

УДК: 618.3-06

*Расулова Мафтуна Дилшодбек кизи*

*Нигматшаева Азиза Равшановна*

*Кафедра акушерства и гинекологии №2*

*Андижанский государственный медицинский институт*

## **ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ОГРАНИЧЕНИЯ РОСТА ПЛОДА**

**Резюме:** Здоровье человека закладывается в период антенатального развития и обуславливается рядом факторов. Задержка внутриутробного развития является фактором риска заболеваний центральной нервной, сердечно-сосудистой систем и болезнй обмена веществ.

Факторы, приводящие к дефициту массы тела при рождении, способны стойко изменять структуру тела, нарушать метаболическую стабильность, снижать уровень адаптационных возможностей организма, реализующихся через деятельность эндокринной, иммунной, нервной и сердечно-сосудистой систем.

**Ключевая слова:** рост плода, ограничения, факторы риска.

*Rasulova Maftuna Dilshodbek kizi*

*Nigmatshaev Aziza Ravshanovna*

*Department of Obstetrics and Gynecology No. 2*

*Andijan State Medical Institute*

## **RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF FETAL GROWTH RESTRICTION SYNDROME**

**Resume:** Human health is established during the period of antenatal development and is determined by a number of factors. Intrauterine growth retardation is a risk factor for diseases of the central nervous system, cardiovascular system and metabolic diseases. Factors leading to a body weight deficit at birth can persistently change the structure of the body, disrupt metabolic stability, and reduce the level of adaptive capabilities of the body,

realized through the activity of the endocrine, immune, nervous and cardiovascular systems.

**Keywords:** fetal growth, limitations, risk factors.

**Актуальность.** Своевременная диагностика и адекватная терапия различных осложнений течения беременности, нарушений внутриутробного развития плода, поиск рациональных методов ведения беременных и тактики родоразрешения становятся одной из ведущих тенденций современного акушерства и перинатологии, важным аспектом медико-социальной проблемы и привлекают внимание ученых всего мира.

По данным Всемирной организации здравоохранения, частота встречаемости у новорожденных признаков задержки внутриутробного роста колеблется от 6,5% в развитых странах Европы до 31,1% в Центральной Азии. В России частота встречаемости синдрома задержки роста плода (СЗРП) составляет от 2,4 до 17,0%[2,5]. СЗРП - имеет большой удельный вес в структуре причин перинатальной заболеваемости и смертности, а репродуктивные потери и затраты на комплексное лечение детей с СЗРП причиняют значительный социальный и экономический ущерб. Кроме того, в структуре перинатальных потерь около 20% составляют нераспознанные случаи СЗРП[7].

СЗРП — нередко встречается у недоношенных детей: у 23% детей с очень низкой массой тела и у 38% - с экстремально низкой массой тела. У недоношенных с СЗРП в раннем неонатальном периоде часто встречаются респираторный дистресс-синдром, сепсис, бронхолегочная дисплазия, внутрижелудочковые кровоизлияния[1]. В дальнейшем у 60% детей отмечается отставание в физическом развитии, его дисгармоничность — в 80%, задержка темпов психомоторного развития в 42%. Стойкие тяжелые поражения ЦНС, такие как детский церебральный паралич, прогрессирующая гидроцефалия, олигофрения отмечаются у 12% детей[6].

Одним из важнейших параметров, определяющих степень нарушений функции ЦНС и паренхиматозных органов, является степень тяжести СЗРП. Есть доказательства отсроченного риска развития сердечно-сосудистой патологии, ассоциированной с малой массой тела при рождении.

Таким образом, длительное воздействие неблагоприятных факторов создает в конечном итоге суммарное нарушение общего развития и изменение качества всей последующей жизни. Большинство исследователей связывают СЗРП с плацентарной недостаточностью, частота которой при экстрагенитальной патологии матери достигает 80-90%. К наиболее значимым факторам риска развития СЗРП относят артериальную гипертензию матери, системные заболевания соединительной ткани, пороки сердца с нарушением кровообращения, острые инфекционные заболевания при беременности.

Все перечисленные заболевания у беременных почти всегда сопровождаются возникновением гиперкоагуляции, а в ряде случаев - и тромбофилией. Кроме того, в настоящее время диагностируются случаи врожденной и приобретенной тромбофилии без тяжелой экстрагенитальной патологии[3].

В литературе появились сведения о связи тромбофилии с развитием СЗРП. Авторы считают, что СЗРП значительно чаще развивается у беременных имеющих генетическую патологию системы гемостаза (Лейденовскую мутацию, мутации в гене протромбина, фермента метилентетрагидрофолатредуктазы, мутации гена антитромбина III, других антикоагулянтов, компонентов фибринолитического звена гемостаза) и/или антифосфолипидный синдром[4].

Одним из вариантов приобретенной тромбофилии является гипергомоцистеинемия, которая может быть и врожденной. Вместе с тем,

есть мнение, что различные тромбофилии не приводят к увеличению частоты СЗРП.

Таким образом, до настоящего времени значение тромбофилии в развитии синдрома задержки роста плода изучено недостаточно, не выработана единая позиция в отношении значимости определения показателей коагулофаммы при беременности. Нужны новые проспективные исследования матерей и новорожденных с СЗРП.

**Цель исследования:** изучить факторы риска и исходы беременности у женщин с синдромом задержки роста плода.

**Материал и методы исследования:** под наблюдением находились 66 женщин, у которых во время беременности диагностирована задержка роста плода.

**Результаты исследования.** Проведенный анализ показал, что первородящие составили 62,1% случаев, из них 22,7% женщин были повторнобеременные. Из вредных привычек в 6% случаев отмечено табакокурение. Из перенесенных гинекологических заболеваний в анамнезе у пациенток с ЗРП в 13,7% случаев выявлены воспалительные заболевания органов малого таза, инфекции передаваемые половым путем (ИППП) в 19,7% случаев, кандидозный вульвовагинит в 19,7%, эктопия шейки матки имела место у 21,2%, в 3% случаев отмечено бесплодие и у 1,5% наблюдаемых женщин встретился синдром поликистозных яичников. Среди соматической патологии в 16,7% случаев выявлена хроническая герпетическая инфекция, вегето-сосудистая дистония отмечена у 12,2% женщин.

В течении первой половины беременности угроза прерывания была выявлена у 63% пациенток с ЗРП, инфекции передаваемые половым путем были диагностированы в 33% случаев, в 13% случаев встретился кандидозный вагинит. Во второй половине беременности в 22% случаев были угрожающие преждевременные роды, в 32% случаев во время

беременности пациентки перенесли ОРВИ, в 19% случаев беременность осложнилась преэклампсией, в 7% случаев многоводие.

Диагностирована ЗРП у 11,8% беременных с 20 до 31 недели гестации, из них в 7,6% случаев во время 2-го УЗИ скрининга, у 46,5% человек в сроке после 32 недель гестации, в 21,2% случаев во время 3-го УЗИ скрининга. У 31,8% беременных ЗРП была диагностирована после рождения.

Симметричная форма ЗРП была выявлена у 52,2% беременных, у остальных ассиметричная форма. ЗРП 1-й степени имела место у 82,5% женщин, 2-й степени – у 12,5% и в 5% случаев 3-й степени.

Все беременные получали этиотропную терапию.

Срочные роды произошли у 77,2% женщин, преждевременные роды составили 19,8% случаев, в 1 случае роды были запоздалые. Операцией кесарева сечения завершили роды у 18,1% женщин, в одном случае была выполнена вакуум-экстракция плода. В 3% случаев беременность была двойней.

Все дети родились живыми, без асфиксии. В 42,4% случаев без признаков ЗРП.

**Вывод.** По результатам нашего исследования половина беременных с синдромом ЗРП была в возрасте от 26 до 35 лет. В 62,1% случаев ЗРП встретилась у первородящих. Высока частота в анамнезе перенесенных гинекологических заболеваний воспалительного генеза.

Основными этиологическими факторами во время беременности были угроза прерывания беременности (угроза выкидыша в 63% случаев, угрожающие преждевременные роды в 22% случаев), инфекционные заболевания (ИППП в 33% случаев и ОРВИ – в 32%) и преэклампсия в 19% случаев.

Таким образом, своевременная диагностика и лечение осложнений беременности позволили избежать неблагоприятных исходов и перинатальных потерь у беременных с синдромом задержки роста плода.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Акушерство и гинекология: клинические рекомендации / под ред. Г. М. Савельевой – М., 2008. – Вып. 3 – 506 с.

2. Акушерство: национальное руководство / под ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1200 с. (Серия «Национальные руководства»).

3. Бушуева Э. В. Мониторинг физического развития детей раннего возраста в зависимости от массы тела при рождении / Э.В. Бушуева, Л. И. Герасимова, Т. Г. Денисова // Общественное здоровье и здравоохранение. – Казань. – 2010. – № 1. – С. 40–43.

4. К вопросу о курабельности синдрома задержки роста плода / З. С. Крымшохалова [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2008. – Т. 8. – № 3. – С. 59–61.

5. Мониторинг факторов риска рождения детей с синдромом задержки внутриутробного развития / Т. Н. Сидорова [и др.] // Общественное здоровье и здравоохранение. – Казань. – 2010. – № 2. – С. 73–74.

6. Оразмурадов А. А. Плацентарная недостаточность: реалии и перспективы: информационное письмо / А. А. Оразмурадов, С. В. Апресян. – М., 2009. – 32 с.

7. Педиатрия: национальное руководство / под ред. А. А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1024 с.