



Анализ Течения Беременности И Родов, Перинатальных Исходов При Крупном Плоде

1. Муродова Турсуной
Исмоилжоновна

Received 7th Aug 2022,
Accepted 6th Sep 2022,
Online 12th Oct 2022

¹ Заведующий отделением гинекологии
Камашинского районного медицинского
объединения Кашкадарьинской области

Аннотация: В статье предусмотрена проблема родов крупным плодом в последние годы приобретает все большую актуальность, что объясняется не только увеличением частоты макросомии, но и высоким уровнем осложнений беременности и родов, перинатальной заболеваемостью, материнским травматизмом.

Ключевые слова: антенатальном, экстракорпоральное оплодотворения, наследственный анамнез, соматический анамнез, акушерско-гинекологический анамнез, течение беременности, родов, данные осмотра.

Актуальность. Охрана здоровья матери и ребёнка одна из актуальных задач здравоохранения. Однако, перинатальная смертность и неблагоприятные исходы для матери остаются основными проблемами акушерства [2].

Одной из причин перинатальной патологии является крупный плод (КП). В нашей стране крупным считается плод массой при рождении 4000 г и более (до 5000 г), а при массе 5000 г и более плод называется гигантским [2].

Проблема родов крупным плодом в последние годы приобретает все большую актуальность, что объясняется не только увеличением частоты макросомии (с 8 до 18,5 % по данным разных авторов), но и высоким уровнем осложнений беременности и родов, перинатальной заболеваемостью, материнским травматизмом [3, 8-10, 13-16].

Частота материнских осложнений при макросомии плода в ante-, intra- и postnatalном периодах значительно превышает таковую у пациенток, родивших детей со средней массой тела. В антенатальном периоде при крупной массе плода отмечен высокий процент осложнений гестационного периода, начиная с ранних сроков. Течение интранатального периода нередко осложняется такими тяжелыми акушерскими осложнениями, как аномалиями родовой деятельности, клинически узким тазом, кровотечения [1, 7, 12].

Высокие показатели асфиксии, родового травматизма при крупной массе новорожденного, несомненно, имеют большое медицинское и социальное значение [4, 5, 11]. В раннем неонатальном периоде у крупных детей нередко наблюдаются изменения в неврологическом статусе, нарушения кислотно-основного, электролитного баланса, гипогликемия. Кроме того, у

каждого пятого ребёнка в первые три года жизни отмечаются различные неврологические расстройства и отставание в физическом развитии [2, 6].

Цель: проанализировать особенности течения беременности, родов и перинатальные исходы при макросомии плода на современном этапе.

Материал и методы исследования. На базе областного клинического родильного дома была обследована 131 беременная, родившая ребенка массой 4000 г и более. В исследование не были включены пациентки с сахарным диабетом, изосерологической несовместимостью крови матери и плода, а также беременность после экстракорпорального оплодотворения.

Проведен анализ течения беременности и родов, перинатальных исходов при макросомии плода. Анализ проводился с помощью специально разработанной карты, которая включала паспортные данные, наследственный анамнез, соматический анамнез, акушерско-гинекологический анамнез, течение беременности, родов, данные осмотра, данные лабораторных и инструментальных исследований.

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе историй родов пациенток, родивших крупных детей, нами установлено, что возраст пациенток варьировал от 17 до 43 лет и составил в среднем $28 \pm 5,6$ лет. 3% пациенток имели возраст от 17 до 20 лет, 60% - от 20 до 30 лет и 37% - 30 лет и более.

При анализе течения беременности у пациенток с крупным плодом нами выявлено, что осложненное течение беременности встречалось у 73% пациенток. Среди осложнений беременности наиболее часто встречались гестоз – 60%, анемия – 49%, угроза прерывания беременности – 37%, фетоплацентарная недостаточность – 34% и токсикозы беременных – 25%.

При анализе течения родов при макросомии плода (табл. 1) нами установлено, что у 99% пациенток роды были срочными, а у 0,8% пациенток – запоздалыми. Не смотря на то, что запоздалые роды наблюдались у 1(0,8%) роженицы, частота индуцированных родов составила 18%. Следует отметить, что хотя по методу родоразрешения преобладали самопроизвольные роды 64%, доля оперативных кесарева сечения составила значительный процент (36%). Высокая частота кесарева сечения при крупном плоде также подтверждается и литературными данными [7]. В структуре осложнений интранатального периода преобладали эпизиотомия 39%, травмы родовых путей 29,8%, несвоевременное излитие околоплодных вод (ОПВ) 28,2%, реже наблюдались аномалии родовой деятельности 19,8%, дистоция плечиков 2,3%.

Таблица 1. Характеристика течения родов у рожениц с макросомией плода

Течение интранатального периода	Частота
Срочные роды	99.2%
Запоздалые роды	0,8%
Самопроизвольные роды	64%
Индуцированные роды	18%
Кесарево сечение	36%
Несвоевременное излитие ОПВ:	28.2%
• родовое излитие ОПВ	23,7%
• раннее излитие ОПВ	4,6%
Аномалии родовой деятельности:	19.8%
• патологический прелиминарный период	0.8%
• первичная слабость родовой деятельности	9,9%
• вторичная слабость родовой деятельности	9,9%

Эпиз йотом ИЯ	39%
Травмы родовых путей:	29,8%
• вульвы	2,3%
• промежности	6,1%
• влагалища	7,6%
• шейки матки	17,5%
Дистоция плечиков	2,3%

Так как в исследуемой группе установлен значительный процент операцик кесарева, мы проанализировали показания к операцик кесарева сечения при макросомии плода. В исследуемой группе операцик кесарева сечения была произведена 47 роженицам (36%). Структура показаний к операцик кесарева сечения в исследуемой группе представлена в табл. 2. Среди показаний к экстренной операцик кесарева сечения лидировал клинически узкий таз 9,2%. Плановое кесарево сечение чаще производилось по поводу рубца на матке после предыдущего кесарева сечения 9,2%.

Также нами был произведен анализ перинатальных исходов у детей, родившихся с массой 4000 г и более (табл. 3). Доля крупных новорожденных, родившихся в удовлетворительном состоянии, составила 63,4%. Среди осложнений в исследуемой группе чаще наблюдался родовой травматизм - 32%. В структуре родового травматизма преобладали гипоксически-травматические поражения ЦНС 26%, реже встречались переломы ключицы и шейного отдела позвоночника по 2,3%, кефалогематома 0,8%. Пороки развития отмечены у 19,8% новорожденных. По 1,5% детей родилось с признаками недоношенности и переносности.

Таблица 2. Показания к операцик кесарева сечения у пациенток с крупным плодом

Показания	Частота
Экстренное кесарево сечение:	9,2%
клинически узкий таз	7%
аномалии родовой деятельности	0,8%
острая гипоксия плода или утяжеление внутриутробной гипоксии плода	
Плановое кесарево сечение:	9,2%
оперированная матка	3%
экстрагенитальная патология	2,3%
возраст первородящей старше 30 лет	0,8%
тазовое поедлежание	

Таблица 3. Перинатальные исходы при макросомии плода

Перинатальные исходы	Частота
Удовлетворительное состояние	63,4%
Родовая травма:	32%
гипоксически-травматические поражения ЦНС	26%
перелом ключицы	2,3%
перелом шейного отдела позвоночника	2,3%
кефалогематома	0,8%
Пороки развития	19,8%
Недоношенность	1,5%
Переносность	1,5%

Выводы. Таким образом, проведенное исследование позволяет утверждать, что проблема крупного плода является чрезвычайно актуальной на современном этапе. В исследуемой группе отмечен высокий процент материнской и перинатальной заболеваемости. Выявлен значительный процент оперативного родоразрешения путем кесарева сечения. В структуре перинатальной заболеваемости преобладал родовой травматизм, а именно, гипоксически-травматические поражения ЦНС, переломы ключицы и шейного отдела позвоночника, кефалогематома.

Полученные данные, на наш взгляд, обосновывают необходимость более глубокого изучения данной проблемы.

Список использованных источников:

1. Абрамченко В.В. Беременность и роды высокого риска. - М.: Медицинское информатсионное агентство, 2004. С. 400.
2. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М. Акушерство: национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. С. 21 - 29.
3. Баев О.Р. Тактика ведения беременности и родов при крупном плоде// Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. 2001. Т. 1. №1. С. 1-5.
4. Бегова С.В., Магомедова И.А. Перинатальные исходы при макросомии у повторнородящих и многорожавших женщин// Вестник новых медицинских технологий. 2007. Т. 14. №1. С. 90-91.
5. Елиневская Г.Ф., Ткаченко А.К., Елиневский Б.Л. Большевесные новорожденные дети (проблемы и реабилитация). - Минск: БГМУ, 2002. С. 22.
6. Ласков В.Б., Полянская М.В. Особенности нейровегетативной сферы у лиц, родившихся с крупной массой тела// Неврологический вестник, 2001, 3-4. С. 39-44.
7. Черепнина А.Л. Ведение беременности и родов при крупном плоде// Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. 2005. №1. С. 15-19.
8. Черникова Т. Н., Пискунова Т. Н. Акушерские аспекты крупного плода// История город. мед. об-ния им. С. П. Боткина и современное состояние спец. мед. помощи. - Орел. 1999. С. 205-207.
9. Шевченко Т.К., Кап Н.И. Крупный плод в современном акушерстве. – Ташкент: издательство им. Ибн Сины, 1991. 94 с.
10. Asplund C.A. Percentage change in antenatal body mass index as a predictor of neonatal macrosomia// Ann. Fam. Med. 2008. Vol. 6. N 6. P. 550-554.
11. Boulet S.L., Alexander G.R., Salihu H.M., Pass M. Macrosomic births in the united states: determinants, outcomes, and proposed grades of risk// Am J Obstet Gynecol. 2003. Vol. 188. P. 1372.
12. Ferber A. Maternal complications of fetal macrosomia// Clin Obstet Gynecol. 2000. Vol. 43. P. 335-339.

13. Kolderup L.B., Laros R.K., Musci T.J. Incidence of persistent birth injury in macrosomic infants: Association with mode of delivery// *Amer. J. Obstet. and Gynec.* 1997. Vol. 177. №2. P. 2.
14. Usta I.M. Shoulder dystocia: What is the risk of recurrence// *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2008. N 16. P. 1-6.
15. Vivet-Lefebure A. Obstetrical and neonatal outcomes in gestational diabetes mellitus at Reunion Island (France)// *Gynecol. Obstet. Fertil.* 2007. №5. P. 23.
16. Wong L.F. Perinatal outcomes among different Asian-American subgroups// *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2008. Vol. 199. №4. P. 382.

