УДК 616.33/.4-07

М. Л. Лазаретова

Научный руководитель: доцент кафедры, к.м.н., доцент Е. А. Эйныш

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, РОДОРАЗРЕШЕНИЯ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА ПЛОДА

Введение

Задержка роста плода (ЗРП) является одной из ведущих причин перинатальной заболеваемости и смертности [1]. Данное осложнение характеризуется неспособностью плода достичь генетически детерминированного ростового потенциала и ассоциировано с неблагоприятными неонатальными исходами, а также отдалёнными метаболическими и неврологическими нарушениями [2]. В основе патогенеза ЗРП лежит плацентарная недостаточность, развивающаяся вследствие нарушения гестационной трансформации спиральных артерий и приводящая к хронической гипоксии плода [1].

Цель

Оценить особенности диагностики, способ родоразрешения, структуру неонатальной патологии, ассоциированную с задержкой роста плода.

Материал и методы исследования

Проведен проспективный анализ осложнений беременности у 50 пациенток, которым во время беременности был выставлен диагноз ЗРП (группа 1) и проспективный анализ осложнений беременности у 50 пациенток, родивших ребенка с нормальной массой тела (группа 2). Изучены: прибавка веса за беременность, структура патологии плаценты и оболочек, кровотока в сосудах матки и пуповины методом ультразвукового исследования (УЗИ) с допплерометрией, срок и способ родоразрешения, масса новорожденных, пол, осложнения раннего неонатального периода. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием прикладной программы Excel 16. Для оценки качественных признаков приведены медиана, 25 и 75 квартили, для оценки количественных различий – значение χ^2. Сравнение 2 независимых признаков проводилось с помощью критерия Манна – Уитни. Различия считались значимыми при $p<0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Для диагностики ЗРП была проанализирована прибавка массы тела беременной. Среднее значение данного показателя в группе пациенток с ЗРП составило 10,6, (8, 12) против 12,6 (9,3, 15) у пациенток группы сравнения. ($U=930,5$, $p=0,028$).

Патологическая прибавка массы тела наблюдалась у 21 (48,0%) пациентки 1 группы против 37 (74,0%) пациенток 2 группы ($\chi^2=10,2$, $p=0,002$). Однако прибавка массы менее 8 кг была одинаковой в обеих группах – по 9 (18,0%) пациенток. Значимые различия по прибавке массы за беременность были получены за счет большего количества пациенток с прибавкой массы более 12 кг во 2 группе – 28 (56,0%) против 12 (24,0%), ($\chi^2=10,7$, $p=0,002$).

Основным методом диагностики ЗРП во время беременности являлись результаты ультразвуковой фетометрии, предполагаемая масса плода (ПМП) определялась на основании формулы F. P. Hadlock. Согласно критериям консенсуса протокола, Delphi [1] у всех пациенток исследуемой группы ЗРП была диагностирована после 32 недель беременности (поздняя форма ЗРП). Тяжелая форма ЗРП (ПМП <3–го процентиля) выявлена у 9 пациенток, нетяжелая (ПМП ≥3 – и <10-й процентилей) в сочетаниях с дополнительными критериями –

у 41 пациенток. Нами было проанализировано соответствие предполагаемой массы плода, определенной по данным УЗ-фетометрии с применением формулы F. P. Hadlock в сравнении с ее значениями по таблицам INTERGROWTH-21 [1]. Было выявлено, что точное определение массы тела имело место в 33 случаях: в 9 случаях при тяжелой ЗРП и в 24 случаях нетяжелой ЗРП. У 17 пациенток масса тела плода при рождении превышала значения шкалы INTERGROWTH-21 для 10 процентиля на 100–300 г. Наименее точное определение предполагаемой массы тела плода имело место на сроке 36–37 недель гестации (у 12 пациенток). Структура патологии плаценты, околоплодных вод (ОВ) и пуповины, выявленная методом УЗИ с допплерометрией у пациенток исследуемых групп представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Структура патологии плаценты, ОВ, пуповины у пациенток исследуемых групп

Патология	Группа 1	Группа 2	χ^2, p
Хроническая плацентарная недостаточность	50 (100%)	5 (10%)	5,26; 0,02
Маловодие	20 (40%)	3 (6%)	16,36; <0,001
Обвитие пуповиной (1–3 кратное)	17 (34%)	4 (8%)	10,2; 0,001
Нарушение маточно-плацентарного кровотока	14 (28%)	3 (6%)	8,6; 0,003
Нарушение фетоплацентарного кровотока	9 (18%)	0	9,9; 0,0017
Абсолютно короткая пуповина	1 (2%)	0	1,0; 0,32
Истинный узел пуповины	1 (2%)	0	1,0; 0,32

Хроническая плацентарная недостаточность у пациенток 1 группы значимо чаще сочеталась с маловодием (p<0,001) и нарушениями кровотока: маточно-плацентарного (p=0,003) и фетоплацентарного (p=0,0017). Это доказывает, что патологическое состояние является многокомпонентным и затрагивает всю систему «мать-плацента-плод» [3, 4]. В контрольной группе патология фетоплацентарного комплекса отсутствовала у 80% пациенток.

Средний срок родоразрешения в исследуемой группе = 37,3 недели (36,3; 37,6). Три пациентки с тяжелой ЗРП были родоразрешены досрочно на сроке 35,5 недель. В группе 2 средний срок родоразрешения соответствует доношенной беременности: 39,4 (39; 40) недель беременности (U=2067, p=0,972)

В группе 1 родоразрешение путем кесарева сечения было проведено 29 (58%) пациенткам против 21(42%) пациентки во 2 группе (χ^2=2,64; p=0,1). В группе 2 естественные роды преобладали и составляли 29 (58%) случаев. Увеличение частоты кесарева сечения в группе с ЗРП на 16% свидетельством о том, что данная патология является частым показанием для оперативного родоразрешения.

Средняя масса ребенка при рождении в группе ЗРП составила 2419 (2185; 2635), в группе сравнения – 3563 (3260; 3802) г. (U=0,0, p<0,001). В группе сравнения было 5 детей массой более 4000 г, в группе с ЗРП такие дети отсутствовали, p=0,02.

В группе 1 преобладали новорожденные мужского пола 30 (60%), в группе 2 преобладали новорожденные женского пола – 30 (60%), (χ^2=4; p=0,046). Данные свидетельствуют о повышенной частоте встречаемости ЗРП у новорожденных мужского пола.

Структура патологии неонатального периода у детей исследуемых групп представлена в таблице 2.

Таблица 2 – Структура патологии неонатального периода у детей исследуемых групп

Патология	Группа 1	Группа 2	χ^2, p
Внутриутробная инфекция	4 (8%)	0	4,2; 0,04
Нарушения со стороны центральной нервной системы	5 (10%)	0	5,26; 0,02
Синдром дыхательных расстройств	5 (10%)	0	5,26; 0,02
Морфофункциональная незрелость	2 (4%)	0	2,0; 0,15

ЗРП является маркером неблагополучия плода, который ассоциирован с высоким риском системных осложнений после рождения. Новорожденные от матерей с диагнозом ЗРП значимо чаще рождаются с нарушениями ЦНС, снижением дыхательной функции, признаками внутриутробной инфекции, морфофункциональной незрелостью, что требует их длительного лечения и реабилитации.

Выводы:

1. Недостаточная прибавка массы тела у беременной является одним из факторов риска развития ЗРП. В исследуемой группе средняя прибавка веса была достоверно ниже, чем в группе контроля (10,6 кг против 12,6 кг; p=0,028). Важным является не только дефицит веса (<8 кг), но и отсутствие его избытка: в группе ЗРП пациенток с прибавкой более 12 кг было статистически значимо меньше (24% против 56%; p=0,002).

2. ЗРП является полиэтиологичной патологией системы «мать-плацента-плод», что подтверждается данными УЗИ с допплерометрией. В основной группе с абсолютной частотой (100%) диагностировалась хроническая плацентарная недостаточность, которая достоверно чаще, чем в группе контроля, сочеталась с маловодием (40% против 6%; p<0,001), нарушением маточно-плацентарного (28% против 6%; p=0,003) и фетоплацентарного кровотока (18% против 0%; p=0,0017).

3. Наличие ЗРП не оказало влияния на сроки родоразрешения, которые оставались сопоставимыми в исследуемой и контрольной группах (37,3 недели против 39,4 недель; p=0,972). Критически низкая масса плода, выступающая основным диагностическим критерием ЗРП, оказала клинически значимую тенденцию к увеличению частоты оперативного родоразрешения путем кесарева сечения в группе ЗРП на 16%.

4. Установлена достоверная связь между полом плода и частотой развития ЗРП. В основной группе статистически значимо преобладали новорожденные мужского пола (60% против 40%; p=0,046), тогда как в контрольной группе наблюдалась обратная картина. Это позволяет считать мужской пол плода фактором риска по развитию ЗРП.

5. ЗРП служит маркером высокого риска развития ранних неонатальных осложнений. У новорожденных с ЗРП встречались такие патологические состояния, как синдром дыхательных расстройств (p=0,02), нарушения со стороны ЦНС (p=0,02) и внутриутробная инфекция (p=0,04), что указывает на системный характер поражения плода и требует готовности к оказанию специализированной медицинской помощи таким новорожденным.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. International standards for fetal growth based on serial ultrasound measurements: the Fetal Growth Longitudinal Study of the INTERGROWTH-21st Project / A. T. Papageorghiou, E. O. Ohuma, D. G. Altman [et al.] ; International Fetal and Newborn Growth Consortium for the 21st Century // The Lancet. – 2014. – Vol. 384, № 9946. – P. 869–879.

2. Fetal growth restriction : ACOG Practice Bulletin No. 227 / American College of Obstetricians and Gynecologists // Obstetrics & Gynecology. – 2021. – Vol. 137. – P. 16–28.

3. Blue, N. R. Recurrence Risk of Fetal Growth Restriction: Management of Subsequent Pregnancies / N. R. Blue, J. M. Page, R. M. Silver // Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. – 2021. – Vol. 48, № 2. – P. 419–436.

4. Посисеева, Л. В. Задержка роста плода: причины и факторы риска / Л. В. Посисеева, О. Ю. Киселева, М. В. Глик // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. – 2021. – Т. 9, № 2. – С. 92–99.