Клиническая характеристика макросомии плода

Савицкая В.М., Коршикова Р.Л., Акулич Н.С., Дражина О.Г., Романович Е.А.
Белорусский государственный медицинский университет
г. Минск, Республика Беларусь

Введение

По данным ВОЗ частота родов крупным плодом достигла 20% к 2017 году. Макросомия плода ассоциируется с высоким риском осложнений как в антенатальном периоде, так и в родах: слабость родовой деятельности, высокий травматизм матери и плода, дистоция плечиков, кровотечения в последовом и послеродовом периоде. Для новорожденного макросомия повышает риск родового травматизма, гипоксически-ишемических поражений ЦНС, а в отдаленной перспективе – метаболических нарушений и ожирения, развития сахарного диабета. Особого внимания заслуживает рост факторов, способствующих формированию крупного плода: гестационный сахарный диабет, ожирение, эндокринные нарушения, возраст матери старше 40 лет.

Цель: выявить и проанализировать основные причины, приводящие к рождению крупного плода, особенность течения родов у женщин с предполагаемым крупным плодом.

Методы и материалы

Проведен ретроспективный анализ 21 истории родов крупным плодом, проведено полное клинико-лабораторное обследование пациенток.

Постановка клинического диагноза «крупный плод» основана на измерении высоты стояния дна матки, окружности живота, проведения УЗИ плода: измерения окружности головки плода, вычислении предполагаемого веса тела по УЗИ, объективно и формулам для определения массы плода.. К наиболее вероятным признакам крупного плода нужно отнести стояние высоты дна матки (ВДМ) более 42 см, а также увеличение размеров матки в значительной степени.

Обработка статистических материалов проводилась с помощью программы Microsoft Excel 2019.

Результаты и обсуждение

В нашей группе исследования мы отбирали истории родов с массой плода от 4000 и более килограмм. При анализе историй возраст женщин варьировал от 24 лет до 46 лет, медиана 29,5 лет. Среди факторов, предрасполагающих к рождению крупного плода, важную роль играют конституциональные особенности родителей. Средний рост пациенток составил 166 см. Средняя масса беременных составила 80 кг. Средняя прибавка в весе составила 13 кг. Следует отметить, что из всей выборки патологическая прибавка в весе зафиксирована у 11 пациенток (52%).

Экстрагенитальная патология выглядела следующим образом: в 10 случаях (48%) отмечалась эндокринная патология (гипотиреоз), что может указывать на региональные особенности йодного дефицита. У каждой третей пациентки (33%) был выявлен ГСД, что объясняется сочетанием избыточного исходного веса, патологической прибавкой массы тела на фоне гипотиреоза.

Гинекологическая патология была выявлена у 7 пациенток (33%). Структура гинекологической патологии выглядела следующим образом: хронический цервицит 43%, варикозное расширение вен вульвы 43%, дисплазия шейки матки 14%.

При наличии у женщины крупного плода течение беременности практически не отличается от такового при физиологической беременности. К вероятным осложнениям нужно отнести развитие СДВ – синдрома сдавления нижней полой вены – у беременной женщины, а также нарушение функции желудочно-кишечного тракта – ЖКТ.

Тактика ведения беременности при крупном плоде: беременная подлежит полному обследованию с целью исключения многоводия и многоплодия; с целью исключения сахарного диабета – выполнение глюкозо-толерантного теста с последующей организацией консультации эндокринолога; вычисление по формулам и результатам ультразвукового исследования предполагаемой массы тела плода; регулярное выполнение лечебной гимнастики; рациональная диета беременной (сформированная на принципах ведения беременных женщин с ожирением); ограничение приема лекарств, обладающих анаболическим действием.

Тактика ведения родов при наличии крупного плода: перечень основных показаний к выполнению плановой операции кесарева сечения: наличие экстрагенитальных заболеваний; наличие тазового предлежания при крупном плоде; крупный плод у женщины возрастом моложе 18 и старше 30 лет; любая степень сужения и форма анатомически узкого таза; переношенная беременность; миома (или пороки развития матки); отягощение акушерского анамнеза (привычное невынашивание, мертворождение и бесплодие при использовании репродуктивных вспомогательных технологий).

Рекомендуемый план ведения родоразрешения через естественные родовые пути: ведение партограммы; мониторинг сократительной способности матки и состояния плода; выполнение своевременного обезболивания и введение спазмолитиков; выполнение повторной пельвиометрии – измерения размеров таза – и дополнительных измерений таза с уточнением имеющихся размеров плода; выполнение своевременной диагностики функционально узкого таза; своевременное введение утеротоников для профилактики слабости потуг; профилактика возникновения кровотечений в течение третьего и раннего послеродового периодов.

В случае выявления появившихся аномалий родовой деятельности, наличия несоответствий основных размеров таза матери с измеряемыми параметрами головки плода или гипоксии плода, роды необходимо закончить операцией кесарева сечения.

Заключение

Согласно нашему исследованию и данным литературы, роды крупным плодом чаще всего наблюдаются на фоне экстрагенитальной патологии: гипотиреоз (48%), ГСД (33%) и патологическая прибавка массы тела (52%). К каждой беременной крупным плодом необходим индивидуальный подход и прогнозирование исхода родов. Роды чаще всего заканчиваются операцией кесарева сечения в нашем наблюдении — (52%).

Наиболее частыми осложнениями родов явились: преждевременный разрыв плодных оболочек (46%), дистресс плода (31%) и разрывы шейки матки (23%). Новорожденных с крупной массой тела независимо от состояния при рождении следует относить к группе высокого риска по развитию различных нарушений в раннем неонатальном периоде.

Группы риска новорождённых с массой тела свыше 4, 0 кг, или 4000 г: родовая травма; ранняя неонатальная заболеваемость и смертность; развитие патологии деятельности центральной нервной системы; развитие асфиксии; возникновение метаболических расстройств.

Самое главное – это выжидательная тактика ведения родов со своевременной диагностикой выявленных осложнений и