

УДК 616.33-02.616-001.8-07(616.36+616.33-08)

*М.В. Макаренко, О.О. Кузьміна***ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ УШКОДЖУЮЧИХ ПЕРИНАТАЛЬНИХ ЧИННИКІВ ПРИ СИНДРОМІ ЗАТРИМКИ РОЗВИТКУ ПЛОДА**

Харківський Національний медичний університет

Резюме. Проведено дослідження 74 вагітних із симетричною формою синдрому затримки розвитку плода (СЗРП) при терміні вагітності 27-40 тижнів. Проведений аналіз показав, що головною причиною симетричної форми СЗРП є ускладнений перебіг вагітності: гестоз (55 %) і тривала загроза преривання вагітності

(35 %). Отримані результати дозволили виділити критерії хронічної гіпоксії плода і віднести їх до ушкоджуючих перинатальних чинників при СЗРП.

Ключові слова: синдром затримки розвитку плода, ушкоджуючі перинатальні чинники, діагностика.

Вступ. Однією з головних причин ускладненого перебігу вагітності і пологів, а також перинатальної захворюваності і смертності, є затримка внутрішньоутробного розвитку плода, яка посідає одне з провідних місць у структурі перинатальної захворюваності і смертності [5]. Синдром затримки розвитку плода (СЗРП) є одним із проявів плацентарної дисфункції і виникає як результат сполученої реакції плаценти й плода на різні порушення стану материнського організму [4]. Незважаючи на велику кількість робіт, присвячених фетоплацентарній дисфункції, проявом якої є СЗРП, остаточно не встановлені механізми, які зумовлюють патологічний розвиток вагітності та призводять до перинатальних ускладнень при пологах за цієї патології [2].

Чим триваліше патологічний процес під час вагітності, тим раніше виявляються ознаки СЗРП і тим він проходить важче [3]. Перинатальні результати при СЗРП більшою мірою визначаються гіпоксією плода, виразністю затримки його розвитку та методом розродження [6].

Мета дослідження. Визначити вплив ушкоджуючих чинників на стан новонароджених при СЗРП для зниження частоти перинатальних ускладнень при пологах.

Матеріал і методи. Обстежено 74 вагітні із симетричною формою СЗРП у терміні вагітності 27-40 тижнів. СЗРП діагностували на підставі зовнішнього акушерського дослідження, ультразвукової фетометрії і за масо-ростовим показником новонародженого.

Ультразвукове дослідження здійснювали за допомогою приладу "Toshiba – SSH 140A" (Японія) при госпіталізації до стаціонару і на тлі терапії, яка складала лікування основного ускладнення вагітності і застосування препаратів, спрямованих на поліпшення кровообігу у фетоплацентарній системі.

Вагітним проводилося доплерометричне дослідження кровотоку в обох маткових артеріях та в артерії пуповини. Для визначення стану кровотоку використовували систоло-діастолічне відношення, пульсаційний індекс і індекс резистентності. Стан новонародженого визначали на підставі клінічної оцінки за шкалою Апгар. Основним критерієм оцінки стану плода і можливого

розвитку хронічної гіпоксії був стан кровотоку в системі мати-плацента-плід (МПП). Для оцінки ступеня гіпоксії відразу після народження досліджували кислотно-лужний стан крові в судинах пуповини.

Залежно від стану кровообігу в системі МПП усіх вагітних розподілено на дві групи. До 1-ї групи увійшли 31 (41,7 %) пацієнтка, у якій під час вагітності не було порушень кровотоку у фетоплацентарній системі; у 23 (32,8 %) з них був СЗРП I ступеня, у 8 (8,9 %) – II ступеня. Вагітних із СЗРП III ступеня і нормальними показниками кровотоку у фетоплацентарній системі не було. У 20 (26,9 %) вагітних при госпіталізації до стаціонару в терміні вагітності 34-36 тижнів проводилася терапія, яка була спрямована на поліпшення матково-плацентарного кровотоку, в інших (термін вагітності 38-40 тижнів) – заходи з підготовки до пологів.

До 2-ї групи увійшли 43 (58,2 %) вагітні, у яких показники кровотоку не відповідали нормі. З них у 22 пацієнток був СЗРП I ступеня, в 11 – II ступеня і в 10 – III ступеня.

У вагітних 2-ї групи часто траплялася екстрагенітальна патологія (більше 40%). Хронічні захворювання (хронічний пієлонефрит, бронхіт, тонзиліт, міокардит, пролапс мітрального клапана) відмічені в 14 (34 %), гіпертензивні стани – в 11 (27 %), дисфункція яєчників – у 6 (11,7 %), безпліддя – у 5,7 % випадків. Ускладнений перебіг вагітності був більш ніж у 80 % пацієнток 2-ї групи. Особливо виділялися вагітні із загрозою преривання вагітності (35 %) та гестозом II половини вагітності (у 55 %). Вагітні надходили до стаціонару в термінах 36-40 тижнів при СЗРП I ступеня, 34-36 тиж. при II ступені і 27-28 тиж. – при III ступені. Усім пацієнткам разом із лікуванням ускладнення вагітності проводили терапію, спрямовану на поліпшення фетоплацентарного кровотоку (дезагреганти, β-міметики, антикоагулянти і вітамінотерапія). Математична обробка досліджуваного матеріалу проводилася за допомогою параметричних методів статистики, шляхом порівняння в абсолютному і відсотковому співвідношеннях отриманих цифрових даних.

Результати дослідження та їх обговорення
У жінок 1-ї групи перебіг і результат пологів за-

лежав від міри гіпотрофії плода. У 18 пацієнок із СЗРП I ступеня і в п'яти жінок із СЗРП II ступеня вагітність завершилася своєчасними пологами через природні пологові шляхи. Тривалість пологів склала в середньому 11 год 10 хв у першородиль і 5 год 30 хв – у повторнородиль. Три вагітні з СЗРП II ступеня розродилися шляхом кесарева розтину. Показниками до операції стали слабкість пологової діяльності.

Народилося 63 новонароджених, середня маса тіла при народженні яких коливалася від 2600 до 2900 г, довжина тіла склала 51 ± 2 см. Показники кислотно-лужного стану крові в судинах пуповини відповідали нормі. Усі новонароджені народилися в задовільному стані з оцінкою за шкалою Апгар 8-9 балів.

Ранній неонатальний період в усіх дітей із СЗРП I ступеня і в 11 (56,6 %) з 19 із СЗРП II ступеня проходив без ускладнень. Усі новонароджені виписані додому в задовільному стані на 4-5-ту добу після народження. Пологи в цих пацієнок проходили без особливостей. У пацієнок 2-ї групи виявлені порушення кровотоку в маткових артеріях (43 %); порушення матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровотоку (32 %); порушення матково-плацентарного, плодово-плацентарного і плодового кровотоку (25 %), нульовий кровотік в артерії пуповини (7,6 %).

В екстреному порядку при госпіталізації до стаціонару розродилися сім пацієнок (сім вагітних шляхом кесарева розтину в терміні вагітності 35-37 тижнів, чотири – через природні пологові шляхи в терміні вагітності 37-38 тижнів), у яких при ускладненому перебігу вагітності (середньотяжкий і тяжкий гестоз у 55 %) у поєднанні з порушеннями гемодинаміки в усіх ланках фетоплацентарної системи. Ефективність терапії залежала від ступеня СЗРП та виразності порушення гемодинаміки в системі МПП. Позитивний ефект відмічений у всіх пацієнок при СЗРП I ступеня на тлі порушення матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровотоку, але повна нормалізація показників настала лише в 46,5 % спостережень. Загальна тривалість терапії коливалася від чотирьох до восьми тижнів. При СЗРП II і III ступеня терапія була ефективною в 76 і 33 % випадків відповідно, а повна нормалізація показників настала лише у 8,3 % спостережень. Ефективність терапії дозволила пролонгувати вагітність до 37-38 тижнів у 63 пацієнок.

При дослідженні кислотно-лужного стану крові в судинах пуповини метаболічний ацидоз виявлений у 60 % спостережень. При порушенні кровотоку в усіх ланках системи МПП метаболічний ацидоз не залежав від методу розродження і зареєстрований в усіх спостереженнях. При порушенні матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровотоку і розродженні через природні пологові шляхи показники кислотно-лужного стану крові в судинах пуповини були

змінені у 88,9 % випадків, а при оперативному – у 16 % випадків. Метаболічний ацидоз у плодів визначався в основному при недостатньому ефекті терапії.

Стан дітей 2-ї групи після народження визначався виразністю геодинамічних порушень у фетоплацентарній системі, методом розродження і метаболічним ацидозом. При порушеннях матково-плацентарного, плодово-плацентарного і плодового кровотоку та розродженні через природні пологові шляхи легка асфіксія (оцінка за шкалою Апгар 6-7 балів) відмічена у 20,4 % дітей, а при кесаревому розтині – у 4,2 %. Тяжка асфіксія спостерігалась у 5,7 % дітей при розродженні через природні пологові шляхи.

Проведений нами аналіз показав, що головною причиною розвитку симетричної форми СЗРП є ускладнений перебіг вагітності: гестоз (55 %) і тривала загроза переривання вагітності (35 %). Чим триваліше патологічний процес під час вагітності, тим раніше виявляються ознаки СЗРП і тим він тяжчий.

Незважаючи на велике число робіт, присвячених СЗРП, остаточно не визначені ознаки, що дозволяють виявити хронічну гіпоксію плода при цьому ускладненні вагітності [7]. Деякі автори вказують, що одним із найбільш достовірних ознак кисневої недостатності плода є зміна доплерометричних показників кровотоку в системі МПП [1]. Хронічну гіпоксію плода завжди можна припустити при порушенні кровотоку в усіх ланках фетоплацентарного комплексу або при поєднанні порушення матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровотоку. При порушенні кровотоку тільки в маткових артеріях гіпоксія плода відмічена була лише в 28 % спостережень.

Висновки

1. Проведені нами дослідження дозволили виділити критерії хронічної гіпоксії плода і віднести їх до ушкоджуючих перинатальних чинників при синдромі затримки розвитку плода.

2. При синдромі затримки розвитку плода I-II ступеня, без ознак хронічної гіпоксії, слід проводити терапію, спрямовану на поліпшення матково-плацентарного кровотоку. Пологи можна вести через природні пологові шляхи з профілактикою слабкості пологової діяльності.

3. Перинатальні результати при синдромі затримки розвитку плода більшою мірою визначаються гіпоксією плода, виразністю затримки росту плода і методом розродження.

Перспективи подальших досліджень полягають у проведенні коригувальної терапії СЗРП з урахуванням впливу на плід ушкоджуючих перинатальних чинників.

Література

1. Касабулатов Н.М. Плацентарная недостаточность // Вопр. гинекол., акушерства и перинатол. – 2004. – Т. 3, № 1. – С. 7-15.
2. Кравчук Н.В. Клинико-патологическое обоснование акушерской тактики при задержке внутриутробного

- развития плода: автореф. дис. на соиск. уч. степ. канд. мед. наук: 2000 / Н.В. Кравчук. – Иркутск, 2000. – 21 с.
3. Мерзликин А.Д. Прогнозирование, диагностика синдрома задержки развития плода и оптимальная программа родоразрешения: автореф. дис. на соиск. уч. степ. канд. мед. наук: 2001 / А.Д. Мерзликин. – М., 2001. – 23 с.
 4. Прохорова В.С. Гипотрофия плода при многоплодной беременности: антропометрические и гемодинамические критерии ранней антенатальной диагностики / В.С. Прохорова, Н.Г. Павлова, В.В. З.Козлов // Ж. акушерства и жен. болезней. – 2001. – № 2. – С. 50-54.
 5. Флоренсова Е.В. Задержка внутриутробного развития плода. Региональные нормативы, пренатальные и постнатальные критерии, частота, особенности течения беременности / Е.В. Флоренсова, В.В. Флоренсов, О.Е. Баряева // Пренат. диагностика. – 2004. – Т. 3, № 1. – С. 34-41.
 6. Bakketeig L.S. Current growth standards, definitions, diagnosis and classification of fetal growth retardation / L.S. Bakketeig // Eur. J. of Clin. Nutr. 1998. – Vol. 52, № 1. – P. 1-4.
 7. Predicting late-onset growth abnormalities using growth velocity between trimesters. / L.J. Salomon, J.P. Bernard, M. Duyme [et al.] // J. Matern. Fetal. Neonatal. Med. – 2005. – Vol. 17, № 3. – P. 193-197.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ПОВРЕЖДАЮЩИХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ ПРИ СИНДРОМЕ ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

М.В. Макаренко, О.А. Кузьмина

Резюме. Проведено исследование 74 беременных с симметричной формой синдрома задержки развития плода при сроке беременности 27-40 недель. Проведенный анализ показал, что основной причиной симметричной формы синдрома задержки развития плода является осложненное течение беременности: гестоз (55 %) и длительная угроза прерывания беременности (35 %). Полученные результаты позволили выделить критерии хронической гипоксии плода и отнести их к повреждающим перинатальным факторам при синдроме задержки развития плода.

Ключевые слова: синдром задержки развития плода, повреждающие перинатальные факторы, диагностика.

OPTIMIZATION OF DAMAGING PERINATAL FACTORS DIAGNOSING IN INTRAUTERINE GROWTH RESTRICTION

M.V. Makarenko, O.A. Kuzmina

Abstract. 74 pregnant women with the symmetric form of intrauterine growth restriction (IUGR) at the term of pregnancy of 27-40 weeks were involved in the study. The conducted analysis showed that the principal cause of symmetric form of IUGR is the complicated course of pregnancy: gestosis (55 %) and protracted threat of pregnancy interruption (35 %). The obtained results allowed to distinguish the criteria of fetal chronic hypoxia and attribute them to the damaging perinatal factors in IUGR.

Key words: Intrauterine growth restriction, damaging perinatal factors, diagnostics.

National Medical University (Kharkiv)

Рецензент – проф. О.В. Кравченко

Buk. Med. Herald. – 2014. – Vol. 18, № 2 (70). – P. 236-238

Надійшла до редакції 24.02.2014 року