

# КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОЇ ЗАТРИМКИ РОСТУ ТА РОЗВИТКУ ПЛОДА

*В.Е. Маркевич, І.В. Тарасова, Л.О. Турова*  
Сумський державний університет

**Резюме.** Проаналізовано 3338 історій хвороб немовлят, які лікувалися у відділенні патології новонароджених та відділенні недоношених дітей Сумської обласної дитячої клінічної лікарні (СОДКЛ) в 2006–2008 рр. Діагноз ЗВУРРП спостерігався у 348 доношених та 177 недоношених новонароджених. В результаті дослідження виділено три основні групи чинників виникнення ЗВУРРП. Доведено, що ЗВУРРП формується на фоні негативного преморбідного стану та ускладнень вагітності. Новонародженим з ознаками ЗВУРРП протягом неонатального періоду властива підвищена захворюваність та низькі адаптаційні можливості.

**Ключові слова:** затримка внутрішньоутробного росту та розвитку плода, новонароджені, вагітність.

## Вступ

Одним з пріоритетних напрямів охорони здоров'я в Україні є діагностика, профілактика та корекція перинатальної патології. За даними ВООЗ, масу тіла при народженні вважають єдиним найважливішим критерієм виживання і нормального розвитку дитини [7]. Затримка внутрішньоутробного росту та розвитку плода (ЗВУРРП) — ускладнення вагітності, яке не втрачає своєї актуальності, що обумовлено його високою частотою (від 6,5% до 30% усіх новонароджених у різних країнах світу) [6,8]. Синдром ЗВУРРП на сучасному етапі залишається однією з провідних причин захворюваності (7–36%) і смертності (8–24%). ЗВУРРП дуже часто призводить до гіпоксії, синдрому аспірації меконію, недоношеності. В подальшому такі діти відстають у фізичному та інтелектуальному розвитку значно частіше, ніж малюки з нормальною масою для свого гестаційного віку [4,5]. Різноманітність причин та суперечливість даних літератури щодо термінології та епідеміології ЗВУРРП, значні труднощі антенатальної діагностики синдрому, зумовлюють актуальність подальшого вивчення даної проблеми.

**Мета** роботи: встановити частоту та фактори ризику виникнення ЗВУРРП, дослідити особливості перебігу вагітності, пологів, стану плода і новонародженого при цій патології.

## Матеріал і методи дослідження

Проаналізовано 3338 історій хвороб немовлят, що лікувалися у відділенні патології новонароджених та відділенні недоношених дітей Сумської обласної дитячої клінічної лікарні (СОДКЛ) в 2006–2008 рр. Встановлені фактори ризику, особливості перебігу вагітності, пологів, стану плода і новонародженого у 525 дітей з масою тіла, меншою 10-го центилу для свого гестаційного віку (основна група). Отримані дані порівнювали з результатами аналогічного ретроспективного аналізу 386 історій малюків, що лікувалися у цьому ж закладі в 1998–2000 рр. (група порівняння). Контрольну групу склали 100 історій жінок, що народили здорових доношених малюків.

## Результати дослідження та їх обговорення

ЗВУРРП спостерігалась у 348 доношених та 177 недоношених дітей, що лікувалися у СОДКЛ. У структурі ЗВУРРП переважав гіпотрофічний (асиметричний) варіант, який складав 68,4% (238 дітей) та 66,1% (117 дітей) у доношених та недоношених малюків відповідно. Друге місце займав у доношених гіпопластичний (симетричний) варіант — 29,6% (103 дитини), у недоношених — диспластичний (13,6%, 24 дитини). При загальному знижен-

ні народжуваності в регіоні кількість дітей зі ЗВУРРП не має тенденції до зменшення і в середньому в нашому стаціонарі складає 14,8%.

Перша вагітність була у 274 (52,2%) жінок. Перші пологи — у 356 (65,5%) жінок. Порівняно з 90-ми роками кількість штучно перерваної першої вагітності зросла на 19% ( $p < 0,001$ ). Неприятливий акушерсько-гінекологічний анамнез мала кожна третя жінка (33,0%): самовільні аборти — 16,0% (28 жінок), народження дітей з низькою масою — 4,6% (8), передчасні пологи — 10% (17), мертвородження — 2,8% (5), народження дітей з природженими вадами розвитку — 3,4% (6).

Екстрагенітальну патологію мала кожна друга пацієнтка (49,0%). Так, вегетосудинна дистонія за гіпертонічним типом спостерігалась у 29,7% (78) жінок, захворювання нирок і сечовивідних шляхів — у 25,9% (68), ожиріння — у 11,8% (31) вагітних, причому два останні показники впродовж останнього десятиліття суттєво зросли ( $p < 0,01$ ). Вогнища хронічної інфекції виявлено у 40% (210) жінок основної групи та у 18% (18) контрольної ( $p < 0,001$ ). Загальна гінекологічна захворюваність зросла від 29,5% до 45%, причому 32% склали запальні захворювання, що, як ми вважаємо, пов'язано з молодшим віком початку статевого життя (перший статевий контакт до 18 років в основній групі відбувся у 273 (52,2%) проти 20 (20%) жінок у контролі), значним відсотком незаміжніх жінок (19% проти 6,2% у контролі) і частим перериванням першої вагітності (47,8% жінок проти 10% у контролі).

Середній вік обстежених жінок складав  $24,05 \pm 0,67$  року і варіював від 15 до 44 років. Останніми роками достовірно збільшилась питома вага вагітних до 18 років: 12,8% проти 6,8% в групі порівняння і 5,2% у контролі ( $p < 0,05$ ). Цей факт узгоджується з даними літератури про зростання числа вагітності і пологів у підлітків, з одного боку, і вплив зниженої маси тіла матері на масу плода — з іншого [5].

В основній групі частка сільських мешканок зросла від 35% у 90-і роки до 68% ( $p < 0,001$ ). Зросла також частка домогосподарок та жінок без спеціальної освіти від 38,2% до 65% проти 18% у контролі. У період вагітності та пологів навчалися лише 5,4% проти 15% в контрольній групі. Частка жінок, котрі під час вагітності палили (22,6%), вживали алкоголь (5,6%), була достовірно більшою, ніж у минулому десятилітті (5% і 1% відповідно). Під час вагітності на сифіліс хворіли 18 (3,4%) жінок основної групи.

Отже, дана когорта вагітних характеризується низьким соціально-економічним статусом та наявністю шкідливих звичок, що може бути віднесено до факторів ризи-

**Характеристика перебігу вагітності та пологів у жінок, що народили дітей зі ЗВУРРП**

Таблиця 1

Ускладнення перебігу вагітності та пологів	Вагітність без ЗВУРРП (n=100)	Вагітність зі ЗВУРРП (n=525)
Соматичні захворювання	20% (7)	33% (174)
Жінки, що народжують повторно	23% (23)	32,2% (169)
Ускладнений акушерсько-гінекологічний анамнез	25% (25)	49 % (261)
Кольпіт	18% (18)	31% (163)
Загроза переривання вагітності	16% (16)	49 % (261)
Хронічна фетоплацентарна недостатність	16% (16)	49 % (261)
Гестоз I половини вагітності	3% (3)	12,2% (64)
Гестоз II половини вагітності	9% (9)	35,4% (186)
Передчасне відходження навколоплідних вод	5% (5)	38,8% (34)
Безводний період понад 10 годин	2% (2)	12 % (63)
Первинна слабкість пологової діяльності	6% (6)	16,6% (87)
Передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти	—	12,2% (64)
Залізодефіцитна анемія	82% (82)	86% (454)

**Показники фізичного розвитку новонароджених зі ЗВУРРП**

Таблиця 2

Показник	Здорові новонароджені (n=100)	Новонароджені з ознаками ЗВУРРП	
		Доношені (n=348)	недоношені (n=177)
Гестаційний вік, тижнів	39,3±0,13	38,7±0,22 p<0,05	34,45±0,44 p<0,05
Маса тіла, г	3188,0±92,3	2645,4±42,8 p<0,05	2048±11,7 p<0,05
Довжина тіла, см	50,17±0,18	48,8±0,27 p<0,05	46,2±0,32 p<0,05
Окружність голови, см	34,5±0,18	32,9±0,24 p<0,05	32,5±0,61 p<0,05
Окружність грудної клітки, см	33,7±0,21	31,7±0,22 p<0,05	30,8±0,46 p<0,05
Коефіцієнт маса/довжина тіла	64±0,6	55,1±1,8 p<0,05	44,5±2,4 см p<0,001

Примітка: p – достовірність різниці відносно показників у новонароджених без ЗВУРРП.

ку виникнення ЗВУРРП. Також слід відзначити зростання питомої ваги юних породіль та мешканок села.

Серед ускладнень вагітності кольпіт діагностований у 163 (31%) жінок, що вдвічі перевищує даний показник у 90-і роки: 58 (15%) осіб. Гестоз першої половини вагітності був у 64 (12,2%) вагітних, гестоз другої половини вагітності – у 186 (35,4%). Загроза переривання вагітності та хронічна фетоплацентарна недостатність спостерігалась у кожній другій пацієнтки (49% проти 16% в контролі, (p<0,05). Залізодефіцитна анемія мала місце у 454 (86%) випадках, що достовірно не відрізнялось від групи контролю (82%). Гостра респіраторне вірусна інфекція під час вагітності розвинулась у 157 (29,9%) обстежених.

За даними ультрасонографії, ЗВУРРП діагностовано лише у 29,7% (78) жінок основної групи, тобто є значні резерви для покращення ультразвукової діагностики затримки розвитку плода.

Більшість жінок – 348 (66,2%) – мали пологи в терміні гестації 38,7±0,22 тижня, передчасні пологи відбулися у 177 (33,7%) жінок у терміні гестації 34,45±0,44 тижня. Середній гестаційний вік здорових новонароджених складав 39,3±0,32 тижнів. Пологи кесаревим розтином мали місце у кожній п'ятій жінки (20% проти 7% в контролі). У групі порівняння частота кесарева розтину була достовірно нижчою (p<0,001) і складала 6,2% (24).

Серед ускладнень пологів первинну слабкість пологової діяльності діагностовано у 16,6% (87) жінок проти 6,0% (6) у контролі (p<0,05). Передчасне відходження навколоплідних вод було у 38,8% (34) проти 5% (5) у контрольній групі (p<0,05). Характеристика перебігу вагітності та пологів у жінок, що народили дітей з ознаками ЗВУРРП, наведена в таблиці 1.

В основній групі хлопчиків народилось 168 (32%), дівчаток удвічі більше – 357 (68%). Середня маса тіла доношених новонароджених з ознаками ЗВУРРП становила 2645,4±42,8 г, зріст – 48,8±0,27 см, окружність голови – 32,9±0,24 см, окружність грудної клітки – 31,7±0,22 см, маса-ростовий коефіцієнт – 55,1±1,8.

Середня маса тіла недоношених новонароджених із

ознаками ЗВУРРП досягала 2048,0±11,7, зріст – 46,2±0,32 см, окружність голови – 32,5±0,61 см, окружність грудної клітки – 30,8±0,46 см, маса-ростовий коефіцієнт – 44,5±2,4 см.

Показники фізичного розвитку дітей зі ЗВУРРП наведені у таблиці 2.

Проведення первинної реанімації потребували 40,2% (211) новонароджених основної групи. Тривалі та виражені транзиторні стани (патологічна втрата первинної маси тіла, порушення терморегуляції) мали місце у 34,6% (96) малюків, що свідчить про недостатній рівень адаптації при народженні.

З ознаками гіпоксії різного ступеня народились 53% (185) доношених малюків зі ЗВУРРП, причому 13% (24) мали гіпоксичне ураження ЦНС важкого ступеня (оцінка за шкалою Апгар менше 4 балів). Природжені вади серця діагностовані у 23,2% (80) новонароджених, кон'югаційна жовтяниця – у 20,4% (71), внутрішньоутробне інфікування – у 19,4% (68), природжені вади розвитку (хвороба Дауна, агенезія нирки, гідронефроз, синдактилія, полідактилія та ін.) – у 8% (28), гемолітична хвороба новонароджених – у 4,8% (17).

Структура захворюваності недоношених новонароджених зі ЗВУРРП у ранньому неонатальному періоді була наступною: 83,6% (148) малюків мали перинатальне гіпоксичне ураження ЦНС, 22,6% (40) – природжені вади серця, 18,6% (33) – кон'югаційна жовтяниця, 15,8% (28) – реалізація внутрішньоутробної інфекції, природжені вади розвитку (вади розвитку ШКТ, хвороба Дауна, синдром Пфайфера, синдром Пьера–Робена, агенезія нирки, гідронефроз, синдактилія, полідактилія та ін.) – 9% (16), гемолітична хвороба новонароджених – 6,8% (12), анемія була у 6,2% (11) дітей. Частота патологічних станів та захворювань у новонароджених зі ЗВУРРП наведена в таблиці 3.

Таким чином, ЗВУРРП залишається мультифакторною патологією, в реалізації якої важливу роль відіграють як спадкові, так і зовнішні фактори середовища. За останнє десятиріччя спостерігається помітне зростання цієї патології (на 8,7%). Збільшення частоти народження дітей зі ЗВУРРП є наслідком сукупної дії соціально-економічних (збільшення питомої ваги юних, незаміжніх жінок, тих, що

Частота патологічних станів та захворювань у новонароджених зі ЗВУРРП

Патологічні стани та захворювання	Здорові новонароджені (n=100)	Новонароджені з ознаками ЗВУРРП	
		доношені (n=348)	недоношені (n=177)
Перинатальне гіпоксичне ураження ЦНС	—	53% (185)	83,6% (148)
Вроджені вади серця	—	23,2% (80)	22,6% (40)
Кон'югаційна жовтяниця	5% (5)	20,4% (71)	18,6% (33)
Внутрішньоутробне інфікування	—	19,4% (68)	15,8% (28)
Природжені вади розвитку	—	8% (28)	9% (16)
Гемолітична хвороба новонароджених	—	4,8% (17)	6,8% (12)
Анемія	—	—	6,2% (11)

палять, вживають алкоголь, переривання першої вагітності, зростання захворювань, що передаються статевим шляхом), екологічних та медико-біологічних факторів, що призвело до погіршення індексу здоров'я жінок репродуктивного віку. Розвиток ЗВУРРП корелює з вираженістю порушень основних регуляторних систем організму жінок та залежить від стану їхнього здоров'я і перебігу вагітності [7]. Проведений аналіз показує, що ЗВУРРП формується на фоні негативного преморбідного стану та ускладнень вагітності. Серед них слід особливо виділити загрозу переривання вагітності та хронічну фетоплацентарну недостатність, які спостерігались у кожній другій пацієнтки (49% проти 16% в контролі, (p<0,05). Інші автори [2] також пов'язують ЗВУРРП з порушенням обмінно-трофічної та дихальної функцій плаценти.

ЗВУРРП значно підвищує захворюваність новонароджених, в структурі якої переважає гіпоксичне ураження ЦНС (83,6% недоношених та 53% доношених малюків), обумовлює високий рівень кесарева розтину (20% проти 7% в контролі), що збігається з даними літератури [2].

За даними ультрасонографії, ЗВУРРП діагностовано лише у 29,7% (78) жінок основної групи, тобто є значні резерви для покращення ультразвукової діагностики затримки розвитку плода, що збігається з даними інших дослідників [1].

ЗВУРРП суттєво підвищує зростання перинатальної патології, сприяє подальшому розвитку функціональних та органічних захворювань, з моменту народження погіршує якість життя пацієнтів, що вказує на потребу покращення антенатальної діагностики та ранньої корекції цієї патології.

**Висновки**

1. Виділено три основні групи чинників виникнення ЗВУРРП: материнські (збільшення питомої ваги юних, незаміжніх жінок, тих, що палять, вживають алкоголь, переривання першої вагітності, зростання захворювань, що передаються статевим шляхом, гестози, обмінно-ендокринні порушення); плацентарні (хронічна фетоплацентарна недостатність); плодові (вроджена і спадкова патологія плода).

2. Новонародженим зі ЗВУРРП протягом неонатального періоду властива підвищена захворюваність (перинатальні гіпоксичні ураження ЦНС, природжені вади розвитку, у т.ч. вади серця, кон'югаційна жовтяниця, реалізація внутрішньоутробної інфекції, гемолітична хвороба новонароджених, анемія).

3. Переважна більшість малюків зі ЗВУРРП мають низькі адаптаційні можливості, про що свідчить високий відсоток потреби у первинній реанімації та розвиток затяжних транзиторних станів.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Бычкова А. Б. Интранатальное состояние плода с задержкой внутриутробного развития / Бычкова А. Б., Радзинский В. Е. // Трудный пациент. — 2006. — № 2. — С. 45—52.
2. Годованец Ю. Д. Патология пренатального периода: особенности показателей антиоксидантной защиты у детей, родившихся «малыми к сроку гестации» / Годованец Ю. Д., Годованец А. С., Марандюк Б. В. // ПАГ. — 2004. — № 2. — С. 31—35.
3. Горбунова О. В. Перебіг вагітності та пологів у юних первородящих мешканок Київської області / О. В. Горбунова, Н. А. Данкович, О. Ф. Чабашвілі // ПАГ. — 2001. — № 3. — С. 57—58.
4. Дашкевич В. Е. Затримка росту плода: діагностика, профілактика та лікування: Методичні рекомендації / В. Е. Дашкевич, Н. Я. Жилка, В. О. Потапов. — К., 2006. — 17 с.
5. Евсюкова Н. И. Особенности адаптации новорожденных детей с задержкой внутриутробного развития / Евсюкова Н. И., Фоменко Б. А. // Журн. акушерства и женских болезней. — 2003. — № 4. — С. 23—27.
6. Мокія С. О. Затримка внутрішньоутробного розвитку: сучасні погляди та невирішені питання / Мокія С. О., Василенко Н. В. // ПАГ. — 2001. — № 3. — С. 53—55.
7. Сучасні клініко-епідеміологічні особливості затримки розвитку плода в Одеському регіоні / Запорожан В. М., Низова Н. М., Рожковська Н. М., Никитюк В. А. // ПАГ. — 1998. — № 5. — С. 109—112.
8. Янюта С. М. Особливості розвитку дітей з внутрішньоутробною затримкою росту / Янюта С. М., Жданович О. І., Коломійченко Т. В., Присяжнюк В. П. // Совр. педиатрия. — 2008. — № 3 (20). — С. 12—123.

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ЗАДЕРЖКИ РОСТА И РАЗВИТИЯ ПЛОДА**

*В.З. Маркевич, И.В. Тарасова, Л.А. Турова*

**Резюме.** Проведен анализ 3338 историй болезней детей, которые находились на лечении в отделении патологии новорожденных и отделении недоношенных Сумской областной детской клинической больницы (СОДКБ) в 2006–2008 гг. Диагноз ЗВУРРП наблюдался у 348 доношенных и 177 недоношенных новорожденных. В результате исследования выделено три основные группы причин возникновения ЗВУРРП. Доказано, что ЗВУРРП формируется на фоне отягощенного преморбидного состояния и осложненной беременности. Для новорожденных с признаками ЗВУРРП на протяжении неонатального периода характерна повышенная заболеваемость и низкие адаптационные возможности.

**Ключевые слова:** задержка внутриутробного роста и развития плода, новорожденные, беременность.

**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF INTRAUTERINE GROWTH RETARDATION OF FETUS**

*V. Markevich, I. Tarasova, L. Turova*

**Summary.** Analysis of 3338 case records of newborns, which were on treatment in department of pathology of newborns and department of prematurity of Sumy Regional Children's Clinical Hospital (SRCC) in 2006–2008 years was made. IGR was diagnosed in 348 full term & 177 premature newborns. As a result of research 3 main groups of reasons which caused IGR were identified. Provided that IGR formed on the background of burdened premorbid state and pregnancy complications. For newborns with IGR peculiar high sickness rate and low adaptive capabilities during neonatal period.

**Key words:** intrauterine growth retardation of fetus, newborn, pregnancy.