

Анализ перинатальных исходов при беременности крупным плодом

С.С.Лубяная, С.Н.Манищенко, Н.В.Терехова

Луганский государственный медицинский университет, кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии
Луганск, Украина

В статье представлены результаты ретроспективного анализа 6127 историй родов за 2001-2004 гг. Установлено увеличение рождаемости детей с массой тела более 4500 г и гигантских плодов. Доля первородящих оказалась в 2 раза выше. Частота кесарева сечения при макросомии плода увеличилась до 38,2% в 2004 г. Наиболее частыми показаниями для экстренного родоразрешения были слабость родовой деятельности (32,6%) и клинически узкий таз (27,2%). Частота умеренной асфиксии снизилась в 5,1 раза к 2004 г.

Ключевые слова: макросомия, кесарево сечение, родовая травма.

ВВЕДЕНИЕ

Многими отечественными и зарубежными исследователями, изучающими проблему макросомии плода, за последние десять лет отмечена тенденция к увеличению числа родов крупным плодом, частота которых, по различным данным, варьирует в пределах 8-18,5% [1]. Особое внимание к проблеме крупного плода обусловлено тем, что показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности при макросомии плода выше, чем в популяции целом. Высокая частота асфиксии и родового травматизма при крупном плоде имеет большое медицинское и социальное значение [2, 3]. Несмотря на вышесказанное, в последние годы практически нет публикаций, посвященных изучению этиологии и патогенеза макросомии плода, не выработаны и методы профилактики. Работа является фрагментом комплексной научной программы кафедры.

Цель исследования было изучить актуальность проблемы макросомии плода на современном этапе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для анализа перинатальных исходов при крупном плоде был проведен ретроспективный анализ архивного материала (6127 историй родов и историй развития новорожденного). В основную группу вошли 461 женщина, родившие детей массой тела 4000 г и более в 2001-2004 гг. В контрольную группу вошли 5120 родов доношенными детьми с нормальной массой тела (2800-3999 г). Статистическая обработка полученных результатов проводилась на персональном компьютере с помощью пакета прикладных программ и принципов вариационной статистики. Достоверность значений определяли по угловому преобразователю Фишера, уровень значимости определялся при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно нашим исследованиям, за период с 2001 по 2004 г. на фоне увеличения общего количества родов в родильном доме №3 г. Луганска в 1,67 раза возросла частота макросомии в 2,1 раза. Если в 2001 г. частота родов крупным плодом составила 7,1%, в 2002 г. — 7,9%, в 2003 г. — 7,9%, то наибольшее количество родов крупным плодом произошло в 2004 г. — 9,1%.

Как видно из табл. 1, ежегодно преобладают новорожденные с массой тела 4000-4200 г. Интересно отметить, что, несмотря на увеличение частоты рождения крупных детей, гигантские плоды в 2001-3003 гг. не рождались, а в 2004 г. было отмечено рождение гигантских плодов в 2 случаях (1,3%). Кроме того наметилась тенденция к рождению детей с массой тела более 4500-4700 г в 2004 г. и установлено достоверное увеличение частоты рождения детей с массой тела 4700-5000 г в 2004 г. Таким образом, в 2004 г. на фоне роста общей частоты макросомий установлено пре-

ТАБЛИЦА 1

Распределение крупных плодов в зависимости от массы тела при рождении среди обследованных за период 2001-2004 гг. (n=461)

| Масса тела, г | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|---------------|---------|---------|---------|---------|
| | абс./% | абс./% | абс./% | абс./% |
| 4000-4200 | 42/58,3 | 81/60,0 | 60/57,1 | 89/59,7 |
| 4201-4500 | 25/34,7 | 40/29,6 | 32/30,5 | 35/23,5 |
| 4501-4700 | 3/4,2 | 13/9,6 | 10/9,5 | 16/10,7 |
| 4700-5000 | 2/2,8 | 1/0,7 | 3/2,9 | 7/4,7* |
| более 5000 | 0 | 0 | 0 | 2/1,3 |
| Всего | 72 | 135 | 105 | 149 |

Примечание: * – $p < 0,05$ по сравнению с 2002 г.

обладание в структуре детей с массой тела более 4500 г – 16,7% против 7% в 2001 г. ($p < 0,05$), 10,3% в 2002 г. ($p > 0,05$) и 12,4% в 2003 г. ($p > 0,05$).

Как видно из табл. 2, наименьшее количество молодых женщин в возрасте до 21 года было в 2003 г. – 8,6% по сравнению с другими годами, где в этом возрасте была каждая четвертая женщина. Ежегодно преобладают женщины в возрасте 22-26 лет. Наибольшее количество пациенток старше 32 лет было в 2003 и 2004 гг. В этот же период установлено наибольшее число родов с массой тела более 4500 г. Доля первородящих и повторнородящих пациенток, родивших крупных детей в 2001 г., была 72,2% и 27,8%, в 2002 г. – 64,4% и 35,6%, в 2003 г. – 53,3% и 46,7%, в 2004 г. – 64,4% и 35,6% соответственно. Таким образом, по нашим данным, крупные плоды чаще были у первородящих женщин. Следует отметить, что удельный вес пациенток, у которых было три и более родов, составил в 2001 г. 6,9%, в 2002 г. – 12,6%, в 2003 г. – 5,7%, в 2004 г. – 6,0%. Среди повторнородящих роды крупным плодом в анамнезе были у 5,5% в 2001 г., у 6,7% в 2002 г., у 5,7% в 2003 г. и у 13,4% в 2004 г. Следовательно, доля многорожавших женщин преобладала по сравнению с другими периодами в 2002 г. Количество повторнородящих женщин с крупными плодами в анамнезе возросло в 2004 г. в 2,4 раза. Учитывая наибольшее количество макросомий в 2004 г., можно думать, что антенатальным фактором риска является наличие родов крупным плодом в анамнезе. По мнению ряда авторов, многократные роды являются предрасполагающим фактором развития макросомий [4]. Характерной была наибольшая частота рождения мальчиков по сравнению с девочками: 68,1% и 31,9% в 2001 г., 64,4% и 35,6% в 2002 г., 57,1% и 42,9% в 2003 г., 67,8% и 32,2% в 2004 г. соответственно. Из вышесказанного следует, что мужской пол является также антенатальным фактором риска макросомий.

ТАБЛИЦА 2

Распределение женщин по возрасту, родивших крупных детей

| Возраст (лет) | 2001 (n=72) | 2002 (n=135) | 2003 (n=105) | 2004 (n=149) |
|---------------|-------------|--------------|--------------|--------------|
| | абс./% | абс./% | абс./% | абс./% |
| До 16 лет | 0 | 1/0,7 | 1/0,95 | 1/0,67 |
| 17-21 | 19/26,4 | 33/24,4 | 8/7,6*^ | 30/20,1# |
| 22-26 | 27/37,5 | 54/40,0 | 33/31,4 | 53/35,6 |
| 27-31 | 17/23,6 | 33/24,4 | 37/35,2 | 34/22,8 |
| 32-36 | 6/8,3 | 14/10,4 | 24/22,9*^ | 23/15,4 |
| свыше 37 | 3/4,2 | 0 | 2/1,9 | 8/5,4 |

Примечания: * – $p < 0,05$ по сравнению с 2001 г.; ^ – $p < 0,05$ по сравнению с 2002 г.; # – $p < 0,05$ по сравнению с 2003 г.

Помимо этого за период с 2001 по 2004 г. в нашей клинике частота оперативного родоразрешения среди беременных и рожениц с макросомией плода увеличилась в 1,5 раза – с 25% до 38,3% ($p < 0,05$). Общепринято, что кесарево сечение при макросомии производится в среднем в 2 раза чаще, чем в родах плодом с массой 2900-3900 г [5]. Выявлен также высокий процент (82,7%) оперативного родоразрешения по экстренным показаниям: первичная слабость родовой деятельности, не поддающаяся медицинской коррекции – 32,6%, клинически узкий таз – 27,2%, острый дистресс плода – 16,9%, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – 3%, частичное предлежание плаценты с кровотечением – 3%. Все это не противоречит литературным данным о том, что течение интранатального периода нередко осложняется слабостью родовой деятельности, клиническим несоответствием головки плода тазу матери и кровотечением [6]. Угроза разрыва матки по рубцу – 1 случай в 2002 году. В остальных случаях кесарево сечение было произведено в плановом порядке – 17,3%. Отечественные исследователи едины в своем мнении, что оптимальным способом родоразрешения у пациенток с макросомией плода и рубцом на матке является плановое кесарево сечение. Всего родилось 460 детей. В 2002 г. зафиксирован один случай антенатальной гибели плода массой 4500 г на 38 неделе.

Вместе с увеличением частоты крупных плодов, особенно с массой более 4500 г, возросла и заболеваемость в раннем неонатальном периоде с 2001 по 2004 г. в 1,7 раза (табл. 3).

Как видно из табл. 3, по сравнению с 2001 г. произошло увеличение частоты патологической желтухи и одновременно снизилась частота среднетяжелого состояния новорожденных в 2,3 раза, умеренной асфиксии при рождении в 5,1 раза, что, скорее всего, объясняется увеличением оперативного родоразрешения в 2004 г. Кроме

ТАБЛИЦА 3

Структура перинатальной патологии за 2001-2004 гг.

| Патология | Частота патологии | | | |
|---------------------------------------|-------------------|--------------|--------------|--------------|
| | 2001 (n=72) | 2002 (n=135) | 2003 (n=105) | 2004 (n=149) |
| | абс./% | абс./% | абс./% | абс./% |
| Общее состояние тяжелое | 1/1,4 | 1/0,7 | 2/1,9 | 3/2,0 |
| Общее состояние среднетяжелое | 21/29,2 | 10/7,4* | 11/10,5* | 19/12,7* |
| Асфиксия тяжелая | 1/1,4 | 1/0,7 | 1/0,9 | 1/0,7 |
| Асфиксия умеренная | 10/13,9 | 7/5,2* | 12/11,4 | 4/2,7*# |
| Стимуляция самостоятельного дыхания | 12/16,7 | 9/6,7* | 9/8,6 | 19/12,7 |
| Первичная реанимация расширенная | 1/1,4 | 1/0,7 | 2/1,9 | 2/1,3 |
| Синдром постипоксической дезадаптации | 11/15,3 | 6/4,4* | 10/9,5 | 14/9,4 |
| Синдром гипервозбудимости | 15/20,8 | 15/11,1 | 7/6,7* | 26/17,4 |
| Тремор конечностей | 5/6,9 | 4/3,0 | 2/1,9 | 8/5,4 |
| Перелом ключицы | 5/6,9 | 3/2,2 | 5/4,8 | 6/4,0 |
| Кефалогематома | 2/2,8 | 3/2,2 | 5/4,8 | 5/3,4 |
| Плексит | 0 | 1/0,7 | 0 | 3/2,0 |
| Дыхательные расстройства | 0 | 0 | 1/0,9 | 5/3,4 |
| Геморрагический синдром | 1/1,4 | 1/0,7 | 0 | 3/2,0 |
| Патологическая желтуха | 3/4,2 | 14/10,4 | 6/5,7 | 20/13,4*# |

Примечания: * – $p < 0,05$ по сравнению с 2001 г.; # – $p < 0,05$ по сравнению с 2003 г.

того именно в 2003 и 2004 гг. зарегистрированы у крупных детей дыхательные расстройства. Основной удельный вес в заболеваемости составила патологическая неврологическая симптоматика: в 2001 г. – 20,8%, в 2004 г. – 17,4%. Несмотря на увеличение частоты кесарева сечения, перинатальная неврологическая патология не имела тенденции к снижению.

По данным литературы, частота родового травматизма в родах при macrosomii составляет 10-24% [7]. Результатами нашего ретроспективного анализа установлено, что детей с родовой травмой родилось меньше – 8,5%. Данный факт мы связываем с высокой частотой кесарева сечения. К основным родовым травмам относились переломы ключиц – 4,5%, кефалогематомы – 3,3%, плексит верхней конечности – 0,7%. Процент первичной реанимации новорожденных с крупной массой 12,5±4,59% практически соответствует данным ВОЗ о количестве новорожденных, нуждающихся в первичной реанимации, что говорит об адекватной оценке общего состояния новорожденного сразу после рождения.

ВЫВОДЫ

1. Частота рождения детей с массой тела 4500 г и более значительно увеличилась в 2004 г. по сравнению с 2001 г. и составила 16,8%.
2. Macrosomia значительно увеличивает процент оперативного родоразрешения до 38,2%. Несмотря на расширение показаний к кесареву се-

чению при macrosomii у плода, перинатальная заболеваемость возросла, частота родового травматизма практически не изменилась.

3. У новорожденных с крупной массой тела заболевания инфекционного характера отмечаются редко, что может быть связано с неосложненным течением беременности.

4. Высокий процент транзиторных неврологических поражений у данной группы детей свидетельствует о необходимости разработки мероприятий по профилактике развития крупного плода и выработка плана рационального родоразрешения.

Факторы риска рождения крупного плода, особенности течения беременности и родов, а также зависимость перинатальной патологии от массы плода станут предметом наших дальнейших исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Магомедова И.А. Лактационная функция родильниц при macrosomii плода: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.01 «Акушерство и гинекология» / И.А.Магомедова. – Волгоград, 2008. – 24 с.
2. Бегова С.В. Перинатальные исходы при macrosomii у повторнородящих и многорожавших женщин / С.В.Бегова, И.А.Магомедова // Вестник новых медицинских технологий. – 2007. – Т. XIV, № 1. – С. 90-91.
3. Maternal factors associated with fetal weight estimated by ultrasonography / A.S.Melo, M.M.Amorim, S.S.Gondim [et al.] // Obstet. Rev. Bras. Ginecol. – 2008. – Vol. 30. – №9. – P. 459-465.

4. Outcome of second delivery after prior macrosomic infant in women with normal glucose tolerance / R.Mahony, C.Walsh, M.E.Foley [et al.] // *Obstet. Gynecol.* — 2006. — Vol. 107. — №4. — P. 857-862.
5. Active compared with expectant delivery management in women with gestational diabetes: a systematic review / C.T.Witkop, D.Neale, L.M.Wilson, E.B.Bass [et al.] // *Obstet. Gynecol.* — 2009. — Vol. 113. — №1. — P. 193-205.
6. Черепина А.Л. Ведение беременности и родов при крупном плоде / А.Л.Черепина, О.Б.Панина, Л.Н.Олешкевич // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.* — 2005. — Т.4. — №1. — С. 15-19.
7. Ратнер А.Ю. Неврология новорожденных: Острый период и поздние осложнения / А.Ю.Ратнер. — М.: БИНОМ, Лаборатория знаний, 2006. — 368 с.

С.С.Луб'яна, С.М.Маніщенков, Н.В.Терехова. Аналіз перинатальних наслідків при вагітності великим плодом. Луганськ, Україна.

Ключові слова: макросомія, кесарів розтин, пологова травма.

У статті наведені результати ретроспективного аналізу 6127 історій пологів за 2001-2004 рр. Встановлено збільшення народжуваності дітей з масою тіла більш ніж 4500 г та гігантських плодів. Кількість жінок, що народжують уперше, виявилася в 2 рази вище. Частота кесарева розтину при макросомії плода збільшилася до 38,2% в 2004 р. Найбільш частими показаннями для екстреного розродження були слабкість пологової діяльності (32,6%) і клінічно вузький таз (27,2%). Частота помирної асфіксії знизилася в 5,1 разу до 2004 р.

S.S.Lubyanaya, S.N.Manischenkov, N.V.Terekhova. Analysis of the perinatal outcomes at the pregnancy with macrosomia. Lugansk, Ukraine.

Key words: macrosomia, cesarean section, labor trauma.

The results of the retrospective analysis of 6127 histories of labors during 2001-2004 are presented in article. The increase of birth rate of children with weight of the body more than 4500 gr and giant fetus is established. The share primigravida has appeared in 2 times above. Frequency of the cesarean section at the macrosomia of fetus was increased to 38,2% in 2004. A weakness of labor pains (32,6%) and clinically contracted pelvis (27,2%) were most frequent indications for emergency delivery. Frequency of the light asphyxia has decreased in 5,1 times by 2004.

Надійшла до редакції 29.01.2010 р.