

## АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ КРУПНОМ ПЛОДЕ

Атаканова А.Н., Исакова З.З., Теппеева Т.Х.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
Кафедра акушерства и гинекологии № 1, Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** В данной статье представлен ретроспективный анализ историй родов женщин с крупным плодом. Проведен анализ литературных данных, изучена частота макросомии, предрасполагающие факторы развития крупного плода, исходы беременности, родов и послеродового периода.

**Ключевые слова:** макросомия, беременность, факторы риска.

### ИРИ ТҮЙҮЛДҮКТҮҮ КОШБОЙЛУУЛУКТУН ЖАНА ТӨӨРӨТТҮН АКУШЕРДИК ЖАНА ПЕРИНАТАЛДЫК ЖЫЙЫНТЫКТАРЫ

Атаканова А.Н., Исакова З.З., Теппеева Т.Х.

И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы,

№1 Акушерство жана гинекология кафедрасы, Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Резюме:** Бул макалада аялдардын бири түйүлдүк төрөө таржымаалдарынын ретроспективтик талдоолор берилген. Адабий маалыматтарга талдоо жүргүзүлгөн, ири түйүлдүктүн өнүгүшүнүн, өнүгүшүнө өбөлгө болуучу факторлор, кош бойлуулуктун жыйынтыгы, төрөт жана төрөттөн кийинки мезгилдин, макросомиянын жыйынтыгы иликтенген.

**Негизги сөздөр:** макросомия, кош бойлуулук, тобокелчилик факторлору.

### OBSTETRIC AND PERINATAL OUTCOMES OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN MACROSOMIA

Atakanova A.N., Isakova Z.Z., Teppeeva T.H.

I.K. Achunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyz Republic, Chair of [Obstetrics and Gynecology](#) №1

**Summary:** This article presents a retrospective analysis of birth stories of women with macrosomia. Spend a literary analysis, studied the frequency of macrosomia, predisposing factors for the development of a macrosomia, childbirth and the postnatal period.

**Key words:** macrosomia, pregnancy, risk factors birth story

**Введение.** Одной из приоритетных задач здравоохранения в области охраны здоровья матери и ребенка является снижение высокой перинатальной заболеваемости и смертности [1]. В связи с тем, что тактика родоразрешения зависит от массы плода, а диагноз «крупный плод» устанавливается в основном ретроспективно, антенатальная диагностика крупного плода, тактика ведения родов при различной степени макросомии остаются сложной дилеммой в практическом акушерстве [2]. По данным европейских исследований, количество младенцев, имеющих при рождении массу тела 4000 г и более, составляет 5-10 % (50 лет назад — всего 0,5-1 %) [4, 5]. 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.) [3]. А по данным мировой статистики частота рождения крупных новорожденных колеблется от 2,5 % до 20,7 % [2,5]. Течение беременности и родов при крупном плоде оценивается неоднозначно. Большинство исследователей считают, что проблема крупного плода связана с повышенным риском развития неблагоприятных перинатальных исходов [6]. Так, у паци-

ентов с макросомией плода значительно чаще развиваются угроза прерывания беременности, пиелонефрит, гипертензия, анемия, гестоз первой половины беременности, отеки и многоводие [7]. Вторая половина беременности осложняется гестозом и анемией, а роды осложняются слабостью родовой деятельности, клинически узким тазом, следствием чего является стимуляция родов окситоцином и ручное отделение последа. А затяжные роды могут привести к развитию острой гипоксии плода. Послеродовый период при крупном плоде осложняется кровотечением, травмами мягких тканей родовых путей [7]. У новорожденных с крупной массой тела чаще наблюдаются повреждения плечевого сплетения, переломы костей (ключицы), мекониальная аспирация, неврологические нарушения [6]. Такие осложнения со стороны матери и плода имеют как медицинское, так и колоссальное социальное значения.

**Материалы и методы.** Нами проведен ретроспективный анализ 89 историй родов, обменных карт беременных и историй новорожденных, родившихся в Городском Перинатальном Центре (ГПЦ) в 2015 г. в Бишке-

ке. За 2015 в ГПЦ было зарегистрировано 9578 родов, из них 1497 путем оперативного родоразрешения, что составило 15,6 % от общего количества. Из 9578 родов крупный плод был диагностирован у 273 рожениц, что составило 2,8 %. Из них операций кесарева сечений – 46 (16,8 %) всех родов с крупным плодом. В протоколах тщательно оценивался анамнез, объективные данные, соматический статус, течение беременности, родов и послеродового периода, а также состояние и заболеваемость новорожденных. Статистическая обработка выполнялась статистической программой SPSS версия 20.

**Результаты и их обсуждение.** Все пациентки по массе плода при рождении были распределены на 2 группы: группа А – 2800-3999 г (группа контроля) (n=30), группа В – 4000-5150 г (n=59). Возраст рожениц в группе А с 19 по 36 лет, средний возраст со-

ставил - 24,9 года. В группе В возраст женщин с 19-43, средний – 27,4 лет. Различия в росте-весовом показателе были незначительными в обеих группах. Обследованные в группах были сопоставимы по оценке физического статуса. Срок гестации, при котором родильницы были родоразрешены, частота гестационных осложнений также были сопоставимы. Все роды прошли естественным путем. В обеих группах более 70 % рожениц не работали. Проанализировав акушерский анамнез, мы установили, что у женщин группы В достоверно чаще наблюдались аборт - 27,1%, рождение крупного плода в предыдущие беременности — 22% случаев против 3,3% во второй группе (p<0,01) (рис 1). При оценке паритета родов отмечено увеличение частоты рождения крупного плода у повторнородящих женщин в 35,6 % случаев (p<0,01) (табл. 1).

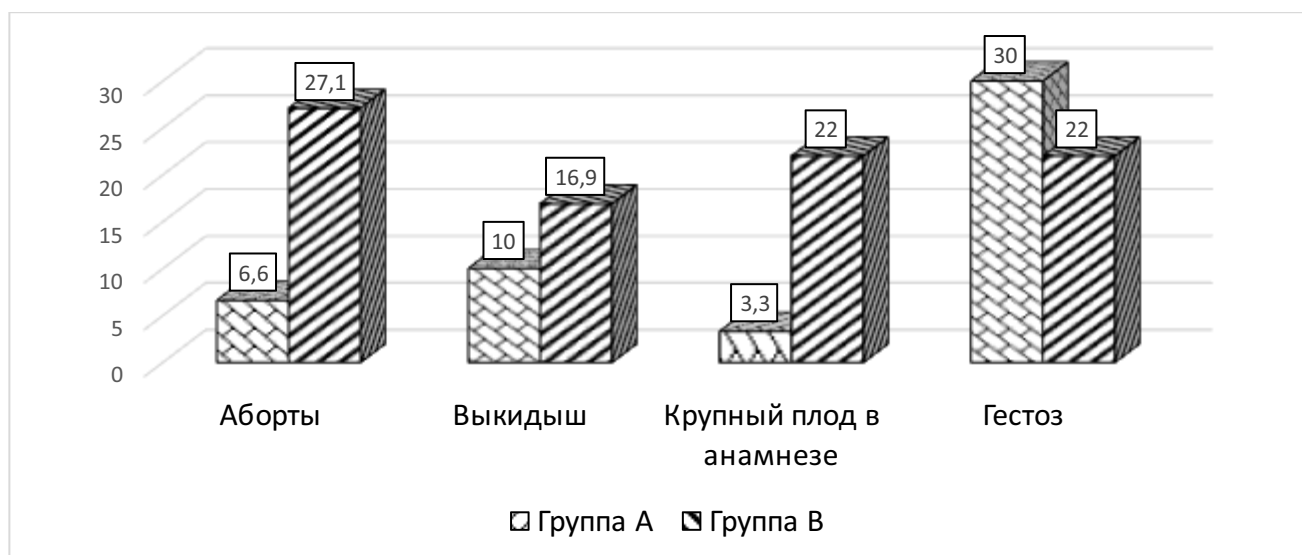


Рис. 1. Акушерский анамнез у женщин в разных группах (%).

Таблица 1 - Паритет родов у женщин в разных группах (%)

	Группа А	Группа В
Первая беременность — первые роды	23,3	20,3
Повторная беременность — первые роды	6,6	6,7
Повторные роды	18,6	35,6

У женщин разных групп одинаково часто встречались такие осложнения, как анемия, острые респираторные заболевания, отеки, экстрагенитальная патология. Отмечено увеличение частоты многоводия у женщин без макросомии по сравнению со второй - 16,7 и 10,2% случаев соответствен-

но. Угрозы выкидыша было больше в группе женщин без макросомии и составило - 26,7 %. А гестационная артериальная гипертензия - 10,2 в группе В было достоверно больше, чем в группе А- 3,3 %, тогда как варикозное расширение вен встретилось только у женщин с макросомией плода - 10,2 % (рис. 2).

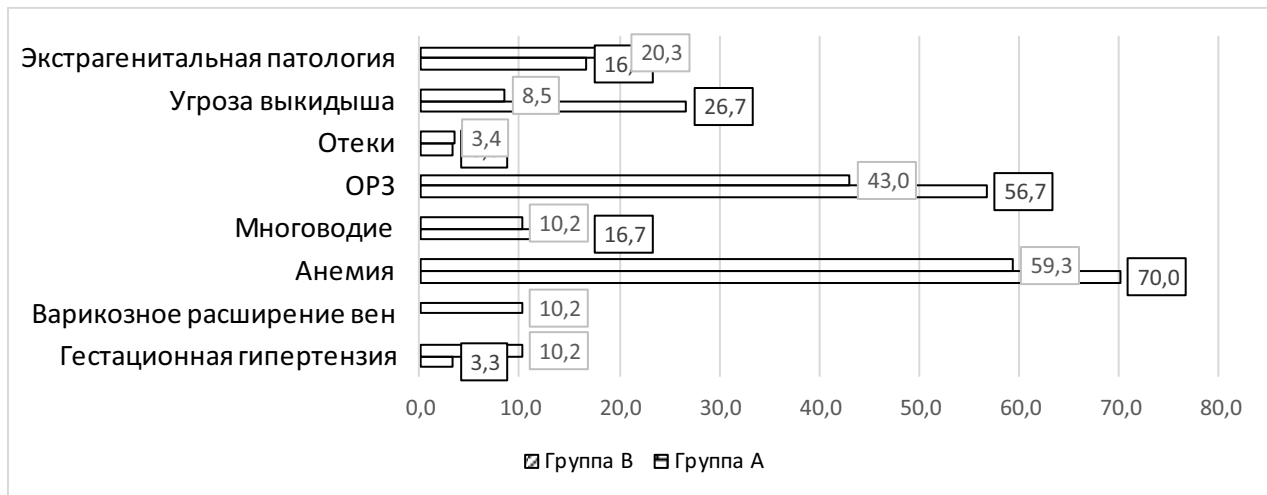


Рис. 2. Осложнения во время беременности у женщин в различных группах (%)

Метод родоразрешения женщин обеих групп был через естественные родовые пути. Предлежание новорожденных в обеих группах – головное. Все новорожденные групп А

и В были доношенными. В обеих группах больше родилось новорожденных мужского пола – 63,3 % и 74,6 %, соответственно.

Таблица 2 - Распределение новорожденных по полу

	Группа А	Группа В
Девочки	36,7	25,4
Мальчики	63,3	74,6

Таблица 3 - Оценка по шкале Апгар

	Группа А	Группа В
1 мин	7,5	7,6
5 мин	8,5	8,6

Средняя кровопотеря в родах у женщин обеих групп достоверно не отличалась и составила – 161,7 мл. Проанализировав состоя-

ние новорожденных по шкале Апгар, мы не установили достоверного различия (табл. 3).



Рис. 3. Травмы мягких тканей родовых путей (%)

В послеродовом периоде достоверно чаще были разрывы промежности – 32,2% и разрывы шейки матки – 5,1% у женщин с

крупным плодом ( $p < 0,01$ ), тогда как разрывы слизистой влагалища встречались чаще у женщин с плодом нормального веса – 20,0%.

## Выводы:

1. Частота рождения крупного плода у женщин за 2015 год в ГПЦ составила 2,8%. При этом в 16,8% случаев крупного плода была проведена операция кесарево сечения.

2. У женщин с макросомией плода достоверно чаще встречались аборт в анамнезе и предыдущие роды с крупным плодом.

3. У повторнородящих частота рождения крупного плода была выше, чем у первородящих и составила 35,6 %

4. У женщин с крупным плодом во время беременности часто встречались такие осложнения, как гестационная гипертензия и варикозное расширение вен.

5. Травмы мягких тканей родовых путей – разрыв промежности и разрыв шейки матки достоверно были больше в группе женщин с макросомией плода.

## Литература

1. Н.К.Никифоровский, В.Н.Покусаева, Л.И.Стась и др. Акушерские и перинатальные исходы при крупном плоде // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2013. — №1. — С. 55-58.
2. С.В.Бегова, И.А.Магомедова. Перинатальные исходы при макросомии у повторнородящих и многорожавших женщин // Вестник новых медицинских технологий. — 2010. — Т.14, №1. — С. 90-91.
3. Гульченко О.В. Перинатальные и акушерские исходы при крупном плоде: Автореф. дис. ... на получение степени к.м.н. Москва, 2010. — 25 с.
4. X.Zhang, A.Decker, R.W.Platt et al. How big is to big? // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2015. — Vol. 198 (5). — P. 4-6.
5. P.H.Labmann, R.A.Wills, M.Coory. Trends in birth size and macrosomia in Queensland, Australia, from 1988 to 2005 // Pediatr. Perinat. Epidemiol. — 2009. — Vol. 23 (6). — P. 533-541.
6. V.Tomic, K. Bosnjak, B.Petrov et al. Macrosomic births at mostar clinical hospital: a 2-year review // Bosnian journal of basic medical sciences. — 2007. — Vol. 7 (3). — P. 271-274.
7. В.В.Литвинчук, Г.О.Костромін, Л.І.Дяченко. Особливості перебігу вагітності, пологів та періоду новонародженості при макросомії // Український медичний часопис. — 2005. — №5 (19). — С. 110-114

## КЛИНИКО ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ У ДЕТЕЙ ДО 3-Х ЛЕТ

Надирбекова Р.А.

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Обследовано 132 детей до 3-х лет проживающих в южном регионе страны (г. Ош) больных дизентерией, госпитализированных в городскую инфекционную больницу. Этиологический фактор уточнен у каждого второго больного, чаще всего заболевание вызвано шигеллой Флекснера, протекала в тяжелой форме с формированием микстинфекции и осложнений на фоне анемии, которая выявлена у 70,4% детей. Необходимо поиск эффективных методов лабораторной диагностики.

**Ключевые слова:** дети, дизентерия, диагностика, лечение.

### 3 ЖАШКА ЧЕЙИНКИ БАЛДАРДЫН КУРЧ ДИЗЕНТЕРИЯСЫНЫН КЛИНИКАЛЫК ЖАНА ЛАБОРАТОРИЯЛЫК МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Надирбекова Р.А.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Өлкөнүн түштүк регионунда (Ош ш.) жашаган 3 жашка чейинки дизентерия менен оорун, шаардык жугуштуу оорулар бейтапканасында жаткырылган 132 бала текшерилди. Ар бир экинчи оорулууда оорунун себеби аныкталды, көп учурларда оору шигелла Флекснерден келип чыккан, 70,4 % балада оору оор абалда микстинфекция менен откон, отушуп кетүү жана как аздуулук менен коштолгон. Лабораториялык дартты аныктоонун натыйжалуу ыкмаларын издөө керек.

**Негизги создор:** балдар, дизентерия, аныктоо, дарылоо.

### CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF ACUTE DYSENTERY IN CHILDREN UP TO 3 YEARS

Nadirbekova R.A.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Achunbaev, Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume:** We examined 132 children under 3 years living in the southern region of the country (Osh) dysentery patients, hospitalized to the city infectious hospital. Etiological factor is updated in every second patient, the disease most often caused by *Shigella flexneri*, proceeded in a severe form with formation of extinderii and complications on the background of anemia, which was diagnosed in 70.4% of children. Need to search for effective methods of laboratory diagnostics.

**Key words:** children, dysentery, diagnostics, treatment.

**Введение.** Шигеллезы занимают одно из самых ведущих мест в инфекционной патологии у детей. Среди них значимый вес принадлежит острой дизентерии до 3-х летнего возраста [1,2,3]. Заболеваемость дизентерией в мире трудно поддается достоверно-

му учёту, но по данным ВОЗ ежегодно происходит до 80 миллионов случаев заболевания шигеллёзами, из них 700 000 завершается неблагоприятным исходом [4,5]. Несмотря на продолжающиеся интенсивные исследования клинико-патогенетических механизмов