

**А.Н. Стрижаков  
И.В. Игнатко  
Е.В. Тимохина  
Л.Д. Белоцерковцева**

# **Синдром задержки роста плода**

**Патогенез  
Диагностика  
Лечение  
Акушерская  
тактика**

**Москва**



**ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
«ГЭОТАР-Медиа»**

**2013**

# Глава 1

---

## Современные представления об этиологии и патогенезе синдрома задержки роста плода

ПН и СЗРП сопровождают практически все осложнения беременности. По данным литературы, частота этих патологий при привычном невынашивании колеблется от 50 до 77%, при гестозах этот показатель достигает 66,3%, при экстрагенитальной патологии — 24–45%, при вирусной и бактериальной инфекции — 50–60% (Сидорова И.С., Макаров И.О., 2000, 2003; Стрижаков А.Н. и др., 2004). Степень и особенности влияния патологических факторов и состояния беременной на плаценту и плод зависят не только от срока гестации, но и от сохранности компенсаторно-приспособительных механизмов в фетоплацентарной системе.

Исходом ПН для плода являются СЗРП, внутриутробная гипоксия или гибель. У детей с СЗРП уже в раннем возрасте наблюдаются особенности клинических проявлений патологии нервной системы, характеризующиеся более частым сочетанием нескольких неврологических синдромов, рано появляющимся и длительно сохраняющимся синдромом двигательных нарушений.

Впервые понятие о ПН появилось в современном акушерстве в 1973 г. благодаря I Международному симпозиуму, посвященному этой проблеме. Частота ПН достаточно велика и выявляется у 3–4% здоровых женщин с неосложненным течением беременности, а при различной патологии ее частота колеблется от 24 до 86% и имеет четкую тенденцию к росту (Курцер М.А., 1999).

Плацентарная недостаточность — клинический синдром, обусловленный морфофункциональными изменениями в плаценте и нарушениями компенсаторно-приспособительных механизмов, обеспечивающих функциональную полноценность органа. ПН представляет собой результат сложной реакции плода и плаценты на различные патологические состояния материнского организма и проявляется в комплексе нарушений транспортной, трофической, эндокринной и метаболической функций плаценты, лежащих в основе патологии плода и новорожденного (Стрижаков А.Н. и др., 2000).

Чрезвычайно важным является изучение ранних признаков ПН, а также определение групп риска в отношении ее развития. В связи с этим выделяют факторы риска развития СЗРП. Группу низкого риска составляют соматически здоровые женщины от 18–20 до 30 лет с неосложненным акушерско-гинекологическим анамнезом. К группе высокого риска относятся женщины в возрасте до 18–20 и старше 30 лет, с экстрагенитальными заболеваниями (болезни сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной, иммунной систем, органов дыхания, печени, почек, крови), наличием очагов инфекции, гинекологическими заболеваниями

(воспаление матки и придатков, миома матки, эндометриоз, аномалии развития матки), имеющиеотягощенный акушерско-гинекологический анамнез (бесплодие, невынашивание, преждевременные роды, перенашивание и др.), осложнения настоящей беременности (многоплодная беременность, тазовое предлежание плода, аномальное расположение плаценты, гестоз и др.) (Игнатко И.В., 2005; Коколина В.Ф. и др., 2006; Савельева Г.М., Кулаков В.И., Стрижаков А.Н., 2000; Сидорова И.С., 2000, Стрижаков А.Н. и др., 2000).

Ведущую роль в развитии СЗРП занимают гестозы (Стрижаков А.Н. и др., 1988; Савельева Г.М., 1989; Кирюшенков А.П., 1989; Сидорова И.С., 1996; Макацария А.Д., 1997; Шалина Р.И., 1998; Redman C.W., Sargent I.L., 2005). Несмотря на успехи современного акушерства и перинатологии, частота гестозов в России составляет 16,6% (Серов В.Н., 1997; Кулаков В.И., 1998; Мурашко Л.Е., 1996) и не имеет тенденции к снижению. Характерным является наличие сочетанных форм гестоза на фоне экстрагенитальной патологии. Общность начальных звеньев патогенеза гестоза и ПН, обусловленная нарушениями становления на ранних этапах функциональной системы мать—плацента—плод, приводит к декомпенсации состояния не только матери, но и плода (Игнатко И.В., 2005; Мусаев З.М. и др., 2006; Рыбин М.В., 2007; Стрижаков А.Н. и др., 2007; Buhimschi C.S. et al., 2005). Плацентарная недостаточность при гестозе развивается в 30,6–51,5% наблюдений, внутриутробная задержка роста плода — в 22,7–43,9%, гипоксия плода — в 28–51,5% наблюдений (Maynard S.E. et al., 2003). В последние годы отмечается преобладание гестозов со стертой клинической картиной, при которых частота плацентарной недостаточности и СЗРП составляет 40–50% (Шалина Р.И., 1995; Стрижаков А.Н., Мусаев З.М., 1998; Simmons L.A., Hennessy A. et al., 2000). На фоне гестоза ПН развивается не только при наличии классической триады симптомов данной патологии, но даже при