



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(21)(22) Заявка: 2014145049/14, 06.11.2014

(24) Дата начала отсчета срока действия патента:
06.11.2014

Приоритет(ы):

(22) Дата подачи заявки: 06.11.2014

(45) Опубликовано: 20.10.2015 Бюл. № 29

(56) Список документов, цитированных в отчете о поиске: ЧЕРНУХА Е.А. и др. Анатомически и клинически узкий таз. М., Триада-Х, 2005, с. 119 . RU 2012218 C1 15.05.1994 . SU 1680101 A1 30.09.1991 . RU 2138200 C1 27.09.1999 . КРАМАРСКИЙ В.А. Ультразвуковая пельвиометрия в прогнозировании родов при клинически узком тазе. Автореф. дис. канд. мед. наук. Иваново, 1995 с. 21 . STEER С.М. Evaluation of the pelvis in obstetrics. 4-d: Plenum Press., 1975 p.591

Адрес для переписки:

672090, г. Чита, ул. Горького, 39а, ГБОУ ВПО
Читинская государственная медицинская
академии, патентный отдел

(72) Автор(ы):

Мочалова Марина Николаевна (RU),
Пономарева Юлия Николаевна (RU),
Мудров Виктор Андреевич (RU),
Казанцева Елена Викторовна (RU),
Ахметова Елена Сергеевна (RU),
Прокопьев Михаил Владимирович (RU)

(73) Патентообладатель(и):

Государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
профессионального образования Читинская
государственная медицинская академия
Министерства здравоохранения РФ (RU)

(54) СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО НЕСООТВЕТСТВИЯ ПРИ РОДАХ КРУПНЫМ ПЛОДОМ

(57) Реферат:

Изобретение относится к медицине, а именно к акушерству, и может быть использовано для прогнозирования клинического несоответствия при родах крупным плодом. Накануне родов определяют срок беременности. С помощью ультразвукового исследования определяют лобно-затылочный размер головки плода, большой поперечный размер головки плода, угол разгибания головки между позвоночником и затылочной костью плода, прямые и поперечные размеры плоскостей малого таза. Рассчитывают коэффициент плодово-тазовой диспропорции N по формуле:

$$N = \frac{0,1CG \times (БПР + ЛЗР \times \frac{(180^\circ - УРГ)}{100^\circ} \times \frac{(220^\circ - УРГ)}{100^\circ})}{(FDEr + TDEr + FDWP + TDWP + FDNP + TDNP + FDEx + TDEx)}$$

где ЛЗР - лобно-затылочный размер головки

плода, БПР - большой поперечный размер головки, УРГ - угол разгибания головки между позвоночником и затылочной костью плода, СГ - срок беременности, FDEr - прямой размер плоскости входа, TDEr - поперечный размер плоскости входа, FDWP - прямой размер широкой части, TDWP - поперечный размер широкой части, FDNP - прямой размер узкой части, TDNP - поперечный размер узкой части, FDEx - прямой размер плоскости выхода, TDEx - поперечный размер плоскости выхода малого таза. При коэффициенте плодово-тазовой диспропорции N, равном 1,0 и более, прогнозируют клиническое несоответствие. Способ позволяет повысить точность прогнозирования клинического несоответствия при родах крупным плодом за

счет учета срока гестации, а также за счет использования значимых ультразвуковых

признаков указанной патологии. 1 табл., 4 пр.

R U 2 5 6 5 6 5 5 C 1

R U 2 5 6 5 6 5 5 C 1



FEDERAL SERVICE
FOR INTELLECTUAL PROPERTY

(12) **ABSTRACT OF INVENTION**(21)(22) Application: **2014145049/14, 06.11.2014**(24) Effective date for property rights:
06.11.2014

Priority:

(22) Date of filing: **06.11.2014**(45) Date of publication: **20.10.2015** Bull. № 29

Mail address:

**672090, g. Chita, ul. Gor'kogo, 39a, GBOU VPO
Chitinskaja gosudarstvennaja meditsinskaja
akademii, patentnyj otdel**

(72) Inventor(s):

**Mochalova Marina Nikolaevna (RU),
Ponomareva Julija Nikolaevna (RU),
Mudrov Viktor Andreevich (RU),
Kazantseva Elena Viktorovna (RU),
Akhmetova Elena Sergeevna (RU),
Prokop'ev Mikhail Vladimirovich (RU)**

(73) Proprietor(s):

**Gosudarstvennoe bjudzhetnoe obrazovatel'noe
uchrezhdenie vysshego professional'nogo
obrazovaniya Chitinskaja gosudarstvennaja
meditsinskaja akademija Ministerstva
zdravookhraneniya RF (RU)**

(54) **METHOD FOR PREDICTION OF CLINICAL DISPROPORTION IN DELIVERY OF MACROSOMIC INFANTS**

(57) Abstract:

FIELD: medicine.

SUBSTANCE: gestational age is determined just before the delivery. An ultrasound examination is conducted to measure a foetus's occipitofrontal head circumference, major transverse head diameter, head extension angle between the spine and the occipital lobe, conjugate and transverse diameter of the pelvic inlet. A cephalopelvic disproportion coefficient N is calculated by formula:

$$N = \frac{0,1GA \cdot (MTD + OFC \cdot \frac{(180^\circ - HEA)}{100^\circ}) \cdot \frac{(220^\circ - HEA)}{100^\circ}}{(FDEr + TDEr + FDWP + TDWP + FDNP + TDNP + FDEx + TDEx)}$$

wherein OFC is the foetus's occipitofrontal head circumference, MTD is the major transverse head diameter, HEA is the head extension angle between the spine and the occipital lobe, GA is the gestational age, FDEr is the conjugate diameter of the pelvic inlet, TDEr

is the transverse diameter of the pelvic inlet, FDWP is the conjugate diameter of the pelvic plane of the greatest dimensions, TDWP is the transverse diameter of the pelvic plane of the greatest dimensions, FDNP is the conjugate diameter of the pelvic plane of the least dimensions, TDNP is the transverse diameter of the pelvic plane of the least dimensions, FDEx is the conjugate diameter of the pelvic outlet, TDEx is the transverse diameter of the pelvic outlet. If the cephalopelvic disproportion coefficient N is 1.0 and more, clinical disproportion is predicted.

EFFECT: method enables providing the more accurate prediction of the clinical disproportion in the delivery of a macrosomic infant by taking into account the gestational age, as well as by using the considerable ultrasonic signs of the above pathology.

1 tbl, 4 ex

Изобретение относится к области медицины, а именно к акушерству, и может быть использовано для прогнозирования клинического несоответствия при родах крупным плодом.

Рациональное ведение родов у беременных с крупным плодом относится к наиболее трудным разделам практического акушерства, поскольку клиническое несоответствие остается ведущей из причин родового травматизма матери и плода, а также перинатальной смертности и детской инвалидизации [2]. Распространенность клинически узкого таза составляет 1,3-1,7%, что связано с увеличением частоты родов крупным плодом, а также появлением "стертых" форм анатомически узкого таза [3]. Истинная частота клинически узкого таза значительно выше, поскольку данное осложнение выносится в диагноз лишь при наличии значительных степеней несоответствия размеров головки плода и таза матери, что требует оперативного родоразрешения. При I степени клинического несоответствия родоразрешение через естественные родовые пути возможно. Однако, в подобном случае непосредственное повреждающее действие на плод оказывают два фактора: механический, обусловленный препятствием со стороны таза матери, и интранатальная гипоксия, связанная с локальными и системными нарушениями кровообращения [1]. На первый план в условиях современного родовспоможения выступают гипоксические повреждения, возникающие вследствие локального нарушения мозговой гемодинамики, обусловленные характером и степенью конфигурации плода [8]. Чрезмерно выраженная конфигурация головки плода приводит к сдавлению основного венозного коллектора головного мозга - сагиттального синуса и венозных стволов полушарий мозга [3]. Это сопровождается затруднением или блокадой венозного оттока, прогрессирующей внутричерепной гипертензией, гипоксией и ишемией мозга [2]. Таким образом, прогнозирование клинического несоответствия при родах крупным плодом определяет вероятность не только родового травматизма, но и интранатального повреждения центральной нервной системы плода [9].

Известен способ прогнозирования клинического несоответствия, предложенный В.А. Крамарским [4], согласно которому с целью прогнозирования возможной диспропорции между тазом матери и головкой плода определяют пельвиокраниальный индекс, вычисляемый как отношение бипариетального размера головки плода к половине суммы прямых размеров широкой части полости малого таза и выхода. При значениях индекса менее 0,8 прогноз родов благоприятный, при 0,8-0,83 - пограничный, более 0,83 - имеется высокая вероятность функциональной неполноценности таза. Способ имеет следующие недостатки: недостаточная точность способа за счет того, что учитываются только прямые размеры двух плоскостей малого таза, не учитываются другие размеры головки и степень сгибания, срок гестации.

Известен способ прогнозирования клинического несоответствия, предложенный Ch.M. Steer [11], согласно которому определяют диаграмму диспропорции, основанную на данных рентгенопельвиометрии и УЗИ. Степень несоответствия выражается как разность между диаметром круга, который соответствует плоскости таза, и диаметром головки плода. Способ имеет следующие недостатки: недостаточная точность способа за счет использования диагностики методами с различной инструментальной погрешностью, отсутствия учета срока гестации.

Известен способ прогнозирования диспропорции между тазом матери и головкой плода, предложенный Е.А. Чернухой и соавторами [7], взятый в качестве прототипа, заключающийся в том, что накануне родов методом рентгенопельвиометрии определяют отношение площадей плоскостей малого таза к площади сечения сегмента вставления головки плода (входа - K_1 широкой части полости - K_2 , узкой части полости - K_3 , выхода

- К₄). При значениях К₁<1,29, К₂<1,32, К₃<0,66, К₄<0,85 прогнозируют клинически узкий таз.

Однако способ имеет следующие недостатки:

Недостаточная точность способа за счет отсутствия учета срока гестации, так как с увеличением срока гестации постепенно уменьшается способность конфигурации головки плода [5].

Для повышения точности способа прогнозирования клинического несоответствия при родах крупным плодом накануне родов определяют срок беременности, выполняют ультразвуковое исследование плода [9], которое включает следующие фетометрические показатели: лобно-затылочный размер между надпереносьем и затылочным бугром головки плода на уровне зрительных бугров, большой поперечный размер головки плода между наиболее отдаленными точками теменных бугров, угол разгибания головки между позвоночником и затылочной костью плода, путем ультразвуковой пельвиометрии определяют прямой размер плоскости входа от мыса крестца до верхневнутренней поверхности симфиза, прямой размер плоскости широкой части полости малого таза от сочленения позвонков S2 и S3 до середины внутренней поверхности симфиза, прямой размер плоскости узкой части полости малого таза от вершины крестца до нижнего края симфиза, прямой размер плоскости выхода малого таза, поперечный размер плоскости входа между наиболее отдаленными точками безымянных линий тазовых костей, поперечный размер плоскости широкой части между тонкими пластинками вертлужных впадин, поперечный размер узкой части между вершинами седалищных костей, поперечный размер плоскости выхода малого таза между седалищами буграми, рассчитывают коэффициент плодово-тазовой диспропорции N по формуле:

$$N = \frac{0,1СГ \times (БПР + ЛЗР \times \frac{(180^\circ - УРГ)}{100^\circ} \times \frac{(220^\circ - УРГ)}{100^\circ})}{(FDEr + TDEr + FDWP + TDWP + FDNP + TDNP + FDEx + TDEx)}, \text{ где ЛЗР -}$$

лобно-затылочный размер головки плода, БПР - большой поперечный размер головки, УРГ - угол разгибания головки между позвоночником и затылочной костью плода, СГ - срок беременности, FDEr - прямой размер плоскости входа, TDEr - поперечный размер плоскости входа, FDWP - прямой размер широкой части, TDWP - поперечный размер широкой части, FDNP - прямой размер узкой части, TDNP - поперечный размер узкой части, FDEx - прямой размер плоскости выхода, TDEx - поперечный размер плоскости выхода малого таза, и при коэффициенте плодово-тазовой диспропорции N, равном 1,0 и более, прогнозируют клиническое несоответствие.

Выбор ультразвуковых критериев для оценки проведен на основании анализа значимости ультразвуковых признаков в возникновении клинического несоответствия при родах крупным плодом по данным построения математической модели [6], основанной на методах регрессионного анализа [10].

Способ осуществляют следующим образом: при поступлении беременной на родовую госпитализацию в стационар определяют срок беременности, проводят ультразвуковое исследование плода, определяют лобно-затылочный размер между надпереносьем и затылочным бугром головки плода на уровне зрительных бугров, большой поперечный размер головки плода - между наиболее отдаленными точками теменных бугров, угол разгибания головки между позвоночником и затылочной костью плода, путем ультразвуковой пельвиометрии определяют прямой размер плоскости входа от мыса крестца до верхневнутренней поверхности симфиза, прямой размер

плоскости широкой части полости малого таза от сочленения позвонков S2 и S3 до середины внутренней поверхности симфиза, прямой размер плоскости узкой части полости малого таза от вершины крестца до нижнего края симфиза, прямой размер плоскости выхода малого таза, поперечный размер плоскости входа между наиболее
5 отдаленными точками безымянных линий тазовых костей, поперечный размер плоскости широкой части между тонкими пластинками вертлужных впадин, поперечный размер узкой части между вершинами седалищных костей, поперечный размер плоскости выхода малого таза между седалищными буграми, рассчитывают коэффициент плодово-тазовой диспропорции N по формуле:

$$10 \quad N = \frac{0,1CG \times (БПР + ЛЗР \times \frac{(180^\circ - УРГ)}{100^\circ} \times \frac{(220^\circ - УРГ)}{100^\circ})}{(FDEr + TDEr + FDWP + TDWP + FDNP + TDNP + FDEx + TDEx)}, \text{ где ЛЗР - лобно-}$$

затылочный размер головки плода, БПР - большой поперечный размер головки, УРГ
15 - угол разгибания головки между позвоночником и затылочной костью плода, СГ - срок беременности, FDEr - прямой размер плоскости входа, TDEr - поперечный размер плоскости входа, FDWP - прямой размер широкой части, TDWP - поперечный размер широкой части, FDNP - прямой размер узкой части, TDNP - поперечный размер узкой части, FDEx - прямой размер плоскости выхода, TDEx - поперечный размер плоскости
20 выхода малого таза, и при коэффициенте плодово-тазовой диспропорции N, равном 1,0 и более, прогнозируют клиническое несоответствие.

Пример 1. Беременная Н., 29 лет, повторнородящая, поступила 12.07.14 г. в отделение патологии беременности с диагнозом:

Беременность 41 неделя. Отягощенный акушерский анамнез (ОАА). Хроническая
25 плацентарная недостаточность, субкомпенсированная форма. Хроническая внутриутробная гипоксия плода. Крупный плод. Нейроциркуляторная дистония (НЦД) по смешанному типу. Н0. Гестационная анемия легкой степени. Бактериальный вагиноз.

Беременной при поступлении в стационар определен срок беременности = 41 неделя, проведено ультразвуковое исследование, определены следующие фетометрические
30 показатели: лобно-затылочный размер = 12,5 см, большой поперечный размер головки плода = 10 см, угол разгибания головки между позвоночником и затылочной костью плода = 110°, путем ультразвуковой пельвиометрии определены: прямой размер плоскости входа = 11,0 см, прямой размер плоскости широкой части полости малого таза = 12,5 см, прямой размер плоскости узкой части полости малого таза = 11,0 см,
35 прямой размер плоскости выхода малого таза = 9,5 см, поперечный размер плоскости входа = 13,5 см, поперечный размер плоскости широкой части = 12,5 см, поперечный размер узкой части = 10,5 см, поперечный размер плоскости выхода малого таза между = 11,0 см, рассчитан коэффициент плодово-тазовой диспропорции N по формуле:

$$40 \quad N = \frac{0,1CG \times (БПР + ЛЗР \times \frac{(180^\circ - УРГ)}{100^\circ} \times \frac{(220^\circ - УРГ)}{100^\circ})}{(FDEr + TDEr + FDWP + TDWP + FDNP + TDNP + FDEx + TDEx)} =$$

$$45 \quad = \frac{0,1 \times 41 \times (10 + 12,5 \times \frac{(180^\circ - 110^\circ)}{100^\circ} \times \frac{(220^\circ - 110^\circ)}{100^\circ})}{(11,0 + 13,5 + 12,5 + 12,5 + 11,0 + 10,5 + 9,5 + 11,0)} = 0,88$$

Коэффициент плодово-тазовой диспропорции N менее 1,0.

Заключение: Клиническое несоответствие не прогнозируется.

13.07.14 г. через естественные родовые пути родился мальчик, без травм и уродств, весом 4090 г, ростом 52 см, с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов.

Диагноз заключительный:

Роды в срок (в 41 неделю беременности) крупным плодом. ОАА. Хроническая плацентарная недостаточность, субкомпенсированная форма. Хроническая внутриутробная гипоксия плода. Крупный плод. НЦД по смешанному типу. Н0. Гестационная анемия легкой степени. Бактериальный вагиноз.

Плоский плодный пузырь.

Амниотомия.

Пример 2. Беременная Ч., 25 лет, первородящая, поступила 26.06.14 г. в отделение патологии беременности с диагнозом:

Отеки беременной на сроке гестации 39-40 недель. Крупный плод. Гестационный пиелонефрит, в стадии латентного воспаления. Гестационный сахарный диабет, целевой уровень HbA1c менее 6%. Алиментарно-конституциональное ожирение I степени. Гипертоническая болезнь I стадии, 1 степени, риск 2. XCH₀.

Беременной при поступлении в стационар определен срок беременности = 39-40 недель, проведено ультразвуковое исследование, определены следующие фетометрические показатели: лобно-затылочный размер = 13,0 см, большой поперечный размер головки плода = 10,5 см, угол разгибания головки между позвоночником и затылочной костью плода = 100°, путем ультразвуковой пельвиометрии определены: прямой размер плоскости входа = 10,5 см, прямой размер плоскости широкой части полости малого таза = 11,8 см, прямой размер плоскости узкой части полости малого таза = 10,6 см, прямой размер плоскости выхода малого таза = 8,5 см, поперечный размер плоскости входа = 12,9 см, поперечный размер плоскости широкой части = 12,2 см, поперечный размер узкой части = 10,1 см, поперечный размер плоскости выхода малого таза между = 10,0 см, рассчитан коэффициент плодово-тазовой диспропорции N по формуле:

$$N = \frac{0,1CG \times (БПР + ЛЗР \times \frac{(180^0 - УРГ)}{100^0} \times \frac{(220^0 - УРГ)}{100^0})}{(FDEr + TDEr + FDWP + TDWP + FDNP + TDNP + FDEx + TDEx)}$$

$$= \frac{0,1 \times 40 \times (10,5 + 13,0 \times \frac{(180^0 - 100^0)}{100^0} \times \frac{(220^0 - 100^0)}{100^0})}{(10,5 + 12,9 + 11,8 + 12,2 + 10,6 + 10,1 + 8,5 + 10,0)} = 1,06$$

Коэффициент плодово-тазовой диспропорции N более 1,0.

Заключение: Клиническое несоответствие прогнозируется.

29.06.14 г. женщина вступила в роды, при раскрытии маточного зева 8,0 см диагностирован клинический узкий таз, решено родоразрешить женщину путем операции кесарево сечение.

29.06.14 г. путем операции кесарево сечение родился мальчик, без травм и уродств, весом 4300 г, ростом 54 см, с оценкой по шкале Апгар 7-8 баллов.

Диагноз заключительный:

Оперативные роды в срок (в 40 недель беременности) крупным плодом. Отеки беременной. Гестационный пиелонефрит, в стадии латентного воспаления. Гестационный сахарный диабет, целевой уровень HbA1c менее 6%. АКО I степени. Гипертоническая болезнь I стадии, 1 степени, риск 2. XCH₀.

Преждевременное излитие околоплодных вод. Клинически узкий таз. Лапаротомия

по Пфанненштилю. Кесарево сечение в нижнем сегменте матки.

Пример 3. Беременная Е., 36 лет, повторнородящая, поступила 02.08.14 г. в отделение патологии беременности с диагнозом:

Хроническая плацентарная недостаточность, компенсированная форма на сроке 39 недель беременности. Маловодие. Крупный плод. Гестационная анемия легкой степени. АКО I степени. Хронический гастрит, ремиссия. Хронический пиелонефрит, в стадии латентного воспаления. ХВП_г.

Беременной при поступлении в стационар определен срок беременности = 39 недель, проведено ультразвуковое исследование, определены следующие фетометрические показатели: лобно-затылочный размер = 12,5 см, большой поперечный размер головки плода = 10,5 см, угол разгибания головки между позвоночником и затылочной костью плода = 105°, путем ультразвуковой пельвиометрии определены: прямой размер плоскости входа = 10,5 см, прямой размер плоскости широкой части полости малого таза = 12,0 см, прямой размер плоскости узкой части полости малого таза = 10,9 см, прямой размер плоскости выхода малого таза = 10,5 см, поперечный размер плоскости входа = 13,0 см, поперечный размер плоскости широкой части = 12,0 см, поперечный размер узкой части = 10,7 см, поперечный размер плоскости выхода малого таза между = 10,8 см, рассчитан коэффициент плодово-тазовой диспропорции N по формуле:

$$N = \frac{0,1CG \times (БПР + ЛЗР \times \frac{(180^{\circ} - УРГ)}{100^{\circ}} \times \frac{(220^{\circ} - УРГ)}{100^{\circ}})}{(FDEr + TDEr + FDWP + TDWP + FDNP + TDNP + FDEx + TDEx)}$$

$$= \frac{0,1 \times 39,5 \times (10,5 + 12,5 \times \frac{(180^{\circ} - 105^{\circ})}{100^{\circ}} \times \frac{(220^{\circ} - 105^{\circ})}{100^{\circ}})}{(10,5 + 13,0 + 12,0 + 12,0 + 10,9 + 10,7 + 10,5 + 10,8)} = 0,93$$

Коэффициент плодово-тазовой диспропорции N менее 1,0.

Заключение: Клиническое несоответствие не прогнозируется.

07.08.14 г. через естественные родовые пути родилась девочка, без травм и уродств, весом 4260 г, ростом 55 см, с оценкой по шкале Апгар 9-9 баллов.

Диагноз заключительный:

Роды в срок (в 39-40 недель беременности) крупным плодом. Хроническая плацентарная недостаточность, компенсированная форма. Маловодие. Гестационная анемия легкой степени. АКО I степени. Хронический гастрит, ремиссия. Хронический пиелонефрит, в стадии латентного воспаления. ХВП_г.

Первичная родовая слабость.

Амниотомия. Мед. родостимуляция окситоцином.

Пример 4. Беременная Б., 21 год, первородящая поступила 27.07.14 г. в отделение патологии беременности с диагнозом:

Беременность 40-41 неделя. Хроническая плацентарная недостаточность, компенсированная форма. Хроническое многоводие. Крупный плод. Хронический пиелонефрит, в стадии латентного воспаления. ХБП₀.

Беременной при поступлении в стационар определен срок беременности = 40-41 неделя, проведено ультразвуковое исследование, определены следующие фетометрические показатели: лобно-затылочный размер = 12,0 см, большой поперечный размер головки плода = 10,5 см, угол разгибания головки между позвоночником и затылочной костью плода = 100°, путем ультразвуковой пельвиометрии определены:

прямой размер плоскости входа = 10,5 см, прямой размер плоскости широкой части полости малого таза = 12,0 см, прямой размер плоскости узкой части полости малого таза = 10,8 см, прямой размер плоскости выхода малого таза = 9,0 см, поперечный размер плоскости входа = 11,0 см, поперечный размер плоскости широкой части = 12,5 см, поперечный размер узкой части = 11,0 см, поперечный размер плоскости выхода малого таза между = 10,8 см, рассчитан коэффициент плодово-тазовой диспропорции

$$N = \frac{0,1CG \times (БПР + ЛЗР \times \frac{(180^\circ - УРГ)}{100^\circ} \times \frac{(220^\circ - УРГ)}{100^\circ})}{(FDEr + TDEr + FDWP + TDWP + FDNr + TDNr + FDEx + TDEx)}$$

По формуле:

$$= \frac{0,1 \times 41,0 \times (10,5 + 12,0 \times \frac{(180^\circ - 100^\circ)}{100^\circ} \times \frac{(220^\circ - 100^\circ)}{100^\circ})}{(10,6 + 12,5 + 12,0 + 12,5 + 10,8 + 11,0 + 9,0 + 11,0)} = 1,01$$

Коэффициент плодово-тазовой диспропорции N более 1,0.

Заключение: Клиническое несоответствие прогнозируется.

30.07.14 г. через естественные родовые пути родилась девочка, без видимых травм и уродств, весом 4140 г, ростом 55 см, с оценкой по шкале Апгар 7-7 баллов. У новорожденного наблюдалась асфиксия легкой степени.

Диагноз заключительный:

Роды в срок (в 41 неделю беременности) крупным плодом. Хроническая плацентарная недостаточность, субкомпенсированная форма. Хроническое многоводие. Хроническая внутриутробная гипоксия плода. Хронический пиелонефрит, в стадии латентного воспаления. ХБП₀.

Вторичная родовая слабость.

Амниотомия. Мед. родостимуляция окситоцином. Эпизиотомия, эпизиорафия.

Данный способ использован при прогнозировании клинического несоответствия при родах крупным плодом у 30 женщин. Результаты представлены в таблице.

Таблица.

Эффективность использования способа прогнозирования клинического несоответствия при родах крупным плодом

	Способ прогнозирования клинического несоответствия при родах крупным плодом (заявленный)	Литературные данные [7]
Прогнозирование клинического несоответствия при родах крупным плодом	96 %	89 %

Список литературы

1. Барашнев Ю.И. Ключевые проблемы перинатальной неврологии / Ю.И. Барашнев // Акушерство и гинекология. - 2007. - №5. - С. 51-54.

2. Власюк В.В. Родовая травма и перинатальные нарушения мозгового

кровообращения. - СПб.: Нестор-История, 2009. - 252 с.

3. Гульченко О.В., Никифоровский Н.К., Покусаева В.Н., Стась Л.И. Акушерские и перинатальные исходы при крупном плоде // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2010. - Т. 10. - №1. - С. 55-58.

5 4. Крамарский В.А. Ультразвуковая пельвиометрия в прогнозировании родов при клинически узком тазе: Автореф. дис. канд. мед. наук. - Иваново, 1995. - 21 с.

5. Радзинский В.Е. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учебное пособие / под ред. В.Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2011. - 367 с.

6. Флеман М. Библия Delphi / М. Флеман. - СПб.: БХВ-Петербург, 2011. - 686 с.

10 7. Чернуха Е.А. Анатомически и клинически узкий таз / Е.А. Чернуха, А.И. Волобуев, Т.К. Пучко. - М.: Триада-Х, 2005. - 119 с.

8. Чернуха Е.А. Родовой блок. - М.: Триада-Х, 1999. - 533 с.

9. Эберхард Мерц. Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии. В 2-х томах. Том 1: Акушерство: пер. с англ. / Мерц Эберхард; под ред. А.И. Гуса. - М:

15 МЕДпресс-информ, 2011. - 720 с.

10. Ohman E.M., Granger C.B., Harrington R.A. et al. // JAMA. 2000. - Vol. 284. - P. 876-878.

11. Steer C.M. Evaluation of the pelvis in obstetrics. 4-d: Plenum Press., 1975. - 591 p.

Формула изобретения

20 Способ прогнозирования клинического несоответствия при родах крупным плодом, предусматривающий проведение пельвиометрии и фетометрии, отличающийся тем, что определяют срок беременности, с помощью ультразвукового исследования определяют лобно-затылочный и большой поперечный размер головки плода, угол разгибания
25 головки между позвоночником и затылочной костью плода, прямые и поперечные размеры плоскостей малого таза, рассчитывают коэффициент плодово-тазовой диспропорции N по формуле:

$$30 N = \frac{0,1CG \times (БПР + ЛЗР \times \frac{(180^\circ - УРГ)}{100^\circ} \times \frac{(220^\circ - УРГ)}{100^\circ})}{(FDEr + TDEr + FDWP + TDWP + FDNP + TDNP + FDEx + TDEx)}, \text{ где ЛЗР - лобно-}$$

затылочный размер головки плода, БПР - большой поперечный размер головки, УРГ - угол разгибания головки между позвоночником и затылочной костью плода, CG - срок беременности, FDEr - прямой размер плоскости входа, TDEr - поперечный размер плоскости входа, FDWP - прямой размер широкой части, TDWP - поперечный размер широкой части, FDNP - прямой размер узкой части, TDNP - поперечный размер узкой части, FDEx - прямой размер плоскости выхода, TDEx - поперечный размер плоскости выхода малого таза, и при коэффициенте плодово-тазовой диспропорции N, равном 1,0 и более, прогнозируют клиническое несоответствие.

40

45