

МАКРОСОМИЯ ПЛОДА: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Мурадова Турсуной Исмаилджоневна

Заведующая отделением гинекологии

Камашинского медицинского объединения, Кашкадарьинской области,
Республика Узбекистан.

E-mail: sayfullayevaferuzabonu4@gmail.com

Юлдашева Д.Ю, Ахмедова Г.А, Чориева Г.З.

ABSTRACT

Одной из значимых медико-социальных проблем является беременность и роды при наличии крупного плода. Макросомия плода (МП) – состояние, при котором (в зависимости от используемого способа определения) вес ребенка составляет более 4000–4500 г, или отмечается превышение 90-го перцентиля по его размерам по перцентильной шкале, разработанной для конкретной популяции. Целью моей статьи является изучение происхождения макросомии и ее предотвращения.

Keywords: «крупный» и «гигантский» плод, пробы Леопольда, «новорожденного с избыточным весом», «клинически узкий таз» (тазово-головная диспропорция плодового генеза).

В течение нескольких десятилетий во многих частях мира наблюдается рост распространенности крупных новорожденных. Существует достаточно доказательств того, что макросомия плода связана с повышенным риском осложнений как для матери, так и для новорожденного. В современном акушерстве макросомия плода представляет собой частую клиническую проблему. Появляются доказательства того, что рождение с макросомией также связано с будущими рисками для здоровья.

Результаты крупных когортных исследований подтверждают использование 4500 г в качестве веса, при котором плод следует считать макросомным. Макросомия плода (МП) - термин собирательного характера. Он интегрирует в себе понятия «крупный» и «гигантский» плод. Только в случае, если масса плода варьирует от 4 до 5 кг, его принято считать крупным. А если его масса переходит границу в 5 кг, то его принято считать гигантским. Чаще дети с массой тела более 4000,0 грамм рождаются у многорожавших женщин, при наличии ожирения и сахарного диабета (СД) [1].

Взвешивание новорожденного после родов является единственным способом точной диагностики макросомии, так как методы пренатальной диагностики (оценка материнских факторов риска, клиническое обследование и ультразвуковое исследование плода) остаются неточными. По данным АСОГ, пробы Леопольда и измерение высоты дна матки над лобковым симфизом матери являются двумя основными методами клинической оценки массы плода. Использование любого из этих методов по отдельности считается плохим предиктором макросомии плода; следовательно, они должны быть объединены для получения более точного измерения. Ультразвуковое исследование плода служит средством для исключения диагноза макросомии плода, что может помочь избежать материнской заболеваемости, но считается не более точным, чем маневр Леопольда. В последние десятилетия отмечена тенденция к увеличению числа родов плодами с признаками макросомии. В середине двадцатого века плоды с макросомией встречались в 8,8% от всех родов, а гигантские - с частотой 1 случай на 3000 родов. По данным современных авторов, частота родов крупным плодом составляет от 8 до 18,5% [2-3].

По данным комитета АСОГ, факторы риска (за исключением существовавшего ранее сахарного диабета) для макросомии плода в порядке убывания значимости следующие: макросомия в анамнезе, вес матери до беременности, увеличение веса во время беременности, многоплодие, плод мужского пола, гестационный возраст. более 40 недель, этническая принадлежность, вес матери при рождении, рост матери, возраст матери моложе 17 лет и положительный результат скрининга на 50 г глюкозы с отрицательным результатом трехчасового теста на толерантность к глюкозе.

В связи с этим, снижение материнской и перинатальной смертности - первостепенная задача акушеров-гинекологов. Особое внимание уделяется беременным группы высокого риска по развитию перинатальной патологии, к числу которых относятся пациентки с крупным плодом [4]. Роды при массе плода 4000 г и более часто протекают с осложнениями: наблюдается первичная и вторичная слабость родовой деятельности, несвоевременное излитие околоплодных вод; тазово-головная диспропорция плодового гонеза встречается в 5 раз чаще, чем при нормальных размерах плода; достоверно чаще в потужном периоде формируется дистоция плечиков. Поэтому при диагностировании крупного плода увеличивается число плановых операций кесарева сечения, оперативных вагинальных родов [4]. При МП значительно возрастает риск синдрома аспирации околоплодных вод, родовой травмы у матери и ребенка, регистрируется более высокая частота асфиксии при рождении. В последовом и раннем послеродовом периодах ввиду перерастяжения матки из-за крупного

плода чаще возникают гипотонические кровотечения. Беременные с МП относятся к группе высокого риска перинатальной патологии, так как осложнения в родах у них встречаются гораздо чаще, чем у пациенток с нормальной массой плода [3]. Достоверно чаще у женщин в родах при МП регистрируются преждевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, дистоция плечиков, родовая травма, «клинически узкий таз» (тазово-головная диспропорция плодового генеа), аспирация околоплодных вод, гипогликемия у новорожденного, гипотонические кровотечения в послеродовых периодах [3].

Хотя причины высокой массы тела при рождении включают как генетические факторы, так и факторы окружающей среды, быстрый рост распространенности крупных новорожденных имеет экологические причины. Имеются обширные данные о том, что центральную роль играют материнский избыточный вес и связанные с ним метаболические изменения, включая диабет 2 типа и гестационный диабет. Существует мало исследований влияния вмешательства до и/или во время беременности на риск рождения «новорожденного с избыточным весом». Однако представляется рациональным, что профилактические меры должны в первую очередь осуществляться до беременности и должны включать рекомендации по питанию и физической активности, чтобы снизить распространенность избыточного веса. Во время беременности ограниченная прибавка в весе, особенно у женщин с ожирением, по-видимому, снижает риск макросомии, как и хороший контроль уровня глюкозы в плазме у больных диабетом. Прогнозирование макросомии плода остается неточной задачей даже при использовании современного ультразвукового оборудования. Существует мало доказательств того, что плановые плановые роды (индукция или кесарево сечение) только по причине подозрения на макросомию должны применяться в общей популяции. Вагинальное родоразрешение плода с макросомой требует внимательного отношения со стороны опытного акушера и готовности к оперативному родоразрешению, дистоции плечиков и асфиксии новорожденного.

ЛИТЕРАТУРА: (REFERENCES)

1. Акушерство: национальное руководство / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.- 1200с.

2. Андреев, Е.М. Сравнительный анализ данных из разных источников о числе рожденных детей / М. Андреев, Т.Л. Харькова // Вопросы статистики. - 2013. - № 5. - С. 38-46.
3. Баева, И.Ю. Перинатальные исходы при крупном плоде у женщин без сахарного диабета / И.Ю. Баева, О.Д. Константинова // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2015. - Т. 15. - №5. - С. 64-68.
4. Гарбузова, М.А. Осложнения и риски при гестационном сахарном диабете / М.А. Гарбузова, А.М. Мкртумян // Справочник поликлинического врача. -2013. - № 9. - С. 55-59.
5. Тагунец, Н.И. Акушерские и перинатальные исходы при макросомии плода недиабетического генеза / Н.И. Тагунец, Р.Т. Мирсабурова // Вестник Авиценны. - 2012. - № 3. - С. 84 - 88.
6. Серия «Национальные руководства», Андреев, Е.М. Сравнительный анализ данных из разных источников о числе рожденных детей / М. Андреев, Т.Л. Харькова // Вопросы статистики. - 2013. - № 5. - С. 38-46.