

ПРИЧИНЫ И ПРОБЛЕМЫ КРУПНОГО ПЛОДА

Д.А.Закирходжаева

*Ташкентский педиатрический медицинский институт кафедра
Акушерства и гинекологии, детской гинекологии*

М. И Шаматова

*Ташкентский педиатрический медицинский институт кафедра
Акушерства и гинекологии, детской гинекологии*

Аннотация. Крупного плода является одним из значимых факторов увеличения частоты осложнений беременности, родов и неонатального периода. Проведенные исследования позволили установить, что наиболее часто крупного плода развивалась среди повторнородящих, у женщин с высоким ИМТ и женщин, страдающих сахарным диабетом. Новорожденные, родившиеся с крупной массой тела, должны быть отнесены в группу риска по развитию осложнений, особенно неврологического характера. Для улучшения перинатальных исходов и снижения показателей материнской смертности акушеры-гинекологи должны вести роды согласно национальным стандартам.

Ключевые слова: крупный плод, перинатальный исход, избыточный вес, индекс массы тела, предполагаемая масса плода, беременность, осложнения.

Аннотация. Йирик ҳомила ҳомиладорлик, туғруқ ва неонатал даврда асоратлар ривожланишига олиб келувчи асосий факторлардан бири. Ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, йирик ҳомила асосан қайта туғувчилар, юкори тана вазнига эга бўлган аёллар ва қандли диабет билан касалланган аёллар уртасида кўп юзага келган. Йирик тана вазни билан туғилган чакалоқлар неврологик муаммолар ривожланиши хавфи бор гуруҳга киритилган. Перинатал натижаларни яхшилаш ва оналар ўлимини камайтириш учун туғруқлар миллий стандартлар асосида олиб борилиши керак.

Калит сўзлар: йирик ҳомила, йирик ҳомила туғруқ натижалари, ортикча тана вазни, тана вазни индекси, ҳомиланинг тахминий вазни, ҳомиладорлик, асоратлар.

Abstract. The problem of large fetus one of the significant factors of the increase in the frequency of complications of pregnancy, childbirth and the neonatal period. The conducted researches allowed to establish that most often large fetus developed among the moles, in women with high BMI and women with diabetes mellitus. Newborns born with a large body weight should be considered at risk for complications especially neurological ones. To improve perinatal outcomes and reduce maternal mortality rates, obstetrician-gynecologists should conduct labor according to national standards.

Keywords: large fetus, perinatal outcome, overweight, body mass index, expected fetal mass, pregnancy, complications.

Одной из приоритетных задач здравоохранения в области охраны здоровья матери и ребенка является снижение высокой перинатальной заболеваемости и смертности. В связи с тем, что тактика родоразрешения зависит от массы плода, а диагноз «крупный плод» устанавливается в основном ретроспективно, антенатальная диагностика крупного плода, тактика ведения родов при различной степени крупного плода остаются сложной дилеммой в практическом акушерстве. Актуальность проблемы на современном этапе обусловлена увеличением частоты родов крупным плодом и высокой перинатальной заболеваемостью и смертностью крупный плод. По данным европейских исследований, количество младенцев, имеющих при рождении массу тела 4000 г и более, составляет 5-10% (50 лет назад — всего 0,5-1%) [13, 25, 26]. . А по данным мировой статистики частота рождения крупных новорожденных колеблется от 2,5% до 20,7% [5, 29, 31]. Снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности является первостепенной задачей акушеров-гинекологов во всем мире. Особое внимание уделяется беременным группы высокого риска

перинатальной патологии, к числу которых относятся пациентки с крупным плодом [4, 9]. Многими отечественными и зарубежными исследователями, изучающими проблему крупного плода, отмечена тенденция к увеличению родов крупным плодом за последние десять лет [8, 20, 24, 32].

В развитии крупного плода определенную роль играют климатогеографические условия. Г.А. Лукашевич и соавт. [8] отметили, что наиболее часто роды плодом с большой массой происходили зимой, а по данным Т.К. Шевченко, Н.И. Кан [14], наибольшая частота рождения крупных новорожденных в г. Ташкенте приходится на период с апреля по июль (когда в этой местности в это время наиболее длительный световой день). По мнению авторов в этот период снижена секреция ингибирующих биологически активных веществ эпифизом, что ведет к стимуляции соматотропного релизинг-фактора и развитию крупный плод.

Многие авторы одним из основных факторов, приводящих к развитию крупного плода, считают алиментарный [3, 9]. Анализ фактического питания (химического состава пищевого рациона и набора продуктов) показал, что пищевой рацион у женщин, родивших детей с крупной и средней массой тела, различен. Выявлено, что женщины, родившие крупных детей, потребляют значительно большее количество макаронных изделий, картофеля, сахара, сливочного масла, а также в их пищевом рационе снижено содержание овощей, фруктов, яиц [16]. В работе Л.О. Чернявской были получены достоверные различия в калорийности питания, содержании жиров и углеводов в суточном рационе женщин, разрешившихся плодами с разной массой. Причем установлено, что особое значение в увеличении калорийности потребляемой пищи, приводящей крупного плода, имеет повышенное потребление углеводов [14].

Крупные и гигантские дети чаще всего рождаются у женщин: многорожавших, в возрасте старше 30 лет; с избыточной массой тела и большой прибавкой ее во время беременности; страдающих сахарным

диабетом, имевших в прошлом крупных детей [10]. По данным многих авторов, факторами риска крупного плода служат: избыточная масса тела женщины ($ИМТ > 25,7 + 5,1 \text{ кг/м}^2$) и ее значительная прибавка во время гестации ($> 16 \text{ кг}$); повторные беременность и роды, наследственная предрасположенность, питание с повышенным содержанием углеводов; возраст отца ребенка старше 40 лет [1, 28]. Исследования показали, что в группу риска по развитию крупного плода следует включать беременных с прегравидарных факторов: ожирение, крупная масса близких родственников при рождении;

Повторнобеременных и повторнородящих; общая прибавка массы 16 кг и более; питание с повышенным количеством углеводов [1, 7].

В родах, по данным В. В. Абрамченко и соав. (1997) [1], частота осложнений при крупного плода достигает 68% против 57% в контроле. К основным осложнениям в родах при крупного плода относят травмы мягких родовых путей, несвоевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности [6, 18]. Между тем А. Л. Черепнина и соав. (2005) [17] отмечают значительно меньший процент осложнений в родах при наличии крупного плода. Так, при крупного плода этот показатель составил 38%, в группе нормотрофичных детей — 47%. При этом автор подчеркивает, что наибольшие показатели перинатальной заболеваемости среди пациенток с крупным плодом отмечаются при массе плода 4000–4250 г, что обусловлено недостаточной точностью антенатального определения его предполагаемой массы.

По данным Ж. Нуркасымова (1973) [12], частота слабости родовой деятельности при крупного плода достигает 8,5%. Среди первородящих эта патология была в 3 раза чаще, чем среди повторнородящих. При крупном плоде к факторам, способствующим развитию слабости родовой деятельности, относят функциональную и анатомическую неполноценность

нервно-мышечного аппарата вследствие перерастяжения мышц матки и передней брюшной стенки .

Необходимо учитывать и то обстоятельство, что нередко клинические проявления диспропорции размеров плода и таза матери в родах рассматриваются акушерами как слабость родовых сил. По данным М. А. Morgan (1988) [30], среди женщин с первичной слабостью родовых сил в 28% наблюдений была выявлена диспропорция головки плода и таза роженицы, а при вторичной слабости — в 45%. В то же время И. С. Сидорова и соав. (1989) [15] отмечают, что клинически узкий таз — одна из причин дискоординации родовых сил.

Проблема дистоции плечиков (shoulder dystocia — затрудненное выведение плечиков — ЗВП, вколоченные плечики) обсуждается в зарубежной и отечественной литературе уже в течение нескольких столетий. Е. А. Чернуха с соав. (1998) [19] указывают, что еще в 1730 г. Smellie отмечал гибель плода в таких ситуациях.

Дистоция плечиков — это осложнение второго периода родов. После рождения головки происходит задержка переднего плечика за симфизом или вколачивание (вклинивание) его в таз, а заднее плечико в это время или плотно сжато в крестцовой впадине, или же находится над промонториумом, в результате чего дальнейшее продвижение плода по родовым путям матери прекращается. Если в ближайшее время не произвести родоразрешение, то плод погибает от асфиксии.

В то же время О. Gregorion et al. (1989) [27] сообщают, что на 16 259 родов нарушение движения плечевого пояса плода отмечено у 0,4% женщин. Масса тела более 4 кг была у 36 новорожденных. Перелом ключицы отмечен у 12 детей, судороги — у 8, паралич типа Эрба — у 7. Смертности новорожденных не было.

По данным исследователей, частота дистоции плечиков при доношенной беременности составила 1,61%. Она сопровождалась высоким материнским и

детским травматизмом. Так, разрыв шейки матки диагностирован у 11% женщин, разрыв промежности — у 50%. Гипоксия отмечена у 61% новорожденных (в группе сравнения — у 24,9%). У 19% детей выявлен перелом ключицы, у 5% — парез плечевого сплетения, у 3% — перелом плеча, у 25% — нарушение мозгового кровообращения.

По данным исследователей, частота дистоции плечиков при доношенной беременности составила 1,61%. Она сопровождалась высоким материнским и детским травматизмом. Так, разрыв шейки матки диагностирован у 11% женщин, разрыв промежности — у 50%. Гипоксия отмечена у 61% новорожденных (в группе сравнения — у 24,9%). У 19% детей выявлен перелом ключицы, у 5% — парез плечевого сплетения, у 3% — перелом плеча, у 25% — нарушение мозгового кровообращения.

Таким образом, в литературе представлены различные точки зрения на тактику ведения родов при крупном плоде. Приведены аргументы в пользу той или иной тактики ведения родов — планового кесарева сечения, индукции родов, выжидательной тактики. Плановое кесарево сечение уменьшает частоту плекситов и травм промежности у матери. Ряд авторов призывают к проведению планового кесарева сечения у первородящих женщин с весом плода 4500 г и более. Большинство акушеров считают, что индукция родов при крупного плода приводит к увеличению числа осложнений. Между тем ряд авторов призывают относиться взвешенно и к выжидательной тактике ведения родов [21, 23]. Необходимо учитывать вес плода, ИМТ матери, акушерский анамнез. Наличие дистоции плечиков в первых родах, рубец на матке, сахарный диабет в сочетании крупного плода являются показаниями для оперативного родоразрешения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В.В. Беременность и роды высокого риска. — М.: «Медицинское информационное агентство». 2004. С. 400.

2. Абрамченко В. В., Гладкая Е. О. Тактика ведения родов при крупном плоде и патологии беременности и родов // Тезисы докладов III межобластной научно-практической конференции. — Саратов, 1997. — С. 18–19.
3. Агарков Н.М., Чернявская Л.О. Профилактика развития крупного плода. Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко. – 2001. – Т. 3. – С. 144-145
4. Акопян Л.А. Ведение беременности и родов у женщин с крупным плодом: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.01. – М., 1989. – 23 с
5. Бегова С.В. Перинатальные исходы при макросомии у повторнородящих и многорожавших женщин / С.В.Бегова,И.А.Магомедова // Вестник новых медицинских технологий. — 2007. — Т.14, №1. — С. 90-91.
6. Грищенко В. И., Яковцева А. Ф. Крупный плод (клиникоморфологическое исследование). — Киев, 19
7. Елиневская Г.Ф., Ткаченко А.К., Елиневский Б.Л. Большевесные новорожденные дети (проблемы и реабилитация), - Минск: БГМУ. 2002. С. 22.
8. Ибрагимов Р.Р. Анализ развития фетоплацентарного комплекса при макросомии плода в III триместре беременности по данным ультразвукового исследования // Ультразвук. диагн. акуш. гин. педиат. – 2001. – №2. – С. 116-120
9. Круч А.И. Клиническое прогнозирование беременности и ведение родов при крупном плоде: автореф. дисс. ... докт. мед. наук: 14.00.01. – Харьков, 1985. – 29 с.
10. Ласков В.Б., Полянская М.В. Особенности нейровегетативной сферы у лиц, родившихся с крупной массой тела // Неврологический вестник. 2001. № 3-4. С. 39-44.
11. Лукашевич Г.А. Женщине о женских болезнях. – Минск: «Беларусь», 1974. – 80 с.

12. Нуркасымов Ж. Сократительная деятельность матки при родах крупным плодом // Здравоохранение Казахстана. — 1973. — № 11. — С. 35–37.
13. Нутрициальный подход к профилактике избыточной массы тела новорожденных / О.А.Громова, И.Ю.Торшин, Н.К.Тетруашвили [и др.] // Гинекология. — 2010. — Т.12, №5. — С. 56-61.
14. Пап А.Г. Рациональное питание беременных женщин. Методические рекомендации. — Москва, 1975.— 15 с.
15. Сидорова И. С., Ботвин М. А. Узкий таз в современном акушерстве // Советская медицина. —1989. — № 10. — С. 44–49.
16. Слабинская Т.В., Севостьянова О.Ю. Антенатальная диагностика массы крупного плода: Материалы Республиканской научно-практической конференции «Здоровый новорожденный: перинатальные проблемы и прогнозирование». — Екатеринбург, 2000.— С. 77-79
17. Черепнина А. Л., Панина О. Б., Олешкевич Л. Н. Ведение беременности и родов при крупном плоде // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2005. — № 1. — С. 15–19.
18. Чернуха Е. А., Акопян Л. А. Беременность и роды у женщин с крупным плодом // Акушерство и гинекология. — 1991. — № 11. — С. 64–67.
19. Чернуха Е. А., Пучко Т. К., Пряхин А. М. Дистоция плечиков: прогноз и ведение родов // Акушерство и гинекология. — 1998. — № 4. — С. 22–28.
20. Юдина З.П., Кавернинская Н.Л., Загребина Л.В. Сравнительная оценка методов определения веса внутриутробного плода // Вопр. охраны материнства и детства.— 1975.— Т. 20, №10. — С. 71-74.
21. A scoring system for detection of macrosomia and prediction of shoulder dystocia a disappointment / Chauhan S. P. [et al.] // J. Matern. Fetal. Neonatal. Med. — 2006. — Vol. 19, N 11. — P. 699–705.

22. Abramowicz J.S., Sherer D.M., Woods J.R. Ultrasonographic measurement of cheek-to-cheek diameter in fetal growth disturbances // *Am J Obstet Gynecol.* — 1993. — Vol. 169. — P. 405.
23. Antepartum detection of macrosomic fetus: clinical versus sonographic, including soft-tissue measurements / Chauhan S. P. [et al.] // *Obstet. Gynecol.* — 2000. — Vol. 95. — P. 639–642.
24. Chauhan S.P., Cowan B.D., Magann E.F. et al. Intrapartum detection of a macrosomic fetus: clinical versus 8 sonographic models // *Aust NZJ Obstet Gynaecol.* — 1995. — Vol. 35. — P. 266-271
25. How big is to big? / X.Zhang, A.Decker, R.W.Platt [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2008. — Vol. 198 (5). — P. 4-6.
26. Labmann P.H. Trends in birth size and macrosomia in Queensland, Australia, from 1988 to 2005 / P.H.Labmann, R.A.Wills, M.Coory // *Pediatr. Perinat. Epidemiol.* — 2009. — Vol. 23 (6). — P. 533-541.
27. La dystocie des épaules / Gregorion O. [et al.] // *J. Gynecol. Obstetr. Biol. Reprod.* — 1989. — Vol. 18, N 2. — P. 255–261.
28. Lim J.H., et al. *J Obstet Gynaecol.* 2002 Delivery of macrosomic babies: management and outcomes of 330 cases.
29. Milanova K. The incidence of foetal macrosomia and method of delivery for a two-year period in the University Hospital of Obstetrics and Gynecology Maichin Dom-Sofia / K.Milanova, B.Marinov, I.Borisov // *J. Akush. Ginekol. (Sofia).* — 2006. — Vol. 45 (6). — P. 3-6.
30. Morgan M. A., Thunau G. R. Efficacy of the fetal-pelvic index in patients requiring labor induction // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 1988. — Vol. 159, N 3. — P. 621–625.
31. Risk factors for macrosomia in infants born to Latina women / J.M.Wojcicki, N.A.Hessol, M.B.Heyman [et al.] // *J. Perinatol.* — 2008. — Vol. 28 (11). — P. 743.

32. Zhang P., Liu B., Li G. et al. A study on the relationship between insulin-like growth factor, insulin-like growth factorbinding protein-3 and fetal growth retardation // Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. – 2002. – Vol. 37,2. – P. 6568