

©О. І. Хлібовська, В. В. Овчарук, В. Г. Дживак

ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА РОДІВ У ЖІНОК ІЗ ЗАТРИМКОЮ РОСТУ ПЛОДА

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА РОДІВ У ЖІНОК ІЗ ЗАТРИМКОЮ РОСТУ ПЛОДА. Проаналізовано 1104 історій пологів жінок, які народжували в Тернопільській міській лікарні № 2, щодо визначення відсотку жінок, у яких вагітність ускладнилась затримкою розвитку плода. Далі проведено клініко-статистичний аналіз перебігу вагітності, родів, стан новонароджених у 96 жінок з затримкою розвитку плода. Виявлено фактори, які впливають на розвиток даного ускладнення під час вагітності.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА ПЛОДА. Проанализировано 1104 истории родов у женщин, которые родили в Тернопольской городской больнице № 2. Проведено клинико-статистический анализ течения беременности, родов у 96 женщин с задержкой развития плода. Проанализировано течение беременности, родов, состояние новорожденных. Выявлены факторы, влияющие на развитие данного осложнения во время беременности.

PREGNANCY AND DELIVERY IN WOMEN WITH FETAL GROWTH RETARDATION. 1104 cases of delivery were analysed in Ternopol hospital 96 cases of pregnant and delivery with fetal growth retardation were clinically- statistic analysed. Analised pregnant and delivery, status of newborn. The factors that influence the development of this complication during pregnancy.

Ключові слова: вагітна, затримка розвитку плода, новонароджений.

Ключевые слова: беременная, задержка развития плода, новорожденный.

Key words: pregnant, newborn, intrauterina fetal, fetal growth retardation.

ВСТУП. Демографічна ситуація останніх років диктує необхідність розглядати поліпшення надання медичної допомоги вагітним як пріоритетне медико-соціальне завдання [1, 2, 4]. Актуальною залишається проблема ведення вагітності та родів у жінок з затримкою розвитку плода. Затримка росту плода (ЗРП) – одна з причин перинатальної захворюваності та смертності. За даними ВООЗ, кількість новонароджених з ЗРП коливається від 31,1 % в Центральній Азії до 6,5 % в розвинутих країнах Європи. Затримка росту плода (ЗРП) – ускладнення вагітності, яке розвивається внаслідок плацентарної недостатності і призводить до народження дитини з масо-ростовими параметрами нижче 10-ої перцентилі для даного терміну вагітності, а морфологічний індекс зрілості відстає на 2 тижні і більше від гестаційного віку. Згідно літературних даних кількість дітей з ЗРП складає 30,1 % серед недоношених новонароджених, з них біля 23 % – у немовлят з дуже малою масою тіла та біля 38 % – з екстремально малою масою тіла. ЗРП є недіагностованою у 20 % в структурі перинатальних втрат. Ранній неонатальний період у даної групи немовлят часто ускладнюється респіраторним дистрес-синдромом, сепсисом, інтравентрикулярними крововиливами [5, 6, 7]. Ступінь важкості ЗРП є важливим параметром, який впливає на порушення функції центральної нервової системи, паренхіматозних органів та перебіг неонатального періоду. У 40 % дітей виявити причину СЗРП не вдається. Головною причиною ЗРП є матково-плацентарна недостатність [1, 2, 4]. Фето-плацентарна недостатність – це клінічний синдром, що зумовлений морфо-функціональними змінами в плаценті і порушеннями компенсаторних пристосувальних механізмів в ній. Проявляється він в порушенні транспортної, трофічної, метаболічної і ендокринної функції в системі мати- плацента-плід.

Метою нашого дослідження було проведення аналізу перебігу вагітності та родів у жінок з затримкою розвитку плода.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Проаналізовано 1104 історій пологів жінок, які народжували в Тернопільській міській лікарні № 2, щодо визначення відсотку жінок, у яких вагітність ускладнилась затримкою розвитку плода. На основі проведеного аналізу результатів перебігу вагітності, родів та стану новонароджених виявлені наступні результати.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Встановлено, що затримка розвитку плода мала місце у 96 випадків, що склало 8,69 %. Далі проведено клініко-статистичний аналіз перебігу вагітності, родів, стан новонароджених у 96 жінок з затримкою розвитку плода.

Вивчення акушерського анамнезу показало, що дана вагітність була першою у 46 (47,9 %). Із 50 (52,1 %) повторновагітних 27 (54 %) жінок мали в анамнезі самовільний викидень. Виявляли фактори ризику розвитку затримки розвитку плода. Причини ЗРП поділили на материнські, плацентарні, фетальні та соціально-біологічні. До материнських факторів належали: мала маса тіла і зріст (менше 50 кг, нижче 150 см), преклампсія, патологія нирок, цукровий діабет. До плацентарних факторів належать: структурні та функціональні аномалії, інфаркти плаценти, аномалії прикріплення пуповини, одна пупкова артерія. Фетальні фактори об'єднують хромосомні хвороби, спадкові захворювання обміну речовин, генералізовані внутрішньоутробні інфекції, багатоплідну вагітність, природжені вади розвитку серця, нирок. Соціально-біологічні фактори наступні: поганий економічний стан, підлітковий вік. Проте ЗРП частіше пов'язана з дисфункцією плаценти, частота якої при екстрагенітальних захворюваннях матері та ускладненому перебігу вагітності складала 78%. Хромосомні генетичні захворювання спричинили ЗРП у 5 % новонароджених.

Рання антенатальна діагностики цієї патології є оцінка показників висоти стояння дна матки і об'єму живота з урахуванням росту вагітної, положення

плоду, кількості навколоплідних вод, терміну вагітності.

Висота стояння дна матки відображалась на графі дограмі (рис. 1).

Відставання висоти стояння дна матки на 2 см і більше свідчило про затримку розвитку плода. Відставання розмірів на 2 см або відсутність приросту про-

тягом 2–3 тижнів при динамічному спостереженні давало підставу запідозрити ЗРП. Перші ознаки затримки розвитку плода з'являлися в 18–19 тижнів і виявлялися за даними ультразвукової фотометрії в зменшення усіх розмірів плода. До 28–29 тижнів вагітності затримка розвитку плода носить симетричний характер, а після 32 тижнів – асиметричний.

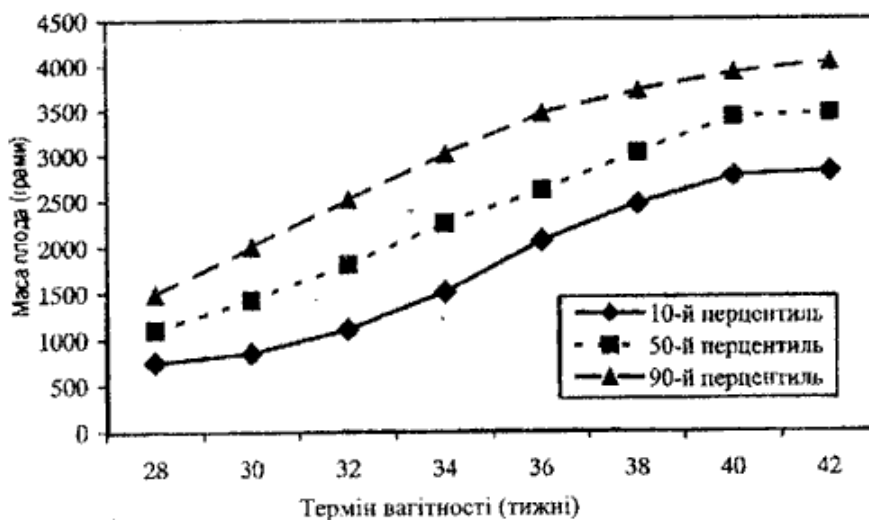


Рис. 1. Вагові перцентилі у відповідності до терміну вагітності.

Важливе місце в діагностиці належить УЗД. Ультразвукова фетометрія включає визначення розмірів плода згідно протоколу обстеження. При визначенні невідповідності одного або декількох основних фетометричних показників терміну вагітності проводилась розширена фетометрія та вираховувались співвідношення лобно-потиличного розміру до біпаріетального, окружності голівки до окружності живота (ОЖ), біпаріетального розміру (БПР) до довжини стегна, довжини стегна до окружності живота. Найбільш цінним показником є прогнозована маса плода. Діагностичним критерієм ЗРП є невідповідність фетометрії терміну вагітності (на 2 тижні і більше). Ранньою ознакою порушення росту плода є зменшення всіх його розмірів.

При аналізі перебігу вагітності виявлено, що вагітність ускладнилась загрозою переривання в різні терміни у 22,5 % обстежуваних, у 49,5 % діагностовано вагініт. Також зафіксовані такі ускладнення: загроза передчасних родів – 23,1 %, прееклампсія – 6,5 %, багатоводдя – 56,8 %, маловоддя – 12,9 %. За результатами ультразвукового та кардіотокографічного досліджень ознаки дисфункції плаценти діагностовано у 87 (90,6 %) обстежуваних. При УЗД у 3,5 % діагностовано гіпоплазію плаценти, у 66,6 % – виявлено передчасне дозрівання плаценти. Співвідношення БПР/ОЖ складало 1,09, що свідчило про відставання в розвитку живота при наявності нормальних розмірів голівки і стегна плода. Ця ознака є однією з ранніх діагностичних ознак внутрішньоутробної гіпоксії плода. У 34 (35,4 %) виявлено цитомегаловірусну та герпетичну інфекцію. Отримані результати підтверджують думку дослідників про значення внутрішньоутробного інфікування в виникненні затримки розвитку плода [2, 4].

За час обстеження вагітності закінчилися родами, з них термінові роди були у 84,1 %, передчасні – у 15,9 %. Кесарський розтин проведений у 4,5 % вагітних. З приводу гострого дистресу плода у 2 випадках проводився кесарський розтин. Роди ускладнилися передчасним розривом навколоплідної мембрани у 22 % обстежуваних, слабкістю родової діяльності – у 18 %. Як свідчить аналіз медичної документації відсоток патологічних пологів насамперед пов'язаний з вихідним несприятливим фоном і великою частотою ускладнень гестаційного періоду у даної групи вагітних.

Новонароджені на першій хвилині життя оцінені за шкалою АПГАР наступним чином: $7,92 \pm 0,21$ бали, а на 5 хвилині – $8,52 \pm 0,31$ балів. Зниження оцінки за шкалою Апгар було переважно за рахунок рефлексів, кольору шкіри, м'язового тону, що вказувало на порушення компенсаторних та адаптаційних можливостей новонароджених. Середня маса новонароджених від матерів складала (2660 ± 150) г, зріст дорівнював відповідно $(48,3 \pm 0,6)$ см.

ВИСНОВКИ. Встановлено, що частота затримки розвитку плода складала 8,69 %, серед жінок, які народжували. Перебіг вагітності ускладнювався загрозою переривання, дисфункцією плаценти. Виявлено фактори, які спричинюють ускладнений перебіг вагітності та розвиток затримки розвитку плода.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Проведене дослідження потребує подальшого вивчення патогенетичних ланок виникнення затримки розвитку плода, що дозволить не тільки розробити критерії ранньої діагностики, але провести комплексну патогенетичну терапію.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ариас Ф. Беременность и роды высокого риска: Перевод с английского. – М., 1989. – 386 с.
2. Аналіз частоти та причини затримки росту плода, особливостей перебігу вагітності і пологів / В. П. Присяжнюк, О. О. Кулик, О. М. Хвостик, С. Г. Кочко // Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2006. – Т. 11, № 3. – С. 56–59.
3. Аржанова О. Н., Кошелева Н. Г., Ковалева Т. Г. и др.. Плацентарная недостаточность: диагностика и лечение / Учебное пособие. – С. Пб : Нормед-Издат, 200. – 32 с.
4. Даниленко А. І., Рожковська Н. М., Ситнікова В. О. Особливості періоду адаптації новонароджених та дітей першого року життя з гіпоксією та затримкою внутрішньо-утробного розвитку // Патологія. – 2005. – № 3. – С. 64.
5. Гречанина Е. Я. Пренатальная ультразвуковая диагностика врожденных пороков развития // Ультразвуковая пренатальная диагностика. Выпуск 1. – 1992. – С. 3–14.
6. Маркін Л. Б. Діагностично-профілактичні заходи при затримці функціонального диференціювання плаценти / Л. Б. Маркін, О. О. Михайлів // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2008. – №5. – С. 63–67.
7. Нікогосян Л. В. Ультразвукове дослідження фетоплацентарного комплексу при загрозі антенатальної загибелі плода / Л. Р. Нігосян / Одеський медичний журнал. – 2012. – № 4. – С. 64–66.

Отримано 10.02.2014