jenson, B.F. Stanton, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 19th ed. — Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, 2011. — P. 91.

Fetal growth retardation in term and premature pregnancy

M.O. Korostil, O.O. Chorna

Summary

The results of analysis of fetal growth retardation rates, the structure of this pathology, pregnancy and childbirth outcome in term and preterm pregnancy are presented in the article. The evaluation of perinatal outcomes allowed to establish that perinatal loss in fetal growth retardation depend on the gestational age and mode of delivery.

Keywords: delayed fetal growth, pregnancy, childbirth, women with full-term and premature pregnancy.