

Тема: *ЗАДЕРЖКА РОСТА  
(ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ)  
ПЛОДА*

Проверил:  
Исполнила: Әмірханова Жазира  
Группа: 605

## План:

1. Общая понятия
2. Код задержки роста плода по МКБ-10
3. Эпидемиология
4. Этиология
5. Клиническая картина
6. Диагностика
7. Лечение
8. Профилактика

Под *задержкой роста плода* (ЗРП) понимают отставание размеров плода от предполагаемых при данном сроке беременности. Наибольшее распространение получило определение синдрома задержки роста плода как масса плода при рождении ниже десятого перцентиля для данного срока беременности.

## *КОД ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА ПО МКБ-10*

Класс XV. Беременность, роды и послеродовый период  
(O00–O99)

Медицинская помощь матери в связи с состоянием  
плода, амниотической полости и возможными  
трудностями родоразрешения (O30–O48).

O36 Медицинская помощь матери при других  
установленных или предполагаемых патологических  
состояниях плода.

Класс XVI. Отдельные состояния, возникающие в  
перинатальном периоде (P00–P96)

Расстройства, связанные с продолжительностью  
беременности и ростом плода (P05–P08)

P05 Замедленный рост и недостаточность питания  
плода.

P07 Расстройства, связанные с укорочением срока  
беременности и малой массой тела при рождении, не  
классифицированные в других рубриках.

*ЭПИДЕМИОЛОГИЯ  
ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО  
РАЗВИТИЯ ПЛОДА*

Частота развития синдрома  
задержки роста плода  
варьирует в широком  
диапазоне: 5,0–17,6%.

## *КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА*

По данным ультразвуковой фетометрии выделяют следующие формы ЗРП:

- симметричная форма\* — пропорциональное уменьшение всех размеров тела плода по отношению к средним для данного срока беременности;
- асимметричная форма — уменьшение только размеров живота плода по отношению к среднему для данного срока беременности (отставание более чем на 2 нед или размер менее 5-го перцентиля для данного гестационного срока), остальные размеры в пределах физиологической нормы;
- смешанная форма — отставание размеров живота более чем на 2 нед и отставание других фетометрических показателей в пределах 10–25 перцентилей.

# ЭТИОЛОГИЯ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Факторы риска, способствующие задержке  
роста плода:

- социальнобытовые (возраст менее 17 и более 30 лет, беременность вне брака, профессиональные вредности, тяжёлый физический труд, эмоциональное перенапряжение, курение, алкоголизм, наркомания, масса тела матери менее 50 кг);
- соматические (хронические специфические и неспецифические инфекции, экстрагенитальные заболевания);
- акушерскогинекологические (инфантилизм, нарушения менструальной

функции, первичное бесплодие, гинекологические заболевания, аномалии матки, невынашивание беременности в анамнезе, осложнённое течение предшествующих беременности и родов);

- факторы, связанные с настоящей беременностью (токсикозы, гестоз, угроза прерывания беременности, многоплодие);
- плодовые (конституциональные, наследственные синдромы, внутриутробные инфекции, аномалии развития плода).



# ПАТОГЕНЕЗ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА

У пациенток с последующим развитием синдрома задержки внутриутробного развития плода уже в I триместре беременности происходит неполноценная инвазия трофобласта в стенку спиральных артерий, вследствие чего развиваются гемодинамические нарушения маточноплацентарного кровообращения. Замедление кровотока в спиральных артериях и межворсинчатом пространстве приводит к снижению интенсивности газообмена между матерью и плодом. На ранних сроках гестации (до 22 нед

при недостаточно развитых механизмах саморегуляции плода (уменьшение количества клеток в гиперпластическую фазу клеточного роста) развивается симметричная форма задержки внутриутробного развития плода. Во второй половине беременности ведущим патогенетическим звеном служит нарушение маточноплацентарного кровотока, которое приводит к хронической гипоксии и к задержке роста плода. На фоне хронической

гипоксии происходит перераспределение  
плодового кровотока, направленное на  
обеспечение адекватного  
функционирования ЦНС. При этом  
основной поток артериальной крови  
направляется к головному мозгу плода —  
так называемый brain-sparing-effect.  
Клинически при этом формируется  
асимметричная форма задержки  
внутриутробного развития плода.

# *КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА*

Диагностика задержки роста плода возможна с помощью наружного акушерского исследования (измерение и пальпация) и ультразвукового сканирования. Скрининговым методом диагностики задержки роста плода служит определение ВДМ, отставание которой от гестационного возраста на 2 и более сантиметра даёт основание заподозрить нарушение роста плода.

Более объективную информацию даёт ультразвуковая фетометрия, которая позволяет установить диагноз, определить форму и степень задержки роста плода. Ультразвуковая фетометрия должна проводиться в динамике.

Оптимальный интервал между исследованиями должен составлять не менее двух недель.

Симметричная задержка роста, при которой отмечают пропорциональное уменьшение всех фетометрических показателей (размеров головы, живота, длины бедра), встречается у 10–30% беременных с синдромом ЗРП.

Правильная диагностика данной формы задержки внутриутробного развития плода возможна при точном знании срока беременности или при динамической эхографии, когда выявляют отставание темпов прироста

фетометрических показателей. К ультразвуковым критериям, значимым для выявления задержки роста плода, относят вычисление отношения окружности головки к окружности живота плода. При симметричной форме задержки внутриутробного развития плода значения окружности головки и окружности живота у плода снижены в равной степени, поэтому это отношение имеет относительную диагностическую информативность. В таких случаях используют вычисление отношения длины бедра к окружности живота. Соотношение более 24,0 дает основание предположить задержку роста плода.

В то же время симметричное отставание фетометрических показателей не всегда позволяет с уверенностью установить диагноз ЗРП, так как маленькие размеры плода («small for date») могут быть обусловлены конституциональными особенностями родителей, то есть генетически детерминированы.

Асимметричная форма задержки внутриутробного развития плода характеризуется отставанием размеров туловища (живота) при нормальных размерах головки и бедра и наблюдается у 70–90% беременных с синдромом задержки роста плода



При задержке внутриутробного развития плода независимо от её формы для определения компенсаторных возможностей плода необходимо оценить его функциональное состояние. Задержка роста плода (чаще асимметричная форма) нередко сочетается с гипоксией, которую выявляют при КТГ, доплерометрии плодовоплацентарного и плодового кровотока, изучении биофизического профиля плода.

При выраженной задержке внутриутробного развития плода (II–III степени) на кардиотокограммах можно наблюдать снижение variability сердечного ритма, а реактивный нестрессовый тест; биофизический профиль плода характеризуется угнетением двигательной и дыхательной активности, мышечного тонуса. При доплерометрии отмечают нарушения кровотока в артерии пуповины, аорте, средней мозговой артерии, венозном протоке плода.

## *ЛЕЧЕНИЕ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА*

Тактика ведения беременности и родов при задержке внутриутробного развития плода зависит от этиологии данной патологии, срока беременности, формы и степени выраженности задержки роста плода и направлена на коррекцию нарушений в системе мать-плацента-плод (см. «Плацентарная недостаточность»).

Для оценки темпов роста плода и его функционального состояния на фоне проводимой терапии необходимо проводить повторные

УЗИ (через 7–14 дней) с доплерометрией кровотока в системе мать-плацента-плод (каждые 3–5 дней), а также кардиомониторное наблюдение (ежедневно). Если на фоне проводимой терапии нормализуются темпы прироста показателей развития плода и его функциональное состояние находится в пределах нормы (компенсированная форма плацентарной недостаточности), можно продлить беременность. Родоразрешение проводят не ранее 37 нед беременности после подтверждения зрелости лёгких плода.

При неэффективности лечения (отсутствие прироста показателей развития плода в течение 2 нед) или ухудшении состояния плода (субкомпенсированная форма плацентарной недостаточности: систолодиастолическое отношение в средней мозговой артерии плода менее 2,2) необходимо досрочное родоразрешение, независимо от срока гестации.

При декомпенсированной форме плацентарной недостаточности (ЗРП II и III степени, отсутствие диастолического компонента кровотока и/или ретроградный кровоток в артерии пуповины, выраженные

признаки гипоксии плода по данным КТГ) показано досрочное родоразрешение путём операции КС. При II степени ЗРП показания к абдоминальному родоразрешению определяются состоянием плода и сопутствующей акушерской патологией. После рождения ребёнка с задержкой роста плода плаценту следует взвесить и внимательно осмотреть для выявления инфарктов, отложений фибрина, артериовенозных пороков, определения места прикрепления пуповины. Плаценту необходимо отправить в лабораторию патоморфологии для установления возможной причины задержки роста плода.

*ПРОФИЛАКТИКА  
ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО  
РАЗВИТИЯ ПЛОДА*

Предгравидарная подготовка  
и устранение факторов риска  
задержки роста плода.

## Использованные материалы:

Гагаев Ч.Г., Отарян К.К., Лебедева М.Г. Гестограмма по Данну с учетом половой принадлежности плода //Ультразвуковая и функциональная диагностика — 2002. — № 2. — С. 150–151.

Наумчик Б.И. Дифференцированный подход к диагностике, лечению и акушерской тактике у беременных с СЗРП: ближайшие и отдаленные результаты // Автореф. дисс... канд.мед. наук. — М., 2001.

Панина О.Б., Сичинава Л.Г., Клименко П.А. и др. Особенности гемодинамики в системе мать-плацента-плод в ранние сроки беременности в прогнозе