

**ВЫБОР МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ  
И В РОДАХ ПРИ КРУПНОМ ПЛОДЕ**

**Кубанычбек к. Н., Т.Х. Тепеева, М.М. Омурбекова, З.З. Исакова**  
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
кафедра акушерства и гинекологии №1  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

*E-mail: Nazgul.kubanychbekkyzy@list.ru*

**Резюме.** В данной статье представлен ретроспективный анализ 76 историй родов женщин с крупным плодом родоразрешенных оперативным путем в ГКЦ г. Бишкек. Проведен анализ литературных данных, изучена частота макросомии, предрасполагающие факторы развития крупного плода, методы родоразрешения во время беременности и в родах при крупном плоде.

**Ключевые слова:** макросомия, беременность, операция кесарево сечение.

**КОШ БОЙЛУУ ЖАНА ТӨРӨТ МЕЗГИЛИНДЕГИ ИРИ ТҮЙҮЛДҮКТҮ  
ЖАРЫККА АЛЫП КЕЛҮҮ УСУЛУН ТАНДОО**

**Кубанычбек к. Н., Т.Х. Тепеева, М.М. Омурбекова, З.З. Исакова**  
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы,  
№1 Акушерство жана гинекология кафедрасы  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Бул макалада Бишкек шаарындагы Шаардык перинаталдык борборунан 76 аялдардын ири түйүлдүк төрөө таржымаалдарынын ретроспективтик талдоолору берилген. Адабий маалыматтарга талдоо жүргүзүлгөн, ири түйүлдүктүн өнүгүшүнүн, өнүгүшүнө өбөлгө болуучу факторлор, кош бойлуу жана төрөт мезгилиндеги ири түйүлдүктү жарыкка алып келүү усулун тандоо.

**Негизги сөздөр:** макросомия, кош бойлуулук, операциялык жол менен төрөтүү.

**CHOICE OF METHOD OF DELIVERY DURING PREGNANCY  
AND IN CHILDBIRTH WITH A BIG FETUS**

**Kubanychbek k. N., T.H. Teepeeva, M.M. Omurbekova, Z.Z. Isakova**  
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,  
Chair of Obstetrics and Gynecology №1  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary.** This article presents a retrospective analysis of 76 stories birth of women with macrosomia delivery operational by the CPC Bishkek. Spend a literary analysis, studied the frequency of macrosomia, predisposing factors for the development of a macrosomia, choice of method of delivery during pregnancy and in childbirth with a big fetus.

**Key words:** macrosomia, pregnancy, cesarean section.

**Введение.** Беременность и роды крупным плодом относят к группе высокого риска по развитию различной перинатальной патологии. Ежегодно при мак-

росомии происходит увеличение частоты родового травматизма, перинатальной заболеваемости [1]. По данным европейских исследований в настоящее время количество младенцев, имеющих при рождении массу тела 4000 г и более, составляет 5-10%, а 50 лет назад - всего 0,5-1% [2,3]. По результатам исследований в России за 20 лет наблюдается рост частоты рождения крупных детей (с 7,7% в 1980 г. до 12,7% в 2003 г.) [4]. А по данным мировой статистики частота рождения крупных новорожденных колеблется от 2,5% до 20,7% [3,5]. Самая высокая в мире частота родов крупным плодом достигающая 36%, зарегистрирована у коренных жителей канадских провинций Квебек и Онтарио [1]. Большинство исследователей считают, что проблема крупного плода связана с повышенным риском развития неблагоприятных перинатальных исходов [6]. Так, у пациенток с макросомией плода значительно чаще развиваются угроза прерывания беременности, пиелонефрит, гипертензия, анемия, гестоз первой половины беременности, отеки и многоводие [7]. Вторая половина беременности осложняется гипертензивными нарушениями беременных и анемией, а роды слабостью родовой деятельности, клинически узким тазом, что может привести к развитию острой гипоксии плода. В послеродовом периоде при крупном плоде чаще встречаются травмы мягких тканей родовых путей, а также гипотония или атония матки, приводящая к кровотечению [7]. У новорожденных с крупной массой тела чаще наблюдаются повреждения плечевого сплетения, мекониальная аспирация, неврологические нарушения [6]. Дистоция плечиков в родах крупным плодом встречается в 5,4-19% случаев, что в 4-40% приводит к параличам верхних конечностей у ново-

рожденных, а также к переломом ключицы и плечевой кости [1].

Таким образом, общее число осложнений у женщин, родивших крупных детей, в 4 раза больше, чем при нормосомии. Антенатальная диагностика макросомии сочетается с заметным ростом частоты кесарева сечения (26-40% в сочетанных показаниях), однако без заметного снижения частоты дистоксии плечиков и травмирования плода [8].

**Целью** нашего исследования явилось изучение показаний оперативного родоразрешения во время беременности и в родах при крупном плоде.

### **Материалы и методы**

Нами проведен ретроспективный анализ 76 историй родов беременных крупным плодом родивших в Городском Перинатальном Центре (ГПЦ) в 2018 г. в Бишкек. За 2018 в ГПЦ было зарегистрировано 9773 родов, из них 1515 путем операции кесарева сечения, что составило 15,5% от общего количества. Из 9773 родов крупный плод был диагностирован у 281 рожениц, что составило 2,9%. Из них операций кесарево сечений - 76 (27,05%) всех родов с крупным плодом. В протоколах тщательно оценивался анамнез, объективные данные, соматический статус, течение беременности, родов и послеродового периода, а также состояние новорожденных. Статистическая обработка выполнялась статистической программой Microsoft Excel 2010.

### **Результаты и их обсуждение**

Все пациентки в зависимости от времени проведения операции были распределены на 2 группы: группа А – беременные прооперированные в плановом порядке (n=29), группа В операции проведены в экстренном порядке (n=47) (Рис. 1).

По возрастной категории обследуемая группа женщин разделены следующим образом:

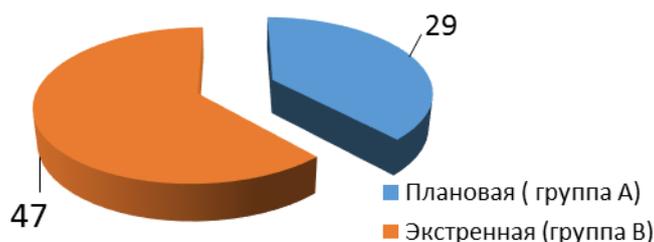


Рис. 1 Число женщин родоразрешенных оперативным путем.

- Возраст рожениц в группе с 18 до 20 лет составил 1, с 21 до 25 лет- 2 беременных, 26-30 лет -6, 36-40 лет- 7, а количество женщин старше 40 лет составило 1.

- В группе В возраст рожениц с 18 до 20 лет составил 3, с 21 до 25 лет-13, 26-30 лет-11, 31-35 лет-13, 36-40 лет-5 и количество женщин старше 40 лет составило 2.

Различия по росту-весовым показателям были незначительными в обеих группах. Все женщины исследуемых групп были родоразрешены при доношенном сроке беременности, в сроках

гестации 38-40 недель, путем операции кесарева сечения.

При анализе акушерского анамнеза было выявлено, что:

- у женщин группы А
  - кесарева сечения-26 (36,1%)
  - медицинские аборты-19 (26,4%)
  - роды крупным плодом в предыдущие беременности—11(15,3 %) выкидыш-10 (13,9%).
- у женщин группы В:
  - медицинские аборты 18 (27,3%)
  - кесарева сечения 18 (27,3%)
  - крупный плод -16 (24,24%)
  - выкидыш- 8 (12,12%) (Рис. 2).

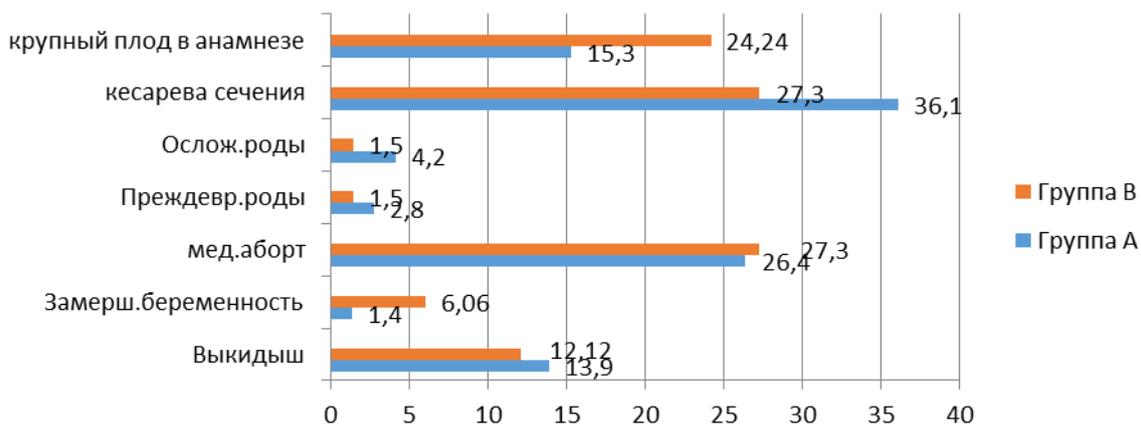


Рис. 2. Паритет родов у женщин в разных группах (%).

Течение беременности в обеих группах также особо не отличалось. Наиболее частыми осложнениями в первой половине беременности были: рвота беременных у 50 женщин (31,6%), угроза прерывания беременности в ранних сроках у 13 женщин (8,2%), ОРВИ- 34 (21,5%), анемия- 46 (29%).

Вторая половина беременности осложнилась гестационными отеками без протеинурии у 7 женщин (4;%), гестационным пиелонефритом- 2 (1,3%), угрозой преждевременных родов – 13 (8,2%), а также гипертензивными нарушениями -3 (1,9%) (Рис. 3).

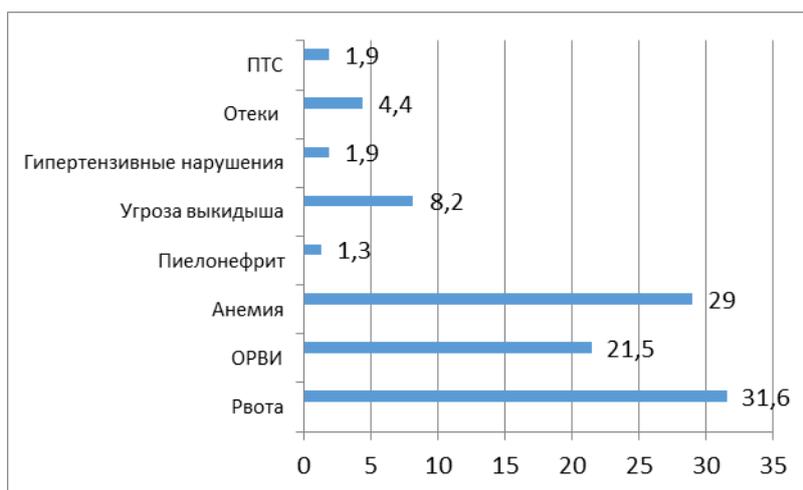


Рис. 3. Осложнения беременности.

Все случаи беременности крупным плодом были родоразрешены путем операции кесарева сечения в 62 % случаях в экстренном порядке, у 38 % женщин операция была проведена в плановом порядке. Показаниями в группе А для планового оперативного родоразрешения послужили крупный плод, в сочетании с

тазовыми предлежаниями (36%), наличие рубца на матке после перенесения операции кесарева сечения (31%), миопия высокой степени (16,7%), первые роды в возрасте старше 40 лет (6,4%) и экстракорпоральное оплодотворение (4%) (Табл. 1).

Таблица 1 - Показания к операции в плановом порядке женщин группы А

| Показания                         | Количество (%) |
|-----------------------------------|----------------|
| Тазовое предлежание               | 36             |
| Рубец на матке                    | 31             |
| Миопия высокой степени            | 16,7           |
| Первые роды старше 40 лет         | 6,4            |
| Экстракорпоральное оплодотворение | 4              |
| ПТС                               | 4,8            |

Показаниями для экстренного родоразрешения послужили: наличие несостоятельного рубца на матке в процессе родов (16%), дистресс плода (3%),

безуспешная индукция родов (7,6%), тазовое предлежание плода (10%), цефалопельвическая диспропорция (5,5%), обструкция II периода родов (33%) (Рис. 4).



Рис. 4. Показания к операции в экстренном порядке (%).

Тазовое предлежание новорожденных в группе А (9-31%) 3 раза больше, чем в группе В (3-10,4%). В группе В (43-89,6%) головное предлежание плода чаще, чем в группе А (20-69%).

Масса плодов при рождении в группе А от 4000 до 4499 г - у 23 новорожденных, от 4500 до 4999 - 6 новорожденных.

В группе В масса плодов от 4000 до 4499 г - 38 новорожденных, от 4500–4999 - 8 новорожденных, в одном случае родился гигантский плод массой 5100 г.

Состояния новорожденных по шкале Апгар в обеих исследуемых группах на момент рождения особо не отличались (Табл. 2).

Таблица 2 - Оценка состояния новорожденных по шкале Апгар

|       | Группа А | Группа В |
|-------|----------|----------|
| 1 мин | 7,7      | 7,3      |
| 5 мин | 8,7      | 8,4      |

Операция кесарева сечения протекала без особенностей в группе А 93%( 27), в группе В 85%(40). В группе А у 3(7%) пациенток кровопотеря составила от 700 до 1000 мл, а в группе В от 700 до 1000 мл - 6 (13%) и 1000 мл -1 (2%). Учитывая крупный плод, большие размеры матки, перерастянутый нижний сегмент с целью профилактики послеродовых кровотечений и сохранения детородного органа было решено произвести двустороннюю перевязку маточных артерий и наложить гемостатические швы по Б. Линчу в 10 случаях, где кровопотеря составила свыше 700 мл. Во всех остальных случаях с целью консервативного гемостаза были назначены утеротонические средства в течении суток.

Послеоперационный период во всех случаях протекал без осложнений, все женщины выписаны домой с детьми в

удовлетворительном состоянии на 5-6 сутки.

**Выводы:**

1. Частота рождения крупного плода у женщин за 2018 год в ГПЦ составила 2,9% из общего числа родов, что особо не отличается по литературным данным.

2. Из общего числа родов с крупным плодом по данным Городского перинатального центра на долю оперативного родоразрешения приходится 27,05 %

3. В результате проведенного анализа историй родов выявлено, что наибольший процент операций кесарева сечения в экстренном порядке производится по следующим показаниям:

- дистресс плода
- обструкция I периода родов
- обструкция II периода родов
- цефало-пельвическая диспропорция

-сочетанная акушерская патология (несостоятельный рубец на матке, тазовое предлежание плода, ПТС и т.д.)

- экстагенитальные заболевания

4. Роды крупным плодом сопряжены высоким риском акушерских кровотечений вследствие перерастяжения матки, а также передней брюшной стенки.

5. В условиях ЦСМ с целью профилактики развития крупного плода у беременных необходимо проводить обследование женщин для выявления групп высокого риска развития макросомии, а также санитарно-просветительную работу среди женщин фертильного возраста по вопросам здорового образа жизни.

### Литература

1. Деркач, Е.А. Оценка точности различных методов определения массы крупного плода с использованием эхографии / Е.А. Деркач, О.И. Гусева // *Акушерство и гинекология*. – 2017.-№1. - С. 13-17.
2. How big is to big? [X. Zhang, A. Decker, R.W. Platt et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.*—2015.—Vol. 198 (5).—P. 4-6.
3. Labmann, P.H. Trends in birth size and macrosomia in Queensland, Australia, from 1988 to 2005 / P.H. Labmann, R.A. Wills, M. Coory. // *Pediatr. Perinat. Epidemiol.*—2009.—Vol. 23 (6).—P. 533-541.
4. Гульченко, О.В. Перинатальные и акушерские исходы при крупном плоде: Автореф. дис. на соискание уч. степени к.м.н. - Москва, 2010. —25 с.
5. Бегова, С.В. Перинатальные исходы при макросомии у повторнородящих и многорожавших женщин / С.В. Бегова, И.А. Магомедова. // *Вестник новых медицинских технологий*.—2010.—Т.14, №1.—С. 90-91.
6. *Macrosomic births at mostar clinical hospital: a 2-year review* [V. Tomic, K. Bosnjak, B. Petrov et al.] // *Bosnian journal of basic medical sciences*.—2007.—Vol. 7 (3).—P. 271-274.
7. Литвинчук, В.В. Особливості перебігу вагітності, пологів та періоду новонародженості при макросомі / В.В. Литвинчук, Г.О. Костромін, Л. Дяченко // *Український медичний часопис*.—2005.—№5 (19).—С.110-114
8. Мыльникова, Ю.В. Крупный плод. Современная тактика ведения беременности и родов / Ю.В. Мыльникова, Н.В. Протопопова // *Вестник Бурятского университета*. -2009.-№12.-С. 174-178.