

С.Ш.ИСЕНОВА, Б.Н.БИЩЕКОВА, Э.К.ШУКЕНОВА, Г. ХАЙБУЛЛАЕВА
С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті
Алматы қаласы, №1 перзентхана

АКУШЕРЛІК ІС ЖӘНЕ ПЕРИНАТАЛОГИЯДАҒЫ ІРІ НӘРЕСТЕ

Мақала қазіргі заманауи акушерліктегі маңызды мәселенің бірі – жүктілік кезіндегі ірі нәрестеге бағытталған. Нәрестенің макросомиясы акушерлік патология мен перинаталды аурушылықтың жоғарғы қаупін тудырады және асқынудың жоғарғы қауіп мәселесіне байланысты, патофизиологиясының жеткіліксіз түсіну мен алдын алуға қиындықтарға байланысты маңызды мәселе болып табылады.

Түйінді сөздер: макросомия, жүктілік, гестациялық диабет, семіздік, дене салмағы.

Ана мен перинаталды аурушылық пен өлім-жітімді төмендету бүкіл дүниежүзі бойынша акушер-гинекологтардың міндеті болып есептеледі. Перинаталды патология бойынша жоғарғы қауіп тобына кіретін жүкті әйелдерге ерекше назар аударылады, оларға ірі нәрестемен жүкті әйелдер жатқызылады. Ірі нәресте мәселесін зерттейтін көптеген Отандық және шетел ғалымдары соңғы 10 жылда ірі нәрестемен босанудың жиілеуін көрсетеді, әртүрлі авторлардың мәліметі бойынша жиілігі 8-18,5% [1.2].

ХАЖ-10 коды-033.5. анасына медициналық көмекті қажет ететін диспропорцияға әкелетін нәрестенің ірі көлемі.

Соңғы 10 жылда көптеген мемлекеттерде ірі салмақпен жаңа туған балалар саны көбейген. «Ірі нәресте» терминіне құрсақшілік кезеңнің соңында салмағы 4 кг және одан жоғары нәресте кіреді. БДҰ мәліметі бойынша 1990 жылдан 2007 жылға дейін ірі нәрестемен босану жиілігі 8-ден 12 % дейін. Ірі нәрестемен босану кезінде кесар тілігі операциясының жиілігі 1990 жылдан 2010 жылға дейін 5,7-ден 26,7 % жоғарылады [3].

Макросомияның ана мен жаңа туған балаға асқынулардың жоғарғы қауіпін тудыратынын көрсететін дәлелдер көп. 500000 халықты эпидемиологиялық зерттеу кезінде, 4500 г және 5000 г жоғары босануда перинаталды және бала аурушылығы мен өлімі жоғарылайтынын дәлелдеді [4].

Норвегияда 1999 жылдан 2005 жылға дейін зерттеулер мәліметінде (351700 жаңа туған бала) 5000г асқан жаңа туған балалар тобында иықтардың дистоциясы мен босану жарақатының қауіп жоғары екені бақыланды.

Туылған кездегі салмақтың көп болуы ұзақ уақыттарда көрінеді: 4000г асқан 1435 нәрестенің жасөспірімдік кезде семіздіктің қауіп өте жоғары [5].

Қазіргі кезде акушерлік істе нәрестенің макросомиясы патофизиологиясының жеткіліксіз түсіну мен алдын алуға қиындықтарға байланысты маңызды мәселе болып табылады.

Этиологиясы.

Макросомияның факторларының арасында анасының шектен тыс салмағы ерекше назар аударды, сонымен қатар метаболикалық бұзылыстардың, екінші типті қант диабеті және гестациялық диабеттің алатын орны ерекше. Диабеттің гестациялық түрі дүние жүзі бойынша жүкті әйелдердің 7%-да кездеседі (мемлекетке байланысты 1-14 %). Гестациялық диабеттің барлық әлеуметтік-экономикалық мемлекеттерде жиілеуде, оның себебі созылмалы стресс жағдайы, гиподинамия және дұрыс тамақтанбаудың салдарынан болады [6].

Анасында метаболикалық бұзылыстар болған кездегі макросомия патогенезі анасынан нәрестеге глюкозаның шектен тыс тасымалдануына байланысты. Глюкозаның шектен тыс көп болуы нәрестеде гипергликемияны тудырады, ол ұйқы безінің гипертрофиясына, ол инсулин бөлінуін жоғарылатады. Қант диабетімен жүкті әйелдерде нәрестенің толқымалы салмақ қосуына әкеледі, ол өан құрамындағы қанттың деңгейінің жиі өзгеруіне байланысты. Бұл кезде нәресте салмағы жоғарылайды, не болмаса салмақ қоспайды [7].

Макросомияның маңызды қауіп факторына семіздік жатады. Семіздік анасының денсаулығына ғана теріс әсерін тигізіп қоймайды, сонымен қатар нәрестенің де денсаулығына әсер етеді. Жүкті әйелдерде семіздік нәрестенің өлі туылуының, мерзімінен ерте босанудың, перинаталды өлім-жітімнің, туа пайда болатын даму ақауларының, макросомияның, қант диабетінің себебі болып табылады [3].

Анасының салмағының шектен тыс болуы қозғалыссыз өмір сүруге, физикалық белсенділіктің төмен болуына байланысты. Жүктілікке дейін және жүктілік кезінде физикалық белсенділікті арттыру ірі нәресте дамуының алдын алуында маңызды мәселе болып табылады. Жүктілікке дейін физикалық белсенділіктің төмен болуы да макросомияның қауіп факторы болып табылады.

Ірі нәрестенің дамуында табиғаттық-географиялық жағдай да белгілі бір роль атқарады.

Тамақтану тәртібін талдау кезінде (тамақ рационының және қорек заттарының химиялық құрамы) ірі нәресте босанған әйелдерде тамақ рационы әртүрлі екенін көрсетті. Ірі нәресте босанған әйелдердің көбінесе макарон өнімдерін, картоп, қант, сары майды көп қолданатын, ал жұмыртқа жеміс-жидек, көкөністердің аз екенін көруге болады [8].

Көптеген зерттеушілердің мәліметі бойынша ана салмағы мен нәрестенің салмақ қосуы арасында тығыз байланыс бар екенін анықтады. Қалыпты салмақтағы жүкті әйел гестация уақытында 12,5 кг, оның 9 кг ішіне - нәресте, плацента гипертрофияға ұшыраған бұлшық еттер, ұлғайған сүт бездері және сұйықтықтың жиналуы кіреді, қалған салмақ май тіндерінің қорын көрсетеді. Ең басты жағдай жүктіліктің соңғы 3 айында 6 кг-нан астам салмақ қосу болып табылады [9].

Босану - босану әрекетінің ауқуларымен, қағанақ суларының мезгілінен ерте және босану кезінде ерте кетуімен асқинуы мүмкін. Бала жолдасы бөлінуі және босанғаннан кейінгі ерте кезеңде гипотониялық қан кетулермен асқинуы мүмкін. Босану процесі кезінде ана жамбасы мен нәресте басы өлшемдерінің арасындағы сәйкессіздікті анықтауға болады, яғни клиникалық тар жамбыты. Басы туылғаннан кейін көбінесе иықтардың шығуының қиындауы мүмкін (иықтардың дистоциясы). Ірі нәрестемен босану ана мен нәресте жарақатының жиі себебі болып табылады [9].

Диагностикасы.

Ірі нәресте мәселесіне көптеген ғылыми басылымдар бағытталғанына қарамастан, босану алдында оптималды босануды жүргізу тактикасын құру үшін ірі нәрестені болжау тәжірибелік акушерлікте маңызды болып табылады. Нәресте болжам салмағын көптеген клиникалық мәліметтерге сүйене отырып: жатыр түбінің биіктігін өлшеу, іштің айналымы, нәресте басы мен құйымшақ-төбе өлшеміне сүйене отырып шығарамыз. Нәресте салмағын есептеудің мұндай тәсілдері көптеген жағдайларда: көп сулықта, анасының семіздігінде, көп нәрестелі жүктілікте, плацентаның жатыр түбінде орналасуы кезінде объективті емес [10].

Соңғы жылдары макросомияны антенаталды анықтауда УДЗ алатын орны ерекше. Бірақ УДЗ бірнеше кемшіліктері бар: мысалы бастық бипариеталды диаметрін өлшеу кезінде бастық долихоцефалиялық формасында, көп нәрестелі жүктілікте қателіктер кетуі мүмкін. Қазіргі уақытта 3Д УДЗ аппаратын қолдану дене салмағын өлшеу арқылы диагностикаға көмек көрсетуде [11].

Босануды жүргізу тактикасы.

Ірі нәресте кезінде жоспарлы кесар тілігіне негізгі көрсетулеріне жатады: нәрестенің жамбасымен жатуы, мерзімінен асқан жүктілік, жатыр миомасы және даму ақаулары, ауыр экстрагениталды аурулар, асқынған акушерлік анамнез (өлі туылу, жүктілікті көтере алмаушылық, бедеулік).

Табиғи босану жолы арқылы босануды нәресте жағдайын және босану әрекетін мониторлы бақылау, партограмма толтыру, функционалды тар жамбасты уақытында анықтау, босанудың үшінші кезеңі және босанғаннан кейінгі ерте кезеңдегі қан кетулердің алдын алу арқылы жүргізеді.

Босануды кесар тілігі операциясымен аяқтаймыз: егер босану әрекетінің ауытқулары нақтыласа, ана жамбас мен нәресте басы өлшемдерінің сәйкессіздігінде, нәрестенің қауіпті жағдайы кезінде [11].

Алдын алу.

Нәрестенің макросомиясының алды алу, егер анасында семіздік, қант диабеті кезінде алмасу процестерінің бұзылысында жүргізіледі бұл жағдайларда әйелге диета: құрамында витаминдер мен микроэлементтер бар тамақтану тәртібі тағайындалады.

Тамақтану күніне аздаған порциямен 5-6 рет болуы тиіс, асықпай тамақтанған дұрыс. Қарсы көрсетулер болмаған жағдайда диетамен бірге физикалық жаттығулар тағайындауға болады. Қант диабетімен ауыратын әйелдер қан құрамындағы қанттың мөлшерін қадағалап отыруы тиіс [11].

Зерттеудің мақсаты: ірі нәрестемен босануды жүргізу тактикасын анықтау.

Зерттеудің материалдары мен тәсілдері: 51 әйелдің босану кезеңі бақыланды 20- 40 жас аралығында, оның ішінде 60,7% 20-30 жастағы жүктілер құрады. Паритеті бойынша: алғашқы босанатын әйелдер саны – 33.3%, қайта босанатын әйелдер саны -66,7%.

Акушериялық-гинекологиялық анамнезінде: медициналық түсіктер – 17 (75%), өздігінен түскен түсіктер – 3 (13%), дамымаған жүктілік – 1 (4.3%), кесар тілігі операциясы болғандар - 2 (8.6%).

51 әйелдің босану ағымына келетін болсақ: босану актісінің жалпы ұзақтығы 10 сағат 45 минут болды. Босанудың жалпы ұзақтығы босанудың бірінші кезеңінің ұзаққа созылуына байланысты. Біздің бақылауымыз бойынша босануды қоздыру -20 (39.2%), босануды ынталандыру – 6 (11.7%) жағдайда болды.

Көптеген жағдайларда әйел жамбасы мен нәресте басының өлшемдерінің сәйкес келмеуінің клиникалық көрінісіне қарамастан бақылауға алынған әйелдерде консервативті жолмен – 36 (70,5%) босанды.

Босану кезіндегі оперативті шаралар диспропорцияға байланысты қолданылды. Оперативті жолмен - 15 (29.4%): жоспарлы түрде – 2 (13.3%), шұғыл түрде – 13 (86.7%) жүргізілді.

Жаңа туылған балалардың салмағы 4000,0 – 4800,0. Олардың ішінде 90,2% Апгар шкаласы бойынша 7-8 балға бағаланды, 6-7 балға - 9,8%. Бақылауға алынған әйелдер арасында жаңа туған балаларда ауыр босану жарақаты, өлі туылу және перинаталды өлім-жітім болған жоқ.

Барлық жаңа туылған балалар қанағаттанарлық жағдайда аналарымен 3-5 тәулік аралығында үйіне шығарылды.

Сонымен, қазіргі заманауи акушерлікте, перинатологияда және педиатрияда ірі нәресте мәселесі тек медициналық ғана емес, әлеуметтік де маңызға ие. Бұл мәселемен жіті айналысу перинаталды өлім мен нәресте және жаңа туған баладағы босану жарақатының жоғарылауына байланысты болып отыр. Макросомияның дамуынан жоғары қауіп тобына кіретін пациенттерді анықтау, алдын алу, жүктілік пен босануды оптималды жүргізу босану кезіндегі ана өлімі мен бала жарақатын төмендетуге, ана денсаулығын сақтауға көмектеседі.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Zhang P, Lui B, et al. A study on the relationship between insulin-like growth factor, insulin-like growth factor binding protein-3 and fetal growth retardation//Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.-2004. – Vol.37.2-P.65-68.
- 2 Серов В.Н. Современное акушерство и кесарево сечение /В.Н. Серов// РМЖ. — 2004. — Т.12, № 13. — С. 749-751.
- 3 Панина О.Б., Сичинава Л.Г., Черепнина А.Л. «Крупный плод. Антенатальные факторы риска». Материалы 6 всероссийского научного форума «Мать и дитя».- 2004. – С.193-194.
- 4 Lahmann P.H., Wills R.A.,Coory M. Trends in birth size and macrosomia in Queensland. Australia, from 1988-2005// Paediatr Perinat Epidemiol. – 2005. – Vol. 23 (6). – P. 533-541.
- 5 Zhang X., Decker A., Platt R., Kramer M. How big is too big? Consequences of fetal macrosomia// Am J. Obstetrics and Gynecol. – 2008. – Vol. 198(5). – P. 517.
- 6 Чернуха Е.А. Анатомически и клинически узкий таз/Е.А. Чернуха А.И. Волобуев, Т.К. Пучко. — М.: Триада-Х, 2005. — 256с.\
- 7 Son G.H., Know J.Y Park Y.W., Kim Y.H. Maternal serum triglycerides as predictive factors for large-gestational-age newborns in women with gestational diabetes mellitus //Acta Obstetrics and Gynecol Scand. – 2010. – Vol. 89 (5). – P. 700-704.
- 8 Горемыкина Е.В. Частота и исходы родов у женщин с функционально узким тазом в условиях крупного промышленного центра. автореф. дис... канд. мед. наук /Е.В. Горемыкина. — М., 2006. — 24с.
- 9 Антимонова М.Ю. Научное обоснование системы охраны репродуктивного здоровья семьи: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.Ю. Антимонова. — М., 2007. — 24 с.
- 10 Фролова О.Г. Организация акушерско-гинекологической помощи в современных условиях / О.Г. Фролова //Акушерство и гинекология. — 2007. — №5. С.76-81.
- 11 Айламазян, Э.К., Серов В.Н., Радзинский В.Е., Савельева Г.М. Акушерство. Национальное руководство. Краткое издание. - М., Медицина, 2013. — С.493-495.

С.Ш.ИСЕНОВА, Б.Н.БИЩЕКОВА, Э.К.ШУКЕНОВА, Г. ХАЙБУЛЛАЕВА
Казахский национальный медицинский университет имени С.Асфендиярова
Кафедра акушерства и гинекологии №2. Родильный дом №1 г.Алматы

ПРОБЛЕМЫ КРУПНОГО ПЛОДА В АКУШЕРСТВЕ И ПЕРИНАТОЛОГИИ

Резюме: Одной из актуальных проблем современного акушерства является крупный плод. Показано, что макросомия плода связана с высоким риском акушерской патологии и перинатальной заболеваемостью и является значительной проблемой в связи с высоким риском осложнений, недостаточным пониманием патофизиологии и трудностями профилактики.

Ключевые слова: макросомия, беременность, гестационный диабет, ожирение, масса тела

S. ISENOVA, B. BISHEKOVA, E. SHUKENOVA, G. G. KHAIBULLAYEVA
S.D.Asfendiyarov Kazakh National Medical University
Department of obstetrics and gynecology №2;
№1 maternity hospital, Almaty city.

PROBLEMS OF THE LARGE FETUS IN OBSTETRICS AND PERINATOLOGY

Resume: Large fetus during the pregnancy is one of the actual issues in a modern obstetrics. It is shown, that fetal macrosomia is associated with a high risk of obstetric pathology and perinatal morbidity and is a significant problem due to the high risk of complications, lack of understanding of the pathophysiology and difficulties in taking preventive measures.

Keywords: macrosomia, pregnancy, gestational diabetes, obesity, weight.