УДК:618.398:618.4-089.163-616-007.15

# ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ И ОПТИМИЗАЦИЯ АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

**Исмоилова М.З.**
**Ташкентский государственный медицинский университет**

Проблема перенашивания беременности сохраняет особую значимость для современного акушерства, поскольку данное состояние сопровождается повышенной вероятностью осложнённого течения родов, увеличением частоты оперативного родоразрешения и неблагоприятных перинатальных исходов [5]. Формирование современных представлений о переношенной беременности происходило постепенно. Одним из первых этапов изучения этого состояния стали работы H. Runge, опубликованные в 1902 году, в которых были описаны морфофункциональные особенности новорождённых с признаками переношенности и перезрелости. Совокупность выявленных изменений позднее была объединена в понятие синдрома Белентайна–Рунге.

Значительный вклад в дальнейшее развитие учения о перенашивании беременности внёс S. Clifford, систематизировавший клинические проявления различных степеней переношенности плода и изменения, возникающие при нарушении функциональной активности плаценты. С развитием перинатологии, совершенствованием методов оценки состояния плода и расширением знаний о плацентарной функции трактовка данного состояния существенно изменилась [4].

Современная концепция предусматривает разграничение истинного биологического перенашивания и физиологического увеличения продолжительности гестации. В первом случае речь идёт о беременности, при которой длительное пребывание плода в матке сопровождается признаками его перезрелости и нарушением плацентарной функции. Во втором случае имеет место хронологическое пролонгирование гестационного периода, которое может быть связано с индивидуальными особенностями продолжительности беременности и обеспечивать дальнейшее внутриутробное созревание плода [3].

В большинстве европейских стран беременность, продолжающаяся более 42 недель, расценивается как переношенная. Окончательная верификация данного состояния в ряде случаев проводится после рождения ребёнка на основании выявления признаков переношенности при совместной оценке акушером и неонатологом[1].

С учётом современных представлений о механизмах формирования и регуляции сократительной активности матки перенашивание беременности рассматривается как результат сложного взаимодействия различных факторов. В этой многоуровневой системе важная роль принадлежит центральной нервной системе, матке, плаценте и плоду.

По данным различных авторов, частота переношенной беременности колеблется от 1,5 до 14 %, составляя в среднем около 8 %.

Развитие перенашивания сопровождается увеличением частоты акушерских осложнений во время родов и повышением риска рождения новорождённых с различной степенью нарушения адаптации. Для матери возрастает вероятность патологического течения родов. Наиболее часто наблюдаются нарушения сократительной деятельности матки, затяжные и обструктивные роды, а также дистресс плода[2].

**Цель исследования**

Разработать комплекс диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у беременных с перенашиванием для совершенствования тактики наблюдения в дородовом периоде и оптимизации ведения родов.

**Материалы и методы исследования**

Исследование планируется проводить на базе Бухарского перинатального центра, а также в женских консультациях города Бухары совместно с кафедрой акушерства и гинекологии № 2 Бухарского государственного медицинского института.

Для оценки основных показателей адаптационных гормонов, микроэлементного состава и оптической плотности сыворотки крови предполагается исследование образцов сыворотки беременных женщин.

В комплекс функциональных методов диагностики будут включены ультразвуковое исследование, ультразвуковая допплерография и эхо-эластографическая оценка тканей.

**Результаты исследования**

С современных позиций одним из наиболее целесообразных подходов к родоразрешению при переношенной беременности является использование препаратов, способствующих подготовке шейки матки и инициированию родовой деятельности, в частности антигестагенов, таких как мифепристон, и простагландинов, включая динопростон в форме геля.

В отличие от простагландиновых препаратов, мифепристон в определённых клинических ситуациях может использоваться для подготовки родовых путей при наличии бактериального вагинита или цервицита. По данным опубликованных исследований, эффективность данного метода составляет приблизительно 74–78 %.

В то же время результаты ряда исследований свидетельствуют о том, что применение мифепристона у беременных с исходно незрелыми родовыми путями не во всех случаях обеспечивает необходимый клинический эффект и может обусловливать необходимость последующего назначения простагландинов.

По мнению ряда исследователей, оптимальным сроком беременности для проведения преиндукции мифепристоном является период около 40 недель и 4–5 дней. При отсутствии достаточного эффекта продолжение подготовки родовых путей может быть оправдано в отдельных клинических ситуациях. При сохранении неэффективности преиндукции вопрос об оперативном родоразрешении должен решаться с учётом состояния матери, плода и степени зрелости родовых путей.

В связи с этим особую актуальность приобретает разработка новых, более эффективных схем применения мифепристона в комбинации с другими лекарственными средствами, направленных на достижение оптимальной степени зрелости шейки матки в максимально короткие сроки при минимальном риске для матери и плода.

Для выбора оптимального метода индукции родов и объективной оценки структурной характеристики шейки матки перспективным методом является эластография, позволяющая получать количественную и качественную информацию о свойствах тканей с использованием современных ультразвуковых аппаратов.

Таким образом, анализ современных литературных источников свидетельствует о том, что специфических патогномоничных признаков переношенного плода не существует. Диагноз формируется на основании совокупности клинических, инструментальных и функциональных признаков, характеризующих степень переношенности и состояние фетоплацентарной системы.

**Выводы**

Таким образом, важное значение имеет дальнейшее изучение хроно-физиологических механизмов своевременного запуска родовой деятельности и факторов, способствующих пролонгированию беременности.

К потенциально значимым факторам могут относиться нарушения обмена микроэлементов, изменения гормональной активности плаценты, особенности кровообращения в маточно-плацентарной и плодовой системах, а также их взаимосвязь с показателями системы гемостаза и степенью зрелости шейки матки.

**Список литературы**

1 **Сидорова И.С., Макаров И.О., Никитина Н.А.** Переношенная беременность: современные подходы к прогнозированию и ведению // *Акушерство и гинекология*. — 2021. — № 6. — С. 15–22.

2 **Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А.** Современные аспекты диагностики и тактики ведения переношенной беременности // *Российский вестник акушера-гинеколога*. — 2020. — Т. 20, № 4. — С. 45–51.

3 **Радзинский В.Е., Костин И.Н., Костин О.А.** Переношенная беременность: прогнозирование, профилактика осложнений и выбор акушерской тактики // *Акушерство и гинекология*. — 2019. — № 10. — С. 5–12.

4 **Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е.** Акушерство: национальное руководство. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. — 1088 с.

5 **Сухих Г.Т., Ванько Л.В., Кан Н.Е.** Современные подходы к ведению беременности поздних сроков и индукции родов // *Акушерство и гинекология*. — 2022. — № 8. — С. 20–28.

1. **Исмоилова Мавлюда**
2. dr.mavludazubaydovna@mail.ru
3.ORCID https://orcid.org/0009-0007-0329-5288