

МАТЕРИНСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ И РОЖДЕНИЯ МАЛОВЕСНОГО ПЛОДА

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

Долгова Н.С.

Научный руководитель: проф. С.Д. Яворская, кафедра акушерства и гинекологии с курсом ДПО

Введение

Согласно данным современной мировой научной литературы, частота рождения новорожденных с малой к гестационному сроку массой тела на сегодняшний день имеет место примерно в 10% случаев от всех родов. В будущем ожидается рост данной патологии в связи с возрастающим влиянием различных эпигенетических факторов и увеличением возраста будущих родителей [1].

Маловесный плод — это гетерогенная группа новорожденных, включающая в себя задержку роста плода (ЗРП) и малый для гестационного возраста плод. Долгое время эти два термина использовались как синонимы, но на сегодняшний день доказано, что они не взаимозаменяемы. ЗРП — это патологическое состояние, при котором плод лишен кислорода и питательных веществ, в то время как примерно 20% плодов с размером плода менее 10-го перцентиля являются конституционно маленькими и здоровыми, и их можно воспринимать как вариант нормы. Тогда как большинство маловесных к сроку гестации плодов следует рассматривать, как результат неблагоприятного влияния ряда эпигенетических факторов [2].

Своевременная диагностика формирования и рождения маловесных плодов имеет важное значение в современном акушерстве, так как именно эта группа плодов является наиболее угрожаемой по антенатальной асфиксии и мертворождению, у них высок риск перинатальной

заболеваемости и смертности, неблагоприятных долгосрочных исходов во взрослой жизни, в виде нарушения когнитивного развития, эпилепсии, детского церебрального паралича, сердечно-сосудистых и эндокринных заболеваний [2,3,6].

К сожалению, на сегодняшний день нет достаточно эффективных методов диагностики маловесных плодов в антенатальном периоде и большая их часть остается не диагностированной вплоть до рождения [4]. Также стоит отметить, что известные факторы риска формирования маловесного плода разработаны без стратификации на факторы, ассоциированные с формированием ЗРП и факторы, ассоциированные с малым для гестационного возраста плодом.

Известно, что все факторы риска формирования маловесного плода следует разделить на 4 группы: генетические, материнские, плацентарные и плодовые. На наш взгляд, особое внимание следует уделить материнскому фактору риска, лежащего в основе плацентарной дисфункции, которая и приводит к формированию маловесного плода, патология внутриутробного развития которых в 80% случаев диагностируется только после рождения [2,4]. Известно, что выявление и коррекция материнских факторов риска на прегравидарном этапе, формирование групп риска, оптимизация антенатального ухода могут улучшить перинатальные исходы у данной группы пациенток [5].

Цель исследования: определить наиболее значимые материнские факторы риска и ультразвуковые предикторы формирования и рождения маловесного плода при доношенном сроке беременности.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный сравнительный анализ данных 380 обменно-уведомительных карт беременных и родильниц, историй родов и карт новорожденных. Первую (основную) группу составили 280 новорожденных, с массой тела при рождении в интервале 3-10 перцентиль, длиной тела больше 10 перцентилля и отсутствием нарушения кровообращения в плодово-плацентарном комплексе в 3 триместре (шифр

МКБ - P05.0); вторую группу (сравнения) - 100 доношенных новорожденных, антропометрические данные которых соответствовали их гестационному сроку (масса/длина в интервале 10 - 90 перцентиль). Предварительно была разработана карта, состоящая из 150 прогностических факторов, которая была условно разделена на 4 блока: социально-биологический, соматический, гинекологический и акушерский анамнез.

Критерии включения: родители европеоидной расы, срочные роды одним плодом, информированное согласие матерей.

Критерии исключения: снижение ОЖ/ППП у плода <3 перцентиль, тяжелая ЭГП и/или преэклампсия у матери, наличие пороков развития плода, многоплодие, нарушения плодово-плацентарного кровотока при 3-м скрининге УЗИ и/или накануне родов, срок беременности меньше 37 недель, доношенные новорожденные с травматическим, инфекционным и метаболическим поражением ЦНС; дети с генетической патологией, отсутствие информированного согласия матерей.

Статистическая обработка и анализ данных проведены с помощью программы SigmaPlot 12.5 (Systat Software, 2011). Выполнялся анализ достоверности различий между женщинами, родившими доношенных маловесных новорожденных, и женщинами, родившими детей с нормальной массой тела. Для анализа количественных признаков использовался метод t-теста Стьюдента (уровень достоверности <0,05), для анализа качественных - метод хи-квадрата (chi-square) (уровень достоверности <0,05). Количественные данные представлены в виде «среднее \pm 95% доверительный интервал». Качественные данные представлены в виде «доля от совокупности (процент) \pm 95% доверительный интервал».

Результаты и обсуждения

Средний возраст матерей, родивших доношенных маловесных новорожденных был значимо меньше, чем у матерей 2 группы ($27,4 \pm 0,62$ и $29,5 \pm 1,12$; $p < 0,001$). При оценке данных социально-экономического

статуса установлено, что пациентки 1 группы чаще относились к служащим (69,0% и 53,9%; $p=0,012$), тогда как частота учащихся (5,4 % и 5,0%; $p=0,902$), домохозяек (26,0 % и 19,0%; $p=0,15$) и лиц рабочей профессии (14,6 % и 7,0%; $p=0,072$) в группах сравнения значимо не различалась. Беременные 1 группы значимо реже, чем беременные группы сравнения, состояли в официальном браке (56,4% и 77,0%; $p<0,001$), остальные находились в статусе незарегистрированных отношений с партнером (27,9 % и 18,0%; $p=0,07$) либо имели «внебрачную рождаемость» (15,7% и 5,0%; $p=0,01$).

При оценке антропометрических данных установлено, что средний рост пациенток 1 группы был значимо ниже, чем рост пациенток 2 группы ($162,2 \pm 0,79$ см. и $165,8 \pm 1,09$ см.; $p<0,001$), также у них в 15 раз чаще перед родами регистрировался анатомически узкий таз (30,7 % и 2,0%; $p<0,001$).

Следует отметить, что по сочетанным экстрагенитальным заболеваниям преобладали среди матерей 1 группы исходный дефицит веса (19,6% и 2,0%; $p<0,001$), эндокринная патология (33,6% и 8,0%; $p<0,001$). В формировании плацентарной дисфункции отводится большая роль табакокурению [2]. Матери 1 группы значимо чаще имели хроническую никотиновую зависимость (22,5% и 3,0%; $p<0,001$).

При оценке гинекологического анамнеза установлено: группы были сопоставимы по возрасту менархе ($13,3 \pm 0,14$ лет и $13,1 \pm 0,25$ лет; $p=0,155$) и полового дебюта ($17,6 \pm 0,19$ лет и $17,7 \pm 0,34$ лет; $p=0,348$), частоте гинекологической заболеваемости: нарушения менструального цикла (8,6% и 11,0%; $p=0,603$), инфекции, передающиеся половым путем (3,2% и 4,0%; $p=0,96$), аномальные маточные кровотечения (0,4% и 0%; $p=0,59$), апоплексия яичника (1,8% и 2,0%; $p=0,767$), гормонозависимые заболевания (6,0% и 2,0%; $p=0,181$), воспалительные заболевания органов малого таза (8,6% и 13,0%; $p=0,278$). Однако фоновая патология шейки матки имела место значимо чаще в анамнезе матерей, новорожденных 2 группы (36,8% и 51,0%; $p=0,018$).

При оценке акушерского анамнеза установлено, что в 1 группе чаще встречались первобеременные (48,6% и 32,0%; $p=0,006$), первородящие (65,4% и 41,0%; $p<0,001$), а во 2 группе - повторнобеременные (51,4% и 68,0%; $p=0,003$) и повторнородящие (34,6% и 59,0%; $p<0,001$). Наличие преждевременных родов в анамнезе (17,5 % и 2,0%; $p<0,001$), аборт (29,6% и 20,0%; $p=0,083$) чаще имело место среди повторнородящих 1 группы. Интергестационный интервал матерей 1 группы был значимо меньше, чем у матерей 2 группы ($2,8 \pm 0,6$ лет и $5,5 \pm 0,8$ лет; $p<0,001$).

Полученные результаты исследования легли в основу формирования группы риска рождению маловесного доношенного новорожденного: первая беременность (48,6% и 32,0%; $p=0,006$) и роды (65,4% и 41,0%; $p<0,001$), внебрачная рождаемость (43,6% и 23,0%; $p<0,001$), дефицит массы тела (19,6 % и 2,0%; $p<0,001$), узкий таз (30,7% и 2,0%; $p<0,001$), наличие никотиновой зависимости (22,5% и 3,0%; $p<0,001$) и заболеваний эндокринной системы (33,6% и 8,0%; $p<0,001$), имеющие преждевременные роды в анамнезе (17,5% и 2,0%; $p<0,001$) и интергестационный интервал менее 3 -х лет (83,2% и 57%; $p<0,001$).

Выводы

Своевременное выявление и внедрение индивидуальных мер профилактики и коррекции управляемых факторов риска на прегравидарном этапе и в ранние сроки беременности, возможно, позволит снизить негативное влияние этих факторов на формирование плаценты, частоту и выраженность маловесности у доношенных новорожденных.

Список литературы:

1. Джобава Э.М. Фетальное программирование. Акушерство и гинекология. 2018; 3: 10-5.doi.org/10.18565/aig.2018.3.10-15
2. Visentin S., Londero A.P., Cataneo I., Bellussi F., Salsi G., Pilu G., Cosmi E. A prenatal standard for fetal weight improves the prenatal diagnosis of small for gestational age fetuses in pregnancies at increased risk. BMC Pregnancy Childbirth. 2022 Mar 26; 22(1): 254. doi: 10.1186/s12884-022-04545-x. PMID: 35346088; PMCID: PMC8962129.

3. Расуль-Заде Ю.Г., Климашкин А.А. Допплерометрические параметры при мониторинге плодов с поздней манифестацией синдрома ограничения роста плода. Бюллетень медицинской науки. 2022; 2(26): 12-18. DOI 10.31684/25418475_2022_2_12.

4. Fatihoglu E., Aydin S. Diagnosing Small for Gestational Age during second trimester routine screening: Early sonographic clues. Taiwan J Obstet Gynecol. 2020 Mar; 59(2): 287-292. doi: 10.1016/j.tjog.2020.01.019. PMID: 32127152

5. Игитова М.Б. Беременность высокого риска (клинико-патогенетические аспекты). Барнаул: Краевой справочно-информационный фармацевтический центр, 2013. 124 с.

6. Долгова Н.С., Яворская С.Д., Ананьина Л.П., Поженко Е.В. Акушерские аспекты формирования гипоксически-ишемических поражений ЦНС у доношенных маловесных новорожденных. Бюллетень медицинской науки. 2017; 4(8): 64-67.

Как цитировать:

Долгова Н.С. Материнские аспекты формирования и рождения маловесного плода. *Scientist*. 2023; 23 (1): 15-20.
