

УДК 618.291-07

Казанцева Е.В., Мочалова М.Н., Ахметова Е.С.,
Новопашина Г.Н., Ерофеева Л.Г., Мудров В.А.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С КРУПНЫМ ПЛОДОМ

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Изучено течение беременности, родов и послеродового периода у 220 пациенток с крупным плодом, а также состояние детей при рождении и в раннем неонатальном периоде. Контрольную группу составили 70 беременных с массой плода менее 3700 г. Выявлены прогностически значимые факторы риска возникновения родового травматизма, перинатальной заболеваемости и послеродовых осложнений у беременных с крупным плодом при естественном родоразрешении. К ним относятся отсутствие родов в анамнезе, срок гестации более 39 недель, наличие АКО II, III ст. и сахарного диабета, возраст матери более 35 лет, а также мужской пол плода. Предложена балльная шкала для выбора оптимального метода родоразрешения у беременных с крупным плодом.

Ключевые слова: беременность, крупный плод, макросомия, кесарево сечение, естественные роды, перинатальная заболеваемость.

*Kazantseva E.V., Mochalova M.N., Akhmetova, E.S.,
Novopashina G.N., Erofeeva L.G., Mudrov V.A.*

DETERMINATION OF OPTIMAL METHOD OF DELIVERY IN PREGNANT WOMEN WITH LARGE FRUITS

A study during pregnancy, childbirth and the postpartum period in 220 patients with fetal macrosomia, as well as the status of their infants at birth and in early neonatal period. Control group consisted of 70 pregnant women with normal body weight of the fetus and their newborns. Identified prognostically significant risk factors for birth trauma, perinatal morbidity and obstetric complications in pregnant women with large fruit at birth vaginally. This lack of parity, gestational age over 39 weeks, obesity II, III degree, and diabetes, maternal age over 35 years, and the male fetus. We propose a definition point scale assessment of mode of delivery among pregnant women in this category.

Key words: pregnancy, large fruit, macrosomia, cesarean delivery, natural childbirth, perinatal morbidity.

Введение. Повышение уровня здоровья женщин, особое отношение к беременности как процессу, формирующему потенциал общества, уровень его возможностей и определяющему перспективы развития всего социума, является одной из основных целей национального проекта. В России качество здоровья беременных отражает продолжающееся снижение числа нормальных родов [5, 6]. Пристальное внимание к проблеме крупного плода акушеров и перинатологов во всем мире обусловлено тем, что показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности при макросомии плода выше, чем в популяции в це-

лом. Частота родов крупным плодом составляет от 15 до 23 % [1, 7]. За последние годы отмечается прогрессивный рост родового травматизма, перинатальной заболеваемости и смертности среди детей, родившихся с массой более 4 кг [2]. В связи с этим, задача обеспечения оптимальных условий для родоразрешения у беременных крупным плодом является актуальной и своевременной.

Целью проведенного исследования явилось определение оптимального метода родоразрешения у женщин с крупным плодом.

Материалы и методы. Нами проведен ретро- и проспективный анализ 220 историй родов крупным плодом в МУЗ "Город-

ской родильный дом №1" г. Читы за период 2008-2011 гг. В контрольную группу вошли 70 беременных с предполагаемой массой плода не более 3700 г, сопоставимые с исследуемой группой по возрасту и паритету родов. Все женщины были постоянными жительницами Забайкальского края. Статистическая обработка полученных результатов проводилась путем расчета относительных показателей и ошибки репрезентативности показателей, границы которой находились в пределах повышенной надежности (до 5%). Для подтверждения рабочей гипотезы оценка достоверности различий между группами осуществлялась определением доверительного критерия (F) в пределах статистической значимости при $p < 0,05$ и $p < 0,01$ на основе использования параметрических и непараметрических методов. Итоговая оценка факторов риска проведена с применением пошагового многофакторного регрессионного анализа с помощью компьютерной программы STATISTICA 6.0.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования нами выявлено, что у $86 \pm 2,3\%$ пациенток исследуемой группы роды состоялись на сроке 39-41 недель гестации, в контрольной (у $90 \pm 2,1\%$ женщин) - в 38 - 40 недель. У $76 \pm 3,6\%$ беременных исследуемой группы роды произошли крупным плодом мужского пола, в контрольной группе соотношение рожденных мальчиков и девочек было практически равным $53 \pm 4,3\%$ и $47 \pm 4,6\%$ соответственно. В исследуемой группе число первородящих было $52 \pm 4,2\%$ повторнородящих - $48 \pm 4,1\%$.

При изучении структуры экстрагенитальных заболеваний отмечено, что $68 \pm 3,2\%$ беременных крупным плодом имели алиментарно-конституциональное ожирение (АКО) II, III ст., $12 \pm 3,8\%$ - сахарный диабет (в том числе гестационный). У пациенток контрольной группы эти показатели составили $10 \pm 2,4\%$ и 0% соответственно ($p < 0,05$). При этом у женщин с массой плодов менее 4 кг зарегистрировано АКО только I степени.

Среди осложнений второй половины беременности статистически значимые от-

личия были выявлены при развитии позднего гестоза различной степени тяжести. Практически у половины женщин исследуемой группы ($48 \pm 3,3\%$) диагностирован поздний гестоз, превышая данный показатель контрольной группы в 2 раза ($p < 0,05$).

В плановом порядке оперативным путем родоразрешены $18 \pm 4,5\%$ беременных крупным плодом на сроке 38-39 недель по различным показаниям, $82 \pm 1,5\%$ беременных готовились на естественное родоразрешение. У $77 \pm 2,3\%$ рожениц исследуемой группы роды осложнились несвоевременным излитием околоплодных вод, в контрольной группе этот показатель составил $16 \pm 4\%$ ($p < 0,01$). У половины пациенток с крупным плодом развилась первичная родовая слабость, у $12 \pm 3,2\%$ - вторичная родовая слабость, у $5 \pm 1,3\%$ - дискоординированная родовая деятельность. В группе беременных с массой плода менее 4 кг - $16 \pm 3,3\%$, $4 \pm 1\%$, 1 и $10 \pm 2,3\%$ соответственно ($p < 0,05$).

В исследуемой группе у $60 \pm 2,7\%$ женщин (в 3 раза чаще, чем в контрольной группе) в родах диагностирована внутриутробная гипоксия плода ($p < 0,05$). В $24 \pm 3,3\%$ случаев крупные дети родились с синдромом аспирации мекониальными водами. Рождение детей в состоянии асфиксии различной степени тяжести зарегистрировано у $38 \pm 4,3\%$ рожениц исследуемой группы. В группе контроля диагностирована только асфиксия легкой степени у $12 \pm 1,2\%$ новорожденных ($p < 0,05$). У женщин с крупным плодом при родах через естественные родовые пути показатель родового травматизма у новорожденных составил $70 \pm 3,6\%$ (травмы шейного отдела позвоночника - 42% , переломы ключиц - 12% , кефалогематомы - 6% , внутрижелудочковые кровоизлияния - 10%). В контрольной группе у $10 \pm 1,1\%$ новорожденных диагностированы травмы шейного отдела позвоночника ($p < 0,05$).

У $60 \pm 3,5\%$ женщин с предполагаемым крупным плодом, планируемых на естественное родоразрешение, в конечном итоге произведено экстренное кесарево сечение. В контрольной группе роды закончились оперативным путем у $4 \pm 1\%$ обследуемых ($p < 0,01$). Только у $18 \pm 1,9\%$ пациенток

исследуемой группы естественные роды протекали без осложнений, при этом все женщины были из числа повторнородящих, срок наступления родов не превышал 39 недель и пол плода - женский. Послеродовые гнойно-септические осложнения имели место у $24 \pm 2,2\%$ рожениц исследуемой группы, в группе контроля - у $3 \pm 0,5\%$ пациенток ($p < 0,05$).

На основании проведенного пошагового многофакторного регрессионного анализа полученных результатов выведена математическая модель, преобразованная в шкалу, позволяющую дать оценку вышеуказанным неблагоприятным факторам, в зависимости от их степени тяжести в балловом эквиваленте. По сумме полученных баллов определен оптимальный метод родоразрешения у беременных крупным плодом.

Таблица

Шкала оценки факторов риска в баллах при определении метода родоразрешения у беременных с крупным плодом

Критерии	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла
АКО	0	А О I	А О II	А О III
Наличие сахарного диабета	-	-	-	+
Окружность живота	98-100 см	101-103 см	104-106 см	более 107 см
Рост женщины	выше 167см	163-166 см	159-162 см	ниже 159 см
Возраст женщины	18-23 года	24-29 лет	30-35 лет	более 35 лет
Пол ребенка	женский	-	мужской	-
Паритет родов	повторнородящая	-	-	первородящая
Срок родов	38 нед.	39 нед.	40 нед.	41 нед.

Оценка факторов риска (суммарное количество баллов):

0-5 баллов - безопасные роды через естественные родовые пути;

6-9 баллов - относительное показание к плановому кесареву сечению;

10 баллов и более - абсолютное показание к плановому кесареву сечению.

Выводы. Таким образом, прогностически значимыми неблагоприятными факторами возникновения родового травматизма, перинатальной заболеваемости и

послеродовых осложнений у беременных с крупным плодом при родах через естественные родовые пути можно считать: отсутствие родов в анамнезе, срок гестации более 39 недель, наличие соматических заболеваний (АКО II, III ст. и сахарного диабета), возраст матери более 35 лет, а также мужской пол плода. Полученные данные могут использоваться в качестве дополнительных критериев при выборе оптимального метода родоразрешения у беременных крупным плодом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башмакова Н.В., Кравченко Е.Н. Роль прогнозирования интранатальных факторов риска / Н.В. Башмакова, Е.Н. Кравченко // Акушерство и гинекология - 2008. - №3. - С. 57-61.
2. Бегова С. В. Перинатальные исходы при макросомии у повторнородящих и многобараживших женщин / С. В. Бегова, И. А. Магомедова // Вестник новых медицинских технологий. - 2007. - Том 14, N 1. - С. 90-91.
3. Использование методов распознавания образов при прогнозировании исхода родов для новорожденного ребенка / Г.В. Чашин и [др.] // Математическое моделирование процессов в медицинских и биологических системах: Сборник трудов. - Свердловск, 1982. - С.25-35.
4. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. - 180 с.
5. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия / В.Е. Радзинский. - М.: Изд-во журнала Status Praesens, 2011. - 688с.
6. Серов В.Н. Пути снижения акушерской патологии / В.Н. Серов // Акушерство и гинекология. - 2007. - № 5. - С. 8-12.
7. Boulet S.L. Macrosomic births in the united states: determinants, outcomes, and proposed grades of risk / S.L. Boulet., G.R. Alexander // Am J Obstet Gynecol. - 2003. - №188. - 1372 p.