

С.Ш. ИСЕНОВА, Э.К. ШУКЕНОВА, Н.М. САГАНДЫКОВА, Ж.Н. НАРИМАНОВА, Г.М. ИСИНА, Н.А. АТАБАЕВА
Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МАКРОСОМИИ

За последние 3 года отмечена тенденция к увеличению частоты рождения новорожденных с макросомией с 8,8% до 14,6%. Осложнения в родах у женщин с крупным плодом представлены: дородовым разрывом плодных оболочек (15%), причем в 13 (16,3%) случаях околоплодные воды были мекониального цвета; слабостью родовой деятельности (7,3%); разрывом мягкой тканой родовых путей (5%). Имело место высокая частота оперативного родоразрешения – 23,8% при макросомии. Операция кесарева сечения произведена в экстренном порядке в 73,6%, при этом по поводу клинически узкого таза – 57,2% и слабости родовой деятельности – 42,8%.

Ключевые слова: Беременность, макросомия, новорожденный, частота, осложнения беременности и родов.

Актуальность проблемы на современном этапе обусловлена увеличением частоты родов крупным плодом (до 20,7%) и отсутствием выраженной тенденции к уменьшению числа осложненного течения родов, перинатальных потерь и повреждений новорожденных [1,2,3,4,5]. По данным ВОЗ частота родов с крупным плодом за период с 1990 по 2012 гг. возросла с 8 до 12%. Процент операций кесарева сечения среди родов крупным плодом увеличился с 5,7% до 26,7% за период с 1990 по 2010 гг. [6].

Социальная значимость проблемы крупного плода определяется высокой частотой осложнений в ante-, intra- и постнатальном периодах и достигает 59,4%, что значительно превышает таковую у пациенток, родивших детей со средней массой тела [7], антенатальная диагностика крупного плода, тактика ведения родов при различной степени макросомии остаются сложной дилеммой в практическом акушерстве. В научной литературе активно обсуждается вопрос о критериях и необходимости проведения оперативных родов в плановом порядке при макросомии.

Установлено, что рождение крупного плода чаще наблюдается в следующих группах беременных: многорожавших, беременных старше 30 лет, женщин, имевшие до родов массу тела более 70 кг и рост более 170 см, беременных с прибавкой в массе тела более 15 кг, больных сахарным диабетом, в случаях рождения крупного плода в анамнезе, а также у беременных с избыточной массой тела.

Доказано, что избыточный вес матери связан с преобладанием сидячего образа жизни и недостаточной физической активностью. Низкий уровень физической активности до и в период беременности также является фактором риска макросомии [8,9]. Восстановление достаточного уровня физической активности до и во время беременности является важной частью профилактики развития крупного плода.

Установлена зависимость развития крупного плода от конституциональных особенностей матери, наследственной предрасположенности, имеющейся эндокринной патологии и особенностей питания.

Особое внимание заслуживает изучение перинатальных исходов при макросомии. Имеются сведения, что с родовые травмы в три раза чаще встречаются при макросомии. Частота такого тяжелого осложнения, как поражение ЦНС гипоксически-травматического генеза, была также выше (3,7% против 1,5%) в группе крупных новорожденных. При макросомии повышается риск такого осложнения периферической нервной системы, как травма плечевого сплетения, которое обусловлено дистоцией плечиков плода: по данным W.M. Gilbert дистоция плечиков осложнила течение родов у 75% крупных новорожденных с травмой плечевого сплетения [10]. По сведениям T.S. Nesbitt и W.M. Gilbert (1990 г.), частота этого осложнения у плодов массой более 4250 г составляет около 10%, а при массе более 4500 г варьирует в пределах 20-30% [11]. Перелом ключиц при макросомии плода диагностируется с частотой от 1% (у новорожденных с массой 4000-4500 г) до 12% при массе более 4500 г, тогда как у нормотрофичных детей этот показатель составляет 0,2-0,9% [12].

Несмотря на то, что проблеме крупного плода посвящено множество научных публикаций, достоверное определение предполагаемой массы плода перед родами с целью выработки оптимальной акушерской тактики остается актуальной для практического акушерства.

Материал и методы исследования: нами проведен ретроспективный анализ клиничко-анамнестических данных, особенностей течения беременности, родов, состояния новорожденных у 110 беременных в 2-х альтернативных группах. Основную группу составили 80 пациенток родивших новорожденных с макросомией (от 4000 гр до 5000 грамм), контрольную группу составили 30 беременных родивших новорожденных с нормальной массой (2500 гр до 4000 грамм).

Результаты исследования.

По данным родильного дома г.Алматы, за последние 3 года (15700 родов) отмечена тенденция к увеличению частоты рождения новорожденных с макросомией с 8,8% до 14,6%.

Исследуемые пациентки были в возрасте от 18 до 42 лет. Средний возраст пациенток основной группы составил 28,56 лет; в контрольной группе 25,3 лет. Следует отметить, что в основной группе пациенток старше 30 лет было в 1,4 раза больше, чем в контрольной группе.

Среди факторов, предрасполагающих к рождению крупного плода, определенное место занимают конституциональные особенности родителей. Средний рост пациенток основной группы составил 164,6 см, в контрольной группе 156,2 см. Обращает внимание, что у каждой четвертой (28,8%) женщины с ростом 150-160 см отмечено рождение новорожденных с массой 4000 гр. и более.

Средняя масса беременных в основной группе составила 75,9 кг, в контрольной 62,5кг.

Анализ показателей индекса массы тела (ИМТ) обследованных беременных показал, что нормальный ИМТ в основной группе - 36,25%, в контрольной группе - 23%. Наличие избыточной массы тела в основной группе в 47,5% в контрольной группе 66,6%. Ожирение различной степени встречалось почти у пациенток основной группы в 16,25%, в контрольной группе 10%.

При оценке соматического анамнеза пациенток выявлена высокая частота экстрагенитальной патологии, более чем у половины исследуемых беременных имеются различные хронические заболевания (67,5 % и 50 %). Различные нозологические формы наблюдались примерно одинаково в обеих группах, но заслуживает внимания большая частота эндокринных заболеваний и заболеваний почек у беременных с крупным плодом. Ведущее место при этом занимает нарушение жирового обмена, которое наблюдалось у каждой второй пациентки с массой плода более 4000 г (49,1 %). В своих исследованиях Е.А. Чернуха (1991), О.Б. Панина с соавт. (2004) также отметили, что рождение детей с крупной массой тела чаще наблюдается при I-II степенях ожирения, M.Voight et al (2008) указывают на высокий риск рождения крупного плода при всех степенях ожирения. У беременных основной группы в 4 раза реже отмечались заболевания мочеполовой системы – 16,25 %.

Анализ паритета родов показал, что число первородящих и повторнородящих среди обследованных основной группы (17,5% и 82,5%), в контрольной группе (36,6% и 63,3%). Однако из 66 повторнородящих основной группы родом предшествовали самопроизвольные выкидыши (8%) и неразвивающиеся беременности (17%), преждевременные роды (12%), внематочная беременность (8%), медицинский аборт (65%) (рисунок 1). Это позволяет предположить, что развитие макросомии может быть обусловлено частой госпитализацией при беременности, ограничением физической нагрузки, боязнью ведения активного образа жизни, психоэмоциональными нарушениями у беременных с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, привычным невынашиванием.

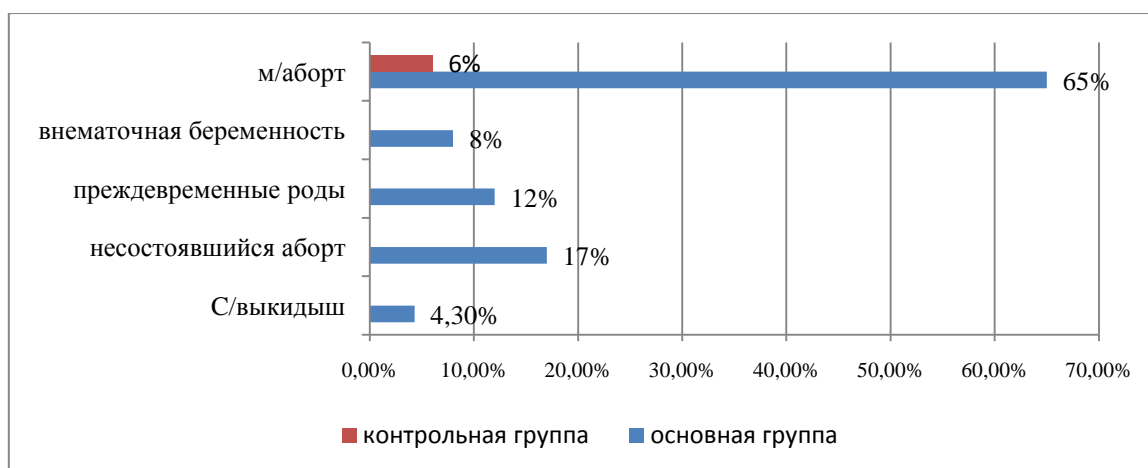


Рисунок 1 - Акушерско-гинекологический анамнез исследуемых пациенток

Осложнения I половины беременности наблюдались практически одинаково часто в двух исследуемых группах: у 57,3 % женщин с основной группы и у 64,3 % с контрольной группы.

Во второй половине беременности у основной группы развивалась преэклампсия легкой степени 5% в основной и 2% контрольной группе.

Во второй половине беременности в двух группах диагностирована анемия, при этом в основной группе она была в 1,5 раза чаще, чем в контрольной (36,25 % и 20 % соответственно).

Таким образом, у пациенток с макросомией отмечаются следующие осложнения периода гестации: анемия (36,25%), преэклампсия легкой степени (5%).

Безусловно, что наличие крупного плода способствует увеличению частоты осложнений не только во время беременности, но и в родах.

Осложнения в родах у женщин основной группы представлены: дородовым разрывом плодных оболочек (15%), причем в 13 (16,3%) случаях околоплодные воды были мекониальными; слабостью родовой деятельности (7,3%); разрывом мягких тканей родовых путей (5 %), включая травмы промежности, слизистой влагалища и шейки матки. В группе сравнения частота дородового разрыва плодных оболочек составила 10%, но в отличие от основной группы чаще встречалось раннее излитие околоплодных вод. Частота слабости родовой деятельности была в 3 раза чаще (7,3%) в основной группе рожениц по сравнению с контрольной группой (2,5%), с увеличением вторичной слабости родовой деятельности при макросомии плода (42,8%).

Анализ течения родового акта показал, что у значительной части пациенток роды были осложненными. В основной группе имело место высокая частота оперативного родоразрешения – 23,8%. Основными показаниями к плановой операции кесарева сечения у беременных основной группы явились: предполагаемая масса плода более 4500 г (30,8%). Второе место занимают сочетанные показания (возраст первородящей старше 30 лет, гибель или инвалидизация ребенка в процессе предыдущих родов и др.) (25,5%), далее практически в одинаковом соотношении показаниями к оперативному родоразрешению явились экстрагенитальные заболевания (12,8%), тазовое предлежание, рубец на матке в сочетании с крупной массой плода. Тенденция к перенашиванию с отсутствием эффекта от дородовой подготовки встречается в 2 раза чаще при основной группе (10,3%), чем в контрольной группе (4,3%).

Операция кесарева сечения произведена в экстренном порядке в основной группе в 73,6% и в 6% в контрольной группе. Показаниями к операции кесарева сечения в экстренном порядке в основной группы было по поводу клинически узкого таза – 57,2 % и слабости родовой деятельности – 42,8% (в контрольной группе 1% и 6,6%, соответственно).

Средняя кровопотеря в родах у рожениц основной группы составила $369,3 \pm 14,7$ мл, что достоверно не отличалась от группы сравнения ($334,6 \pm 17,5$ мл). При операции кесарева сечения общая кровопотеря также существенно не отличалась - $881,4 \pm 83,6$ мл (800,0-1200,0 мл) и $856,1 \pm 52,7$ мл (650,0-850,0 мл, соответственно). Однако, обращает внимание, что уровень гемоглобина в послеродовом периоде был достоверно ниже у родильниц основной группы, возможно связанное с неточностями определения объема кровопотери.

Течение послеоперационного и послеродового периода у женщин второй и сравнительной группы не имел осложнений, у пациенток основной группы имели место в 5% случаев субинволюция матки, в 3% наблюдений расхождение швов на промежности и в 2% инфильтрация послеоперационных швов после операции кесарева сечения.

При рождении нами оценивалось функциональное состояние новорожденных по шкале Апгар, физическое развитие и зрелость относительно срока гестации. Проводилось динамическое клиническое наблюдение за функциями основных систем организма и течением раннего неонатального периода.

При сравнении перинатальных исходов для обеих исследуемых групп установлено, что в основной группе в удовлетворительном состоянии (оценка по шкале Апгар на 1 минуте 8-10 баллов) родилось 40 новорожденных (50%) и 40 (50%) родились в состоянии легкой асфиксии (оценка по шкале Апгар на 1 минуте 5-7 баллов). В контрольной группе сравнения данные показатели составляли 22 (73,0%) и 8 (26,0%) соответственно, т.е. легкая асфиксия встречалась чаще в основной группе.

Число новорожденных мужского и женского пола в обеих группах было примерно одинаковое. С крупной массой родилось достоверно больше мальчиков (67,5%) чем девочек - (32,5%). С массой более 5000 г рождались только мальчики, что согласуется с литературными данными - Л.А. Акопян (1989) объясняет более выраженным анаболическим действием андрогенов на плод.

Таким образом, по данным родильного дома г.Алматы, за последние 3 года (15700 родов) отмечена тенденция к увеличению частоты рождения новорожденных с макросомией с 8,8% до 14,6%. Отмечено, что при макросомии пациенток старше 30 лет было в 1,4 раза больше, чем в контрольной группе. Обращает внимание, что у каждой четвертой (28,8%) женщины с ростом 150-160 см отмечено рождение новорожденных с массой 4000 гр. и более.

Ожирение различной степени встречалось почти у пациенток основной группы в 16,25%, в контрольной группе 10%. Полученные данные, наличие избыточного веса в обеих группах отражают медико-социальные проблемы современного общества. Ведущее место при этом занимает нарушение жирового обмена, которое наблюдалось у каждой второй пациентки с массой плода более 4000 г (49,1 %). У беременных основной группы в 4 раза реже отмечались заболевания мочеполовой системы - 16,25 %. Макросомия чаще наблюдалась среди повторнородящих с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (самопроизвольными выкидышами, неразвивающиеся беременность, преждевременными родами, внематочной беременностью, медицинским аборт). У пациенток с макросомией отмечаются следующие осложнения периода гестации: анемия (36,25%), преэклампсия легкой степени (5%). Осложнения в родах у женщин с крупным плодом представлены: дородовым разрывом плодных оболочек (15%), причем в 13 (16,3%) случаях околоплодные воды были мекониального цвета; слабостью родовой деятельности (7,3%); разрывом мягких тканей родовых путей (5 %), включая травмы промежности, слизистой влагалища и шейки матки. Анализ течения родового акта показал, что имело место высокая частота оперативного родоразрешения - 23,8% при макросомии. Операция кесарева сечения произведена в экстренном порядке в основной группе в 73,6% при макросомии по поводу клинически узкого таза - 57,2 % и слабости родовой деятельности - 42,8%. Обращает внимание, низкий уровень гемоглобина в послеродовом периоде у родильниц с крупным плодом. С крупной массой родилось достоверно больше мальчиков (67,5%) чем девочек (32,5%). С массой более 5000 г рождались только мальчики. При сравнении перинатальных исходов при макросомии 50% новорожденных родились в состоянии легкой асфиксии.

С учетом полученных достоверных данных об осложненном течении беременности, родов, послеродового периода, а также состоянии новорожденных при макросомии данная проблема требует дальнейшего углубленного исследования для профилактики и оптимизации методов диагностики и выбора тактики родоразрешения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Мыльников Ю.В, Протопова Н.В. Современные аспекты макросомии // Сибирский медицинский журнал. - Иркутск: - 2010. - С. 86-89
- 2 Мыльникова Ю.В. Прогнозирование массы плода и оптимизация тактика введения беременности с макросомией. -Иркутск: 2010. - 163. - 49 с.
- 3 Гульченко О.В. Перинатальные и акушерские исходы при крупном плоде: Автореф. дисс. ... канд. мед. -. М., 2010 - 112 с.
- 4 Campbell Stuart. Fetal macrosomia : a problem in need of a policy // Journal Ultrasound in Obstetrics & Gynecology. - 2014. - V. 43. - №1. - P. 3-10
- 5 Myngheer N, Allegaert K, Hattersley A, McDonald T, Kramer H , Frances M.Ashcroft, Verhaeghe J, Mathieu C, Casteels K Fetal macrosomia and neonatal Hyperinsulinemic Hypoglycemia associated with transplacental transfer of sulfonylurea in a mother with KCNJ11- related neonatal diabetes// Journal Diabetes Care. - 2014. - №37(12). - 156 p.
- 6 Dr Ai Koyanagi MD, Prof Jun Zhang PHD Gulmezoglu A.M. //Macrosomia in 23 developing countries : an analysis of a multicountry, facility -based, cross-sectional survey// Journal The Lancet. - 2013. - P. 476-483
- 7 Wang D., Hong Y.,Zhu L.,Wanh X., Zhou Q. //Risk factors and outcomes of macrosomia in China : a multicentric survey based on birth data// The journal of maternal -Fetal & Neonatal Medicine. - 2017. - V. 30. - № 5. - P. 623-627
- 8 Dennedy M.C., Dunne F. Macrosomia :defining the problem world wide// Journal The Lancet. - 2013. - P. 435-436

S.S. ISENOVA, E.K. SHUKENOVA, N.M. SAGANDYKOVA, ZH.N. NARIMANOVA, G.M. ISIN, N.A. ATABAYEVA
CLINICAL ASPECTS OF MACROSOMIA

Resume: Over the last 3 years, there has been a trend towards an increase in the birth rate of newborns with macrosomia from 8.8% to 14.6%. Complications in childbirth in women with a large fetus are: prenatal rupture of membranes (15%), and in 13 (16.3%) cases amniotic fluid was of meconial color; Weakness of labor (7.3%); Rupture of soft tissues of the birth canal (5%). There was a high incidence of operative delivery - 23.8% in macrosomia. Caesarean section operation was performed urgently in 73.6%, while in the case of the clinically narrow pelvis - 57.2% and weakness of labor activity - 42.8%.

Keywords: Pregnancy, macrosomia, newborn, frequency, complications of pregnancy and childbirth

С.Ш. ИСЕНОВА, Э.К. ШУКЕНОВА, Н.М. САГАНДЫКОВА, Ж.Н. НАРИМАНОВА, Г.М. ИСИНА, Н.А. АТАБАЕВА
МАКРОСОМИЯНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ

Түйін: Соңғы 3 жылда макросомиямен туылған нәрестелердің жиілігі 8,8% -тен 14,6%-ке дейін өсуі байқалады. Үлкен салмақты нәрестелерді босану кезінде әйелдерде кездесетін асқынулар:Қағанақ суының босануға дейін ағып кетуі (15%), оның ішінде қағанақ суының түсінің меконилі болуы 13 (16,3%) ; босану кезеңінің әлсіздігі (7,3%); жұмсақ тіндердің жыртылуы (5 %).Сонымен қатар макросомия кезінде босануды операция жолымен жүргізу жиілігі 23,8%. Шұғыл түрдегі кесар тілігінің кездесу жиілігі 73,6%, оның ішінде клиникалық тар жамбас – 57,2 %, босану кезеңінің әлсіздігі 42,8%.

Түйінді сөздер: Жүктілік, макросомия, жаңа туылған нәресте, жүктіліктің және босанудың асқынулары.