

АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ

УДК 618.291-02:618.36-092.18(043.3)

М.В. Макаренко

Харківський національний медичний університет

ОПТИМІЗАЦІЯ ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ ПРИ СИНДРОМІ ЗАТРИМКИ РОСТУ ПЛОДА

Проведений аналіз перинатальних результатів при синдромі затримки росту плода залежно від причини його виникнення і методу терапії. З'ясовано, що результат вагітності і пологів визначається гіпоксією плода, мірою затримки його росту, порушенням кровообігу в системі мати–плацента–плід і методом розродження. В умовах хронічної гіпоксії плода оперативне розродження не виключає порушення функції центральної нервової системи плода, але знижує тяжкість поразки і стає прийнятнішим.

Ключові слова: синдром затримки розвитку плода, вагітність, пологи, перинатальні виходи.

Синдром затримки росту плода (СЗРП) займає одне з провідних місць в структурі перинатальної захворюваності і смертності [1]. Механізми СЗРП, попередження перинатальної захворюваності новонароджених вивчені недостатньо, що не дозволяє розробити патогенетично обгрунтовані підходи до прогнозування, діагностики і визначення акушерської тактики у разі цього патологічного процесу [2]. У дітей, що народилися із СЗРП, перинатальна захворюваність і смертність в 2–3 рази перевищує ці показники у новонароджених з нормальною масою тіла [3]. Незважаючи на велике число робіт, присвячених цьому питанню, остаточно не встановлені перинатальні пошкоджуючі чинники при СЗРП і не вироблена тактика ведення пологів для оптимізації допомоги вагітним і новонародженим при цій патології.

Метою роботи стала оптимізація ведення вагітності і пологів при СЗРП для зниження частоти перинатальних ускладнень.

Матеріал і методи. Обстежено 224 вагітних із СЗРП в термінах вагітності 28–40 тижнів. Вагітним проводилися доплерометричне дослідження кровообігу в обох маткових артеріях, артерії пуповини, середній мозковій артерії. Для визначення стану кровообігу використовували відношення систоліастиолічне, пульсаційний індекс та індекс резис-

тентності. УЗД і кардіомоніторинг здійснювали під час надходження до стаціонара і на тлі проведеної терапії, що включала лікування основного ускладнення вагітності (загроза переривання, анемія, гестоз та ін.) і призначення препаратів, що повинні поліпшити кровообіг у фетоплацентарній системі.

У новонароджених досліджували кислотнo-лужний баланс в судинах пуповини. У ранньому неонатальному періоді проводили нейросонографію.

Стан новонародженого визначали на підставі клінічної оцінки за шкалою Апгар, за течією раннього неонатального періоду і порушення функцій ЦНС. У наших дослідженнях основним критерієм оцінки стану плода і розвитку СЗРП став кровообіг в системі мати–плацента–плід.

Залежно від стану кровообігу в системі мати–плацента–плід усіх вагітних розділили на дві групи (табл. 1).

Першу групу складала 101 (45,1 %) пацієнтка, у яких під час вагітності не було порушень кровообігу у фетоплацентарній системі; у 83 (82,1%) з них був СЗРП I ступеня, у 18 (17,9 %) – II ступеня. Вагітних із СЗРП III ступеня і нормальними показниками кровообігу у фетоплацентарній системі не було. При динамічному кардіомоніторингу стан плодів оцінювався як задовільний. У 19 % вагітних в анамнезі були

© М.В. Макаренко, 2014

Таблиця 1. Стан гемодинаміки в системі мати–плацента–плід у вагітних з синдромом затримки росту плода, абс. ч. (%)

Ступінь СЗРП	1-ша група (нормальний кровообіг)	2-га група (порушення кровообігу)				Разом 2-га група
		МА	МА+АП	МА+АП+ +середня МА	нульовий діастолічний кровообіг в АП	
I (n =165)	83 (50,3)	59 (71,9)	23 (28,1)	–	–	82 (49,7)
II (n =39)	18 (46,1)	10 (47,6)	5 (23,8)	4 (19,1)	2 (9,5)	21 (53,9)
III (n =20)		11 (55,0)	6 (30,0)	2 (10,0)	1 (5,0)	20 (100)
Усього	101 (44,6)	80	34	6	3	123 (55,4)

Примітка. МА – маткова артерія, АП – артерія пуповини.

нейроендокринні порушення, у 24 % – вегетосудинна дистонія, у 29 % – гіпохромна анемія, у 12 % – дисфункція яєчників, у 4 % – безпліддя. Ускладнена течія вагітності відмічена у 46 (45,5%) жінок, у 38 (37,6 %) пацієнток надбавка маси тіла за період вагітності була менше 8 кг. Тридцять восьми (37,6 %) вагітним при надходженні до стаціонара при терміні вагітності 34–36 тижнів проводилася терапія, спрямована на поліпшення матково-плацентарного кровообігу, іншим, з терміном вагітності 38–40 тижнів, проводилися заходи з підготовки до пологів.

У 2-гу групу увійшли 123 (54,9 %) пацієнтки, у яких показники кровообігу не відповідали нормі. З них у 82 пацієнток був СЗРП I ступеня, у 21 – II і у 20 – III ступеня (табл. 1).

У вагітних 2-ї групи відносно часто зустрічалася екстрагенітальна патологія (> 40 %). Течія вагітності була ускладненою більш ніж у 80 % пацієнток. Особливо виділялися загроза переривання, середньоважкий і важкий гестоз (у 55 %), перші ознаки якого виявлені на термінах вагітності 17–18 тижнів. Строк вагітності до стаціонара відповідав 36–40 тижням при СЗРП I ступеня, 34–36 тижням при СЗРП II ступеня і 27–28 тижням при СЗРП III ступеня. Усім пацієнткам разом з лікуванням ускладнення вагітності проводили терапію, спрямовану на поліпшення фетоплацентарного кровообігу (деагреганти, β-міметики, антикоагулянти, вітамінотерапію).

Результати та їх обговорення. У жінок 1-ї групи течія і результат пологів залежали від ступеня гіпотрофії плода. У 79 пацієнток з СЗРП I ступеня і у 11 з 18 жінок з СЗРП II ступеня вагітність завершилася своєчасними пологами через природні статеві шляхи. Тривалість пологів склала в середньому 11 год

21 хв у першороділлі і 5 год 28 хв у повторно-роділлі. Чотири вагітних з СЗРП I ступеня і 7 з СЗРП II ступеня народили шляхом кесарева розтину. Показанням до операції стали аномалії пологової діяльності, середньоважкий і важкий гестоз. У цієї групи спостереження народилася 101 дитина.

Ранній неонатальний період в усіх дітей з СЗРП I ступеня і у 12 (66,6 %) з 18 з СЗРП II ступеня протікав без ускладнень. Усі новонароджені виписані додому у задовільному стані на 4-ту – 5-ту добу після народження. Пологи у цих пацієнток перебігали без особливостей. У 6 дітей з СЗРП II ступеня відзначалася патологічна втрата і пізня надбавка маси тіла і у 2 з них в ранньому неонатальному періоді відзначалися симптоми порушення мозкового кровообігу (ПМК) I–II ступеня. У матерів цих новонароджених відзначалася слабкість пологової діяльності, з приводу якої проводилось посилення пологової діяльності окситоцином впродовж 4–6 годин.

Усі діти 1-ї групи виписані додому в задовільному стані на 6-ту – 7-му добу, у тому числі діти з клінічними ознаками ПМК.

У пацієнток 2-ї групи виявлені порушення кровообігу: в маткових артеріях у 10 (47,6 %), у матково-плацентарному і плодово-плацентарному кровообігу у 26 (32 %), у матково-плацентарному, плодово-плацентарному і плодовому кровообігу у 9 (42,9 %); нульовий кровообіг в артерії пуповини спостерігався у 2 (9,5 %). При одночасному кардіомоніторинговому спостереженні у 43 % пацієнток були ознаки внутрішньоутробного страждання плода за даними КТГ. Такі зміни КТГ відмічені в усіх пацієнток з порушенням кровообігу в усіх ланках фетоплацентарної системи, включаючи середню мозкову артерію плода. При по-

рушенні тільки матково-плацентарного і тільки плодово-плацентарного кровообігу подібні зміни КТГ відзначалися у 22 % вагітних.

Тактика ведення вагітності у пацієнток 2-ї групи визначалася виразністю гемодинамічних порушень, станом плода за даними КТГ, ступенем СЗРП, тяжкістю ускладнення вагітності, ефективністю проведеної терапії. В екстреному порядку при вступі до стаціонара були розроджені 19 пацієнток (11 шляхом кесарева розтину при терміні вагітності 35–37 тижнів, 8 – через природні пологові шляхи при терміні вагітності 37–38 тижнів), у яких за умови ускладненого перебігу вагітності в поєднанні з порушеннями гемодинаміки в усіх ланках фетоплацентарної системи та стану плода за даними КТГ 5–7 балів. Іншим 104 жінкам у терміні вагітності 32–36 тижнів, які мали порушення матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровообігу, проводилася терапія, спрямована на поліпшення мікроциркуляції в матково-плацентарному руслі.

Після терапії у 98 (94,2 %) пацієнток із 104 разом з позитивною динамікою акушерської патології на 8-му – 14-ту добу відзначалося поліпшення показників гемодинаміки і фетометрії. Ефективність терапії залежала від ступеня СЗРП і виразності порушення гемодинаміки в системі мати–плацента–плід. Позитивний ефект відмічений в усіх пацієнток при СЗРП I ступеня на фоні порушення матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровообігу, але повна нормалізація цих показників відмічалася лише в 46,5 % спостережень. Загальна тривалість терапії варіювала від 4 до 8 тижнів. При СЗРП II і III ступеня терапія була ефективною у 33 та 22 % випадків

відповідно, а повна нормалізація показників настала лише у 8,3 % спостережень. Ефективність терапії дозволила пролонгувати вагітність до 37–38 тижнів у 91 пацієнтки.

Терміни і методи розродження залежали від ускладнень течії вагітності, стану плода і ефективності проведеної терапії. Своєчасні пологи настали в 68,7 % спостережень, передчасні – в 31,3 %. Кесарів розтин у плановому порядку у вагітних 2-ї групи було зроблено в 23 (28,0 %) випадках: у 8 – з СЗРП I ступеня, у 6 – з СЗРП II ступеня і у 9 з СЗРП III ступеня. Показанням до оперативного розродження були критичний стан кровообігу в системі мати–плацента–плід (нульовий кровообіг), порушення кровообігу в усіх ланках системи мати–плацента–плід у поєднанні зі змінами на КТГ, неефективність терапії фетоплацентарної недостатності, гостра гіпоксія плода, слабкість пологової діяльності тощо. Вісімдесят одна (65,9 %) пацієнтка, у яких стан плода за даними КТГ, незважаючи на порушення кровообігу в судинах матково-плацентарного русла, оцінювався 8–10 балами, були розроджені через природні пологові шляхи. Тривалість пологів склала в середньому для першороділля 11 год 42 хв, для повторнороділля 6 год 47 хв.

Дані про стан новонароджених, у яких під час вагітності спостерігали порушення кровообігу, та СЗРП I, II і III ступеня, наведені в табл. 2.

Стан дітей 2-ї групи після народження визначався виразністю гемодинамічних порушень у фетоплацентарній системі, методом розродження і метаболічним ацидозом. При порушеннях матково-плацентарного, плодово-пла-

Таблиця 2. Стан новонароджених, у яких під час вагітності спостерігали порушення кровотоку і СЗРП I–III ступенів

Показники стану новонародженого	Порушення кровообігу										Всього
	МА			МА+АП			МА+АП+ +середня МА		нульовий кровообігв АП		
Оцінка за шкалою Апгар, балів	I (n=59)	II (n=10)	III (n=11)	I (n=23)	II (n=5)	III (n=6)	II (n=4)	III (n=2)	II (n=2)	III (n=1)	123
8–10	52	8	8	19	3	–	–	–	–	–	90
6–7	7	2	2	3	1	4	2	1	–	–	22
< 5	–	–	1	1	1	2	2	1	2	1	11
ККС пуповинної крові, норма	47	6	7	6	2	–	–	–	–	–	68
Ацидоз	12	4	4	17	3	6	4	2	2	1	55
Порушення функції ЦНС	7	2	3	4	3	3	3	2	2	1	30

центарного і плодового кровообігу і розродженні через природні пологові шляхи легка асфіксія відмічена у 17,9 % дітей, а при кесаревому розтині – у 4,2 %. Важка асфіксія спостерігалась у 5,7 % дітей при розродженні через природні пологові шляхи.

Обговорення результатів. Виділено безліч чинників, які сприяють розвитку СЗРП [4]. Аналіз одержаних даних показав, що головною причиною СЗРП є ускладнена течія вагітності: гестоз (55 %) і тривала загроза переривання вагітності (35 %). Чим довше триває патологічний процес під час вагітності, тим раніше виявляються ознаки СЗРП і тим більшим є ступінь важкості. Однією з найбільш об'єктивних ознак кисневої недостатності плода є зміна доплерометричних показників кровообігу в системі мати–плацента–плід і особливо в середній мозковій артерії плода [5].

Комплексні дослідження, проведені нами, що включали доплерометрію судин матково-плацентарного і плодово-плацентарного русла, КТГ, оцінку кислотно-лужного стану в судинах пуповини, дозволили виділити критерії хронічної гіпоксії плода при СЗРП. Хронічну гіпоксію плода завжди і з великою вірогідністю можна припустити при порушенні кровообігу в усіх ланках фетоплацентарного комплексу або при поєднанні порушення матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровообігу зі зміненими даними КТГ (спостерігалась більш ніж в 70 % випадків). При порушенні кровообігу тільки в маткових артеріях гіпоксія плода відмічена лише в 28 % спостережень.

Тактика ведення вагітності і пологів при СЗРП остаточно не визначена. Наші дослідження показали, що ведення вагітності і пологів при СЗРП повинні визначатися наявністю хронічної гіпоксії плода і мірою затримки росту плода. Ефективна комплексна терапія

сприяє нормалізації матково-плацентарного кровообігу. При СЗРП I і II ступеня без ознак хронічної гіпоксії плода слід проводити терапію, спрямовану на поліпшення матково-плацентарного кровообігу, а пологи можна вести через природні пологові шляхи з профілактикою аномалій пологової діяльності.

До 34 тижнів вагітності порушення кровообігу у фетоплацентарному комплексі можуть бути функціональними, що дає сподівання на їх поліпшення або нормалізацію при адекватній терапії [6]. Це підтверджують і наші дані: позитивний ефект лікування при вагітності менш ніж 34 тижні, навіть при порушеннях кровообігу в усіх ланках системи мати–плацента–плід і нульовому кровообігу в артерії пуповини, дозволило пролонгувати вагітність до 36–37 тижнів.

При термінах вагітності 34–35 тижнів і ознаках внутрішньоутробної гіпоксії плода (порушення матково-плацентарно-плодового кровообігу і особливо нульовий кровообіг в артерії пуповини) комплексна терапія, як правило, істотно позитивно не впливає на стан плода. У зв'язку з цим необхідно вирішувати питання про дострокове розродження. При порушенні гемодинаміки в системі мати–плацента–плід методом вибору є кесарів розтин, оскільки при розродженні через природні пологові шляхи 23,6 % новонароджених народилися в стані асфіксії. У пацієток з СЗРП і хронічною гіпоксією плода при розродженні шляхом кесарева розтину усі діти народилися без явищ асфіксії.

Таким чином, перинатальні результати при СЗРП більшою мірою визначаються хронічною гіпоксією плода, виразністю затримки росту плода і методом розродження. В умовах хронічної гіпоксії плода оперативне розродження не виключає порушення функції ЦНС, але знижує тяжкість її поразки і є більш прийнятнішим.

Література

1. Савельева Г.М. Улучшение перинатальных исходов – одна из основных проблем современного акушерства / Г.М. Савельева, Л.Г. Сичинава, Р.И. Шалина // Рос. вестник акушера-гинеколога. – 2008. – № 6. – С. 56–60.
2. Наумчик Б.И. Дифференцированный подход к диагностике, лечению и акушерской тактике у беременных с СЗРП: ближайшие и отдаленные результаты : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Б.И. Наумчик. – М., 2001. – 21 с.
3. Игнатко И.В. Беременность высокого риска перинатальной патологии: патогенез плацентарной недостаточности, ранняя диагностика и акушерская тактика : автореф. дис. ... докт. мед. наук / И.В. Игнатко. – М., 2005. – 35 с.

4. Markers for presymptomatic prediction of preeclampsia and intrauterine growth restriction / M.L. Tjoa, C.B. Oudejans, J.M. van Vugt [et al.] // J. Hypertens Pregnancy. – 2004. – Vol. 23 (2). – P. 171–189.
5. Выбор оптимального метода родоразрешения в снижении перинатальных потерь / А.Н. Стрижков, Т.Ф. Тимохина, О.Р. Баев, М.В. Рыбин // Акушерство и гинекология. – 2000. – № 5. – С. 8–12.
6. Maulik D. Fetal growth restriction: pathogenic mechanisms / D. Maulik, J. Frances Evans, L. Ragolia / Clin. Obstet. Gynecol. – 2006; Jun. – Vol. 49 (2). – P. 219–227.
7. Панина О.Б. Особенности гемодинамики в системе мать–плацента–плод в ранние сроки беременности в прогнозе внутриутробной задержки роста плода / О.Б. Панина, Н.Б. Цайтлер // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2002. – Т. 1, № 2. – С. 61–66.

М.В. Макаренко

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ СИНДРОМЕ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

Проведен анализ перинатальных исходов при синдроме задержки роста плода (СЗРП) в зависимости от причины его возникновения и метода терапии. Выяснено, что исход беременности и родов определяется гипоксией плода, степенью задержки роста плода, нарушением кровообращения в системе мать–плацента–плод и методом родоразрешения. В условиях хронической гипоксии плода оперативное родоразрешение не исключает нарушения функции ЦНС, но снижает тяжесть поражения и становится более предпочтительным.

Ключевые слова: синдром задержки развития плода, беременность, роды, перинатальные исходы.

М. V. Makarenko

OPTIMIZATION OF CONDUCT OF PREGNANCY AND LABOR AT SYNDROME OF FETUS RETARDATION

The analysis of perinatal ends is conducted at the syndrome of fetus retardation (SFR) depending on reason of his origin and method of therapy. It is found out that end of pregnancy and labor determined by the hypoxia of fetus, degree of fetus retention growth, by violation of circulation of blood in the system mother–placenta–fetus and by the method of delivery. In the conditions of chronic hypoxia of fetus operative delivery does not eliminate the parafunction of central nervous system, but reduces weight of defeat and stand more preferable.

Key words: SFR, pregnancy, labor, perinatal ends.

Поступила 27.02.14