

УДК – 616-053.1+616-08-039.71

ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ЗАТРИМКИ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ І РОСТУ ПЛОДУ**Лизин М.А.***Івано-Франківська державна медична академія, м. Івано-Франківськ*

Вступ. Проблема невиношуваності вагітності має не тільки медичне, а і важливе соціальне значення, так як суттєво знижує народжуваність і приріст населення, негативно впливає як на здоров'я вагітних, так і на розвиток недоношених дітей [2, 3, 5].

Важливим етіопатогенетичним фактором затримки внутрішньоутробного розвитку і росту плоду (ЗВРРП) є тривале перебування вагітної на спині. М.С.Бакшеев, А.С.Лявинець [1] вважають, що у 80% вагітних у положенні лежачи на спині, внаслідок здавлення нижньої порожнистої вени, спостерігається зниження артеріального тиску на 30%, а у деяких із них розвивається різка гіпотонія. При цьому в крові взятої з судин пуповини визначається підвищений рівень pCO_2 , зниження pO_2 , величини рН крові та виражений дефіцит буферних основ [4].

Матеріал та методи дослідження Нами обстежено 200 вагітних жінок з ЗВРРП у другій половині гестації, у яких виявлена низька локалізація плаценти на стінках матки, та 60 вагітних з фізіологічним перебігом гестації у віці 18-25 років а також проведено аналіз історій вагітності та пологів в терміні 20-40 тижнів. Вагітним проводили ультразвукове дослідження плоду і плаценти на апараті "Алока - SSD - 500" (виробництво Японії) в реальному масштабі часу. Також проводили за допомогою УЗД антенатальну оцінку біофізичного профілю плоду. Під час ехографічного дослідження плоду визначали: біпаріетальний діаметр (БПР), середній діаметр живота (СДЖ) і грудної клітки (СДГК), здійснювали плацентометрію.

Результати досліджень та їх обговорення Аналіз ультразвукових спостережень за вагітними з ЗВРРП показав, що у вагітних цієї групи виникає значна кількість ускладнень як з боку внутрішньоутробного стану плоду, так і з боку плаценти. Динаміка ехографічних показників у вагітних із ЗРП представлена у таблиці 1, з якої видно, що основні показники фетометрії в терміні 20 тижнів вагітності у обстежених жінок мало різняться від таких з нормально перебігаючою вагітністю. Такий стан внутрішньоутробного плоду зберігається до 32 тижнів вагітності.

Надалі із зростанням терміну гестації з 36 тижнів вагітних жінок з ЗВРРП відбувається відставання в рості показників СДГК і СДЖ ($p>0,05$), при цьому БПР голівки плоду зростає у відповідності до такого показника у здорових вагітних.

Поступове одночасне відставання в рості ехографічних параметрів внутрішньоутробного розвитку плоду свідчить про розвиток пропорційної або симетричної гіпотрофії. Співставлення результатів ультразвукової фетометрії з результатами народжених дітей показало, що діагностика початкових ознак ЗВРРП має деякі затруднення. При використанні стандартних критеріїв ультразвукової діагностики ЗВРРП із 200 плодів цієї верифікованої при народженні масо-ростової категорії, відхилення фетометричних показників виявлено у вагітних на протязі останнього триместра із ЗВРРП першого ступеня - 137 (68,5%), другого ступеня - у 15 (7,5%), а третього ступеня - 6 (3,0%).

Динаміка ехографічних показників у здорових вагітних і з затримкою росту плоду

Групи вагітних	Термін вагітності в тижнях	Ехографічні показники		
		БПР	СДГК	СДЖ
З о ові	20	47,3±2,4	46,9±1,7	46,5±1,6
	24	58,9±3,2	62,1±2,4	61,2±2,1
	28	71,2±3,4	73,4±2,3	74,1±2,3
	32	79,5±3,3	81,5±2,4	85,2±2,5
	36	88,8±2,1	91,4±3,1	97,8±3,4
	40	94,5±3,4	96,8±3,3	99,8±3,2
З затримкою росту плоду	20	45,9±2,5 p>0,05	44,7±2,1 p>0,05	45,2±1,6 p>0,05
	24	58,7±2,1 p>0,05	61,6±2,7 p>0,05	60,3±2,4 p>0,05
	28	70,9±2,3 p>0,05	71,2±2,5 p>0,05	73,2±2,1 p>0,05
	32	77,6±2,3 p>0,05	77,5±2,1 p>0,05	78,7±2,3 p>0,05
	36	85,5±3,2 p>0,05	86,5±2,7 p>0,05	89,1±2,5 p<0,05
	40	91,4±3,4 p>0,05	92,3±3,3 p>0,05	93,7±2,4 p>0,05

Результати досліджень показали, що у групі вагітних із ЗВРРП першого ступеня затримка росту діаметру грудної клітки і живота плоду почала проявлятися з 32 тижнів вагітності і під кінець її почали проявлятися і відставання росту голівки плоду, БПР якого в 36-38 тижнів гестації був нижче аналогічного показника як у здорових вагітних. Достовірна затримка абсолютних розмірів грудної клітки плодів з ЗВРРП склала у 34-36 тижнів гестації $3,8\pm 0,7\%$ ($p>0,05$), а у 39-40 тижнів – $4,3\pm 0,4\%$ ($p>0,05$) і була зв'язана із зниженням швидкості росту ДГ плоду у 36 тижнів вагітності на $5,9\pm 0,6\%$ і у 40 тижнів - на $44,7\pm 3,4\%$. У вагітних жінок із ЗВРРП в терміні гестації 32 тижні має місце розвиток асиметричної гіпотрофії. В терміні вагітності 36 тижнів у вагітних з ЗВРРП спостерігається зменшення всіх основних ехографічних показників (БПР, $p>0,05$, СДГК, $p>0,05$, СДЖ, $p<0,05$), що можна розцінювати як перехід асиметричної гіпотрофії в симетричну, що прогностично є більш неблагоприятною формою затримки внутрішньоутробного розвитку плоду. Отримані дані показали, що у 66,4% обстежених в цьому терміні оцінка фетального біофізичного профілю складала 8-10 балів, що розцінювалось нами як добрий стан фетоплацентарного комплексу. У 27,5% цей показник був 7-6 балів, що свідчило про ознаки розвитку фетоплацентарної недостатності, а у 4,1% - оцінка 5 балів свідчила про наявність хронічної фетоплацентарної недостатності.

Більш значне відставання росту діаметру живота у цих вагітних жінок було виявлено у 32 тижні гестації ($6,5\pm 0,2$), а з 36 до 40 тижнів різниця стала до $6,1\pm 0,5$ ($p>0,05$). Динаміка затримки швидкості росту СДЖ по відношенню до контрольної групи видно, що швидкість росту

більш відображувала прогресування ЗВРРП, ніж швидкість росту БПР голівки. Сповільнення останнього розміру було характерним і більш вираженим у плодів з затримкою їх розвитку третього ступеня.

Одним із етіопатогенетичних факторів ЗВРРП є постійне перебування вагітної жінки в горизонтальному положенні на спині під час сну і відпочинку. Це спричинює часткове стиснення вагітною маткою судин черевної порожнини при локалізації плаценти в нижньо-середньому відділі, що супроводжується гіпоксією стінки матки, порушенням маткового і матково-плацентарного кровоплину. Внаслідок цього порушуються всі функції плаценти, що призводить до загрози переривання вагітності, хронічної внутрішньоутробної гіпоксії, гіпотрофії, затримки розвитку плоду.

Тривале кисневе голодування є провідною патогенетичною ланкою в механізмі пошкоджень міометрію, плоду і новонародженого, зумовлюючи високу частоту перинатальної патології, мертвонароджень, неонатальної і ранньої дитячої смертності [5].

Для покращення маткового матково-плацентарного кровоплину необхідно рекомендувати вагітним жінкам під час сну і відпочинку з профілактичною і лікувальною метою лежати на лівому або правому боці, а також знаходитися в колінно-ліктьовому положенні по 25-30 хв 3-4 рази на день. Таке положення вагітної жінки сприяє покращенню маткового кровоплину і нормальному прогресуванню вагітності.

Профілактичне комплексне лікування вагітних жінок із ЗВРРП необхідно проводити у терміни 12-13, 20-22, 28-30 та 34-35 тижнів вагітності курсами по 12-14 днів, котре включає в себе

психоседативну, інфузійну терапію, спазмолітики і середники, які знижують активність матки, покращують мікроциркуляцію, вітамінотерапію, а також фізіотерапію.

Основними принципами лікування ЗВРРП під час гестації є:

Покращення реологічних властивостей крові, нормалізація мікрогемодинаміки органного тканинного кровоплину.

Усунення анемії, гіповолемії, гіпопротеїнемії та дефіциту енергетичного обміну.

Усунення спазму периферичних судин, перетиснення магістральних судин черевної порожнини масою тіла матки.

Відновлення обмінних процесів, профілактика гіповітамінозу та дисбалансу мікроелементів в організмі вагітних жінок.

Нормалізація процесів активації перекисного окислення ліпідів.

Покращення функціонального стану фетоплацентарної системи.

Ліквідація ознак загрози переривання вагітності і передчасних пологів.

З метою нормалізації макро-і мікрогемодинаміки, зняття спазму судин використовують наступні препарати: еуфілін - спазмолітичний, гіпотензивний препарат, котрий збільшує нирковий кровоплин, клубочкову фільтрацію (діуретичний ефект), знижує реабсорбцію кальцію. Ганглерон та галідор – мають виражену спазмолітичну дію.

З дезагрегантних препаратів доцільно використовувати трентал по 200 мг 2 рази на добу (3-4 тижні) чи аспірин не більше 50-80 мг на добу (до 37 тижнів вагітності).

Для зняття підвищеного тонуусу матки найчастіше призначають 200 мл 2,5% розчину сірчаноокислої магнезії. Остання поєднує ряд цінних фармакологічних властивостей – легку седативну і транквілізуючу дію, діуретичний, гіпотензивний, спазмолітичний ефекти.

Для зниження активності матки використовують призначення 10 мл 25% розчину магнію сульфату разом з 5 мл 0,25% розчину новокаїну дозовано 2-4 рази на добу або магне В₆, а також інгібітори простагландинів (ацетилсаліцилову кислоту, індометацин).

При відсутності лікувального ефекту призначають утеролітики – партусистен, ритодрин, буфенін, алуцент. Партусистен призначають 0,5-1 мг/хв довенно краплинно, ритодрин – 50-200 мг/хв довенно 8-10 крапель на одну хвилину.

Важливе значення для фізіологічного перебігу вагітності має адекватне фізичне навантаження, яке вагітна виконує, а також раціональне харчування. Жінки не повинні допускатися до важкої фізичної роботи, особливо в другій половині вагітності, а також їх необхідно звільнити від нічної і важкої фізичної праці і перевести їх на більш легку роботу.

Вагітним жінкам рекомендують лікувальну

фізкультуру.

Раціональне збалансоване харчування є одним із важливих умов для нормального перебігу вагітності, а також внутрішньоутробного розвитку плоду. Раціон харчування вагітних повинен бути збалансованим незамінними харчовими продуктами, до яких відносяться білки, амінокислоти, жири, вуглеводи, вітаміни, мінеральні речовини і мікроелементи.

У першій половині гестації енергетична цінність добового раціону повинна складати в середньому 2260 – 2500 ккал. і вміщувати білків – 90-110 г., жирів – 65-75 г., вуглеводів – 300-350 г.

У другій половині вагітності, у зв'язку з швидким ростом вагітної матки і плоду, енергетична цінність добового раціону повинна складати в середньому 2600-2800 ккал. і вміщувати: білків – 110-120 г., жирів – 75-85 г., вуглеводів – 375-400 г. Білки переважно повинні бути тваринного походження – 60г, жирів – 80-85 г., вуглеводів – 380-400 г.

У харчуванні вагітних особливу увагу приділяють збалансованості харчових продуктів у раціоні. Він повинен вміщувати не менше, як 60% повноцінних білків тваринного походження, що забезпечуються вживанням в їжу достатньої кількості м'яса, риби, волоських горіхів, молочних продуктів.

Важливе значення при вагітності надається вмісту в їжі вітамінів і мінеральних речовин, потреба в яких різко збільшується. Недостатнє вживання вітамінів А, D, Е, С, групи В, мінеральних речовин – кальцію, калію, заліза, кобальту, цинку, магнію та інших мікроелементів може призвести до порушення обміну речовин організмом матері і плоду, а також до розвитку різних ускладнень вагітності і пологів. Через це рекомендують полівітаміни з мікроелементами (МАТЕРНА). Велике значення для вагітних має її маса тіла, яка повинна бути під постійним наглядом лікаря. При правильній організації харчування вагітної жінки її маса тіла кожний день не повинна перевищувати 250 мг., а прибавка за всю вагітність не повинна перевищувати 8-10 кг.

При появі ознак загрози передчасних пологів призначають седативні середники: відвар трави пустирника по одній столовій ложці три рази на день, екстракт кореня валеріани по 1-2 таблетки 2-3 рази на день, корвалол по 20 крапель 2-3 рази на день, а при відсутності ефекту також можуть бути використані транквілізуючі препарати, як триоксазин по 0,3 г 2-3 рази на день, тазепам по 0,01 г 2-3 рази на день, седуксен (сібазон) по 0,005 г на ніч. Внутрішньовенно призначають глюкозу 10% розчин 200-400 мл на добу з інсуліном і 1% розчином калію хлориду на протязі 5-6 днів.

Із вазоактивних вазодилататорів для лікування ЗВРРП широко застосовують препарати такі, як еуфілін 2,4% розчин 10 мл довенно з фізіологічним розчином, розчин метацину 1мл 0,1% внутрішньом'язево, баралгін – 2,0, но-шпа 2% 2 мл

або розчин папаверину гідрохлориду 2% по 2 мл внутрішньом'язово 2-3 рази на добу.

Внутрішньовенне введення лікарських середників раціонально проводити вагітній в положенні на бочці, оскільки в положенні на спині нерідко супроводжується погіршенням її стану внаслідок часткового стиснення вагітною маткою судин черевної порожнини, що супроводжується погіршенням відтоку крові із вагітної матки.

Для підтримання адекватного рівня обміну процесів в стінці матки і в фетоплацентарному комплексі вагітним жінкам раціонально введення препаратів – стимуляторів метаболічних реакцій. Серед них найбільш важливе значення мають вітамінні препарати: вітамін Е (α -токоферол) – найбільш активний ліпідорозчинний антиоксидант, який зв'язує пероксидні радикали поліненасичених жирних кислот, перериваючи цим самим ланцюги перекисного окислення ліпідів плазми крові та мембран еритроцитів. Він стабілізує також мембрани лізосом, мітохондрій та мікросом і підтримує активність глутатіонпероксидази. Важливим моментом дії вітаміну Е – є його активуючий вплив на синтез гемоглобіну і гемовмісних ферментів. Цим самим він посередньо сприяє транспорту кисню до тканин та інактивації перекисів. Його вводять по 100 мг на добу на протязі 1-15 днів. Знижений вміст вітаміну Е супроводжується м'язовою дистрофією. Вітамін С застосовують по 0,1 г 3 рази на добу, вітамін В₁ призначають внутрішньом'язово по 1 мл 5% розчину 1 раз на добу, а вітамін В₆ по 1 мл 5% розчину також внутрішньом'язово 1 раз на добу. Вітамін В₁₂ призначають по 100 мкг 2-3 рази на тиждень, кокарбоксілазу по 100 мкг на добу. Загальноприйнято всім вагітним жінкам проводити на протязі гестації три курси лікування (кожний по три тижні) фолієвою кислотою (по 0,05-0,01 2-3 рази на добу).

До активних стимуляторів метаболічних процесів відносять глутамінову кислоту, яку призначають по 0,5 г 2-3 рази на день, метіонін по 0,25 г 2-4 рази на день.

На сьогодні фармацевтична промисловість випускає досить багато препаратів, які в сукупності з вітамінами і мікроелементами мають позитивний вплив на розвиток вагітності і плоду (ундевід, матерна та інш.).

Застосування фітотерапевтичних середників є також важливим фактором у лікуванні ЗВРРП. Їх протіоксидатна дія зумовлена здатністю гасити

гідроксильні радикали. Зокрема, широко використовуються в акушерській практиці флавоноїдні препарати з розторопші плямистої – сілібін і сілібор, які виконують роль “пастки” для вільних радикалів.

Із препаратів анаболічної дії для комплексної терапії ЗРП доцільно включити калія оротат по 0,5 г 2-3 рази на день. За останній період ширше використовують препарати гепатопротектори, антигіпоксанти (ліпін).

Імуномодуюча терапія є одним із важливих напрямків лікування жінок із ЗВРРП. При цьому призначають гемокоректори в поєднанні з ентеросорбцією. Курс лікування проводять по 10-12 днів з перервами 15 днів.

Із немедикаментозної траїї, яка впливає на покращення маткового і матково-плацентарного кровообігу, в комплексну терапію необхідно включити йонофорез з новокаїном чи діатермію ділянки сонячного сплетення і навколонирикової ділянки.

Вище викладене свідчить, що вчення про лікування синдрому ЗВРРП знаходиться в постійному розвитку. Однак, запропоновані на сьогоднішній день терапевтичні схеми дозволяють лише до певної міри зменшити активність та прогресування патологічного процесу. Ось чому так гостро стоїть проблема своєчасної діагностики і лікування даної патології, з використанням оптимальних схем комплексу лікарських середників, використовуючи сучасні досягнення науки з тим, щоби намітити перспективніші шляхи терапії реабілітації вагітних жінок. При повноцінному і вчасному лікуванні синдрому ЗВРРП можна помітно покращити ефективність лікування і зменшити перинатальну патологію внутрішньоутробного розвитку плоду і добитися народження повноцінно життєздатних дітей.

Висновки 1. Вагітних жінок з ЗВРРП необхідно віднести у групу підвищеного ризику для динамічного спостереження, а з 12 тижнів гестації їм доцільно рекомендувати позиційне колінно-лікткове положення для покращення маткового та матково-плацентарного кровоплину. 2. Своєчасне застосування раціональних методів профілактики та лікування вагітних жінок з ЗВРРП сприяє зменшенню кількості складнень під час гестації і пологів, створює кращі умови для розвитку і росту плоду, знижує захворюваність і смертність новонароджених в ранньому неонатальному періоді.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бакшеев Н. С., Лявинець А. С. Гипоксия плода. // - Практическое акушерство. К.: Здоров'я, 1976. - С. 145-364.
2. Богатирьова Р.В. Демографічна ситуація в Україні і проблема медико-генетичної служби // ПАГ. - 1999. - № 1. - С. 72-74.
3. Голота В..Я. Антенатальна охорона плоду при передчасних родах // ПАГ. - 1990. - №1. - С. 46-48.
4. Давидов Л.Я., Бабешко М.І. Профілактика синдрому здавлення нижньої порожнистої вени при лікуванні слабкості пологової діяльності // ПАГ. - 1994. - №3. - С. 53-55.
5. Степанковская Г.К., Венцовский Б.М., Лявинець А.С. Гипоксические состояния в акушерской практике. – К.: Здоров'я, 1978. - 200 с.

SUMMARY

PREVENTION AND TREATMENT OF THE FOETUS INTRAUTERINE DEVELOPMENT AND GROWTH RETARDATION

Lyzyn. M.A.

On the basis of the literature analysis data, the work offers preventions and treatment of the foetus intrauterine development and growth retardation.

Key words: the foetus intrauterine development and growth retardation, preventions, treatment.