

Казахский Национальный Медицинский  
Университет имени С. Д. Асфендиярова

# ЗАДЕРЖКА РОСТА (ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ) ПЛОДА

Выполнила: Кунанбаева Г. К

ОМ 55-2

Проверила: Оразакова Н. Н

- 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.

# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА

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

# КЛАССИФИКАЦИЯ

- **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

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

# ПАТОГЕНЕЗ

- 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 (СИМПТОМЫ) И ДИАГНОСТИКА

- 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 задержки развития плода.

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

- 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 асимметричной форме задержки внутриутробного развития плода это отношение превышает гестационные нормы (при физиологическом развитии плода это отношение до 32 нед превышает 1,0; на 32–34 нед оно приближается к 1,0; после 34 нед — ниже 1,0).

# Определение степени ЗВУР

- При 1 степени отмечают отставание показателей фетометрии от нормативных на 2 нед, при II степени — на 3–4 нед, при III степени — более чем на 4 нед

Таблица 28-1. Факторы, характерные для различных форм задержки развития плода

Формы ЗРП	Факторы	
	симметричная	асимметричная
Начало проявлений	II триместр	III триместр
Фетометрия	пропорциональное отставание всех размеров	отставание только размеров живота
Нарушения плацентарного кровообращения	начиная с 20-й недели	после 30-й недели
Объём ОВ	маловодие или многоводие	маловодие или нормальное количество вод
Пороки развития	часто	редко
Пренатальная диагностика	в любом возрасте при отсутствии противопоказаний	индивидуально по сочетанным показаниям

# ЛЕЧЕНИЕ

- 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

- 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 (ЗАДЕРЖКА РАЗВИТИЯ ПЛОДА 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 кесарево сечение. При II степени задержки развития плода показания к абдоминальному родоразрешению определяются состоянием плода и сопутствующей акушерской патологией.

- ПРОФИЛАКТИКА ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Предгравидарная подготовка и устранение факторов риска задержки роста плода.

## ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТКИ

Основным средством для выявления задержки роста плода служит 3-кратное скрининговое УЗИ при беременности (в 12 и/или в 22 нед — для определения точного гестационного срока, а в 32 нед — для подтверждения соответствия размеров плода уже извест-ному сроку беременности). Подтвердить или исключить диагноз задержки роста плода можно с помощью измерения ВДМ и окружности живота во время регулярных визитов в женскую консультацию.

# ПРОГНОЗ

- Отмечается высокая частота гипоксии при беременности и асфиксии в родах, мекониальная аспирация. Задержка внутриутробного развития плода приводит к нарушению функционального созревания ЦНС, играющей основную координирующую и интегрирующую роль в процессах развития других органов и систем в антенатальном периоде. В раннем неонатальном периоде это приводит к нарушению становления тонических и рефлекторных реакций, а в последующей жизни у таких детей нередко наблюдаются неврологические нарушения от минимальных мозговых дисфункций до значительных психомоторных и соматических расстройств. Кроме того, новорожденные, родившиеся с гипотрофией, относятся к группе риска по развитию транзиторного гипотиреоза, реализации внутриутробной инфекции (вследствие относительного иммунодефицита)

# Литература

- Автор: Акушерство. Национальное руководство. Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой 2009г.