

## ДИАГНОСТИКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КРУПНОГО ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ

*Автор: М.И.Шаматова.*

*Научный руководитель к.м.н Д.А.Закирходжаева.*

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт*

*Республика Узбекистан. город Ташкент.*

**Аннотация:** Несмотря на значительное число исследований, посвященных проблеме родоразрешения беременных крупным плодом, общепризнанной тактики ведения беременности и родов не существует. Высокие показатели родового травматизма матери и неблагоприятные перинатальные исходы при макросомии плода имеют большое медицинское и, несомненно, социальное значение.

**Ключевые слова:** крупный плод; макросомия; плодово-тазовая диспропорция; дистоция плечиков; течение беременности и родов; перинатальные исходы.

### ВВЕДЕНИЕ

Частота родов крупным плодом, по данным литературных источников, в последние годы составляет 4,5–20 % [1–4]. Роды плодом с массой тела 4000–4500 г наблюдаются в 7,6 %, 4500–5000 г — в 1,2 %, 5000 г и более — в 0,2 % случаев. Высокие показатели родового травматизма матери и неблагоприятные перинатальные исходы при макросомии плода имеют большое медицинское и, несомненно, социальное значение [2, 3]. В случае самопроизвольных родов крупным плодом в последующем у новорожденных нередко наблюдается нарушение мозгового кровообращения, а также симптоматика, связанная с повреждением плечевого сплетения. Нарушения физического и нервно-психического развития отмечаются более чем у  $\frac{1}{3}$  таких детей на первом году жизни [2].

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Одной из важнейших причин, определяющих уровень заболеваемости детей, родившихся крупными, является диспропорция между размерами головки и тазом материнского таза [3]. Частота клинически узкого таза варьирует от 1,4 до 8,5 % к общему числу родов, доля макросомии плода в структуре данного осложнения составляет 5,8–60 % [1].

Частота осложнений при макросомии плода в антенатальном, интранатальном и постнатальном периодах значительно превышает таковую у пациенток, родивших детей со средней массой тела [2, 3]. Частота осложнений беременности при макросомии

плода, требующих стационарного лечения, по данным Н.А. Ляличкиной, составляет 54,1 %, что сопоставимо со среднестатистическими показателями [2]. Однако имеются данные, что возраст беременных крупным плодом в 60 % случаев превышает 35 лет [4]. В силу чего беременность в большинстве случаев протекает на фоне экстрагенитальной патологии и имеет свои особенности [2]. Частота раннего токсикоза у беременных крупным плодом составляет 13,4–36,5 %, анемии — до 74,1 % [2, 3]. Преэклампсия (гестозы) встречаются в  $\frac{1}{3}$  случаев макросомии плода. Вероятно, данный факт связан с распространенностью алиментарно-конституционального ожирения (25–72 %) среди женщин с макросомией плода. Анализ структуры осложнений беременности показал, что гестационный сахарный диабет отягощал гестацию у 3,5–50 % беременных крупным плодом. Распространенность истмико-цервикальной недостаточности и угрозы прерывания беременности при макросомии плода в 2 раза превышает среднестатистические показатели и равняется 7,1 % случаев [2].

### **РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ**

Макросомия плода сочетается с многоводием в 8,12–18,2 % наблюдений. Возникновение многоводия при макросомии плода может быть обусловлено гипергликемией плода, увеличением осмотического диуреза, который впоследствии приводит к полиурии. Многие авторы связывают многоводие с общей активизацией анаболических процессов в системе плацента — плод. Частота маловодия при макросомии плода составляет 3 %, что значительно ниже среднестатистических показателей. Плацентарные нарушения наблюдаются при макросомии плода в 20–31,8 %, что не отличается достоверно от показателей нормосомии плода. Нарушения в системе маточно-плодово-плацентарного кровотока возникают за счет увеличения потребностей растущего плода и невозможности его адекватного обеспечения существующей сосудистой системой. По мнению некоторых авторов, течение беременности при макросомии плода является более благоприятным в сравнении с нормосомией, исключая наличие гестационного и других видов сахарного диабета [2, 4].

Некоторые авторы полагают, что рождение крупного плода обусловлено перенашиванием. Частота перенашивания при макросомии плода варьирует в пределах от 5,8 до 19,5 %. Средний срок гестации у беременных крупным плодом на 6–8 дней больше, чем у женщин с нормосомией плода. Склонность к перенашиванию и высокая частота патологии родов во многом определяется «зрелостью» (готовностью) родовых путей. Согласно данным

М. Boulvain, при макросомии плода «незрелые» родовые пути встречаются в 3 раза чаще, чем у женщин с нормосомией плода, в связи с чем часто требуется предварительная подготовка родовых путей, а также индукция родовой

деятельности. Предшествующий патологический прелиминарный период отмечается у 4,7 % рожениц с макросомией плода. Осложнения в течение родов крупным плодом в основном обусловлены двумя причинами: плодово-тазовой диспропорцией и нарушением сократительной функции матки в силу ее перерастяжения. В связи с отсутствием пояса плотного прилегания головки крупного плода и таза матери частота несвоевременного излития околоплодных вод (преждевременного и раннего) при макросомии плода в 3 раза превышает таковую при физиологических родах (22,4–35,6 %). Несвоевременное излитие околоплодных вод, в свою очередь, приводит к пролонгированному или затяжному течению родов, что обусловлено не только крупными размерами плода, но и неготовностью родовых путей. Ряд авторов полагают, что замедление I периода родов обусловлено в первую очередь развивающимся клиническим несоответствием. Увеличение продолжительности I периода родов при макросомии плода опосредовано большой частотой аномалий родовой деятельности, которые в 50 % случаев являются следствием плодово-тазовой диспропорции, и прогрессивно увеличивается прямо пропорционально массе плода. Родостимуляция при макросомии плода проводится в 2 раза реже, чем при средней массе плода [2].

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленные данные не только свидетельствуют о необходимости индивидуального подхода при родоразрешении беременных крупным плодом, но и предполагают дальнейшее совершенствование методов диагностики макросомии плода, а также прогнозирования исхода родов. Крупных новорожденных независимо от общего состояния при рождении следует относить к группе высокого риска в связи с различными нарушениями в раннем неонатальном периоде, высокой частотой последствий родовой травмы, снижением реактивности организма в первые месяцы жизни.

### ЛИТЕРАТУРЫ

1. Gaudet L, Ferraro ZM, Wen SW, Walker M. Maternal Obesity and Occurrence of Fetal Macrosomia: 2014;2014:640291. doi: 10.1155/2014/640291.
2. Najafian M, Cheraghi M. Occurrence of Fetal Macrosomia Rate and Its Maternal and Neonatal Complications: A 5-Year Cohort Study. *ISRN Obstetrics and Gynecology*. 2012;2012:353791. doi: 10.5402/2012/353791.
3. Кравченко Е.Н. Родовая травма: акушерские и перинатальные аспекты. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
4. Ласков В.Б., Полянская М.В. Особенности нейровегетативной сферы у лиц, родившихся с крупной массой тела // Неврологический вестник им. В.М. Бехтерева. – 2001. – Т. 33.