

Задержка внутриутробного роста плода: акушерская тактика

В Лондоне 24–26 апреля 2017 г. состоится Всемирный конгресс по медицине матери и плода. Основными темами этого форума заявлены прекоцепционная подготовка, большие акушерские синдромы, многоплодная беременность, задержка роста плода, индукция родов.

В последнее время особое внимание уделяется проблеме диагностики и перинатального менеджмента при задержке роста плода. Так как негативные последствия рождения детей с низкой массой тела проявляются не только непосредственно в первые недели и месяцы их жизни, но и в отдаленном периоде они могут стать причиной возникновения и тяжелого течения ряда заболеваний.

Впервые в 1961 г. Warkani и Cabbage сообщили о взаимосвязи веса, роста и окружности головки плода, а также дали определение замедления роста плода (fetal growth retardation). Впоследствии Campbell и Lubchenko представили важные данные об особенностях внутриутробного и постнатального роста детей в различных популяциях, соотношениях окружностей головки, грудной клетки и живота плода, длины бедра, а также о значении указанных параметров в определении гестационного возраста и их соответствии гестационному возрасту.

В Университете штата Техас (Хьюстон) на 2017–2019 гг. запланировано исследование «Сроки родоразрешения при ограничении роста плода у женщин без осложнений» («Timing of Delivery in Fetal Growth Restriction of Uncomplicated Women (GROW)»), цель которого — определить, может ли индукция родов в сроке 37 недель — 37 недель 6 дней улучшить состояние здоровья ребенка по сравнению с родами на более позднем этапе беременности (выжидательная тактика до наступления родовой деятельности).

Задержка (ограничение роста плода) является осложнением течения перинатального периода и результатом реализации многих факторов. Патологические механизмы,

приводящие к этому, ассоциируются с ишемическими плацентарными изменениями и имеют общие закономерности с развитием преэклампсии и отслойки плаценты. Реализация этих механизмов широко варьирует, но в тяжелых случаях приводит к необходимости досрочного родоразрешения.

Принимая во внимание значительный прогресс реализации современных перинатальных технологий, принципов интенсивной терапии, выхаживания и реабилитации маловесных детей, удалось снизить частоту перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности.

Тем не менее, учитывая потенциальную возможность влияния рождения ребенка с низкой массой тела, задержкой роста плода, недоношенного новорожденного на повышение рисков развития тяжелых осложнений, реализующихся во взрослом возрасте (ишемическая болезнь сердца, ишемический инсульт, нарушение толерантности к глюкозе, ожирение), в последние десять лет все больше внимания уделяется точности диагностики, прогнозирования развития осложнений и ведения беременности при задержке роста плода.

Предполагается, что ишемия плаценты является наиболее частой причиной задержки (остановки) роста плода. Изменения развития плаценты связаны с дисбалансом медиаторов ангиогенеза, ряд которых уже используется в качестве раннего маркера определения риска. Однако основой установки диагноза задержки роста плода и определения сроков родоразрешения является ультразвуковая диагностика. В то же время, несмотря на выявление закономерностей ухудшения состояния плода с задержкой роста, дальнейшие наблюдения показали, что далеко не у каждого плода с данной патологией будет одинаковое прогрессирование отклонений в показателях Допплер-УЗИ и других параметров его состояния. Большинство исследователей склоняется к мысли, что кри-

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

тическим фактором заболеваемости и смертности при задержке роста плода является гестационный возраст при родоразрешении.

Срок родоразрешения зависит от результатов мониторинга плода и гестационного возраста. Показано родоразрешение, если имеют место изменения показателей кардиоотографии или низкий балл биофизического профиля. Отсутствие или обратный кровоток в пупочной артерии ассоциированы с фетальной гипоксией и ацидозом, высоким риском перинатальной заболеваемости и смертности, поэтому принятие решения о досрочном родоразрешении маловесного плода зависит от возможности медицинского учреждения предоставить новорожденному адекватную неонатальную помощь.

В настоящее время при анализе данных литературы становится ясным, что у сторонников раннего родоразрешения при задержке роста плода есть свои резоны. У новорожденных с задержкой роста, у которых были документированные признаки внутриутробного ацидоза или диагностировались значительные отклонения сердечной деятельности, отмечены тяжелые нарушения неврологического развития в возрасте двух лет.

У плодов, у которых диагностировались отрицательные показатели кровотока в нисходящей аорте, в период новорожденности отмечены высокие показатели смертности от некротического язвенного колита и геморрагического синдрома, что отражает неадекватную перфузию органов плода вследствие перестройки циркуляции крови при фетальной гипоксемии.

Сторонники раннего родоразрешения отстаивают позицию, что именно эта стратегия должна реализовываться, когда имеет место изменение шунтирования кровотока в фетальной центральной нервной системе (ЦНС), то есть раньше, чем выявляются изменения кардиоотографии или биофизического профиля. Если в отношении доношенных плодов данная стратегия может реализоваться, то весьма спорным

является решение о досрочном родоразрешении недоношенного плода с задержкой роста. В чем спорность: при досрочном родоразрешении в сроке до 37 недель не всегда возможно достичь зрелости плода, а у плода уже может развиваться ацидоз. Степень изолированных и суммарных повреждений предсказать очень сложно. Ни в одной работе не доказано, что имеет место преимущество родоразрешения на этапе гипоксии плода без ацидоза над последствиями недоношенности.

Необходимы многоцентровые исследования в отношении преимуществ и недостатков различных видов и сроков вмешательств при задержке внутриутробного роста плода.

Наиболее сложный выбор стоит перед акушерами-гинекологами в случае необходимости родоразрешения в сроке до 32 недель вследствие серьезных изменений, фиксируемых при Допплер-УЗИ и кардиоотографии. Если будет предпринята выжидательная тактика, вполне возможна внутриутробная смерть плода. В то же время, родоразрешение, а зачастую абдоминальным путем, может закончиться ранней неонатальной смертью или тяжелой инвалидностью ребенка. В обоих случаях акушеры-гинекологи сталкиваются с медицинскими, психологическими, социальными, а порой и юридическими проблемами. Тяжелая инвалидность ребенка может повлиять на реализацию репродуктивных планов матери: от откладывания до отказа от повторных родов. Необходимо тщательное консультирование и принятие консенсусного решения. Целесообразность родоразрешения плода в сроке до 26 недель при задержке роста и весе до 600 г подвергается сомнению большинством авторов.

Тщательное документирование точного срока беременности, серия исследований при внутриутробной задержке роста плода, дополнение данных Допплер-УЗИ другими методами исследований позволяют установить точные показания к родоразрешению, его сроки и методы.

Юлия Давыдова, д. мед. н., зав. акушерским отделением экстрагенитальной патологии и постнатальной реабилитации ГУ «ИПАГ НАМН Украины»,