

L. SERIKKYZY, G.N. BALMAGAMBETOVA
Asfendiyarov Kazakh National Medical University

QUALITY OF WOMEN LIFE AFTER ORGAN DELETE OPERATION IN CHILDBIRTH AND THE POSTPARTUM PERIOD

Resume. Among all obstetric complications arising during pregnancy, childbirth and the postpartum period - obstetric hemorrhage occupy a leading position, significantly affecting the level of maternal mortality (MS), often lead to bulk operations, which significantly affects the quality of life of women in the postoperative period.

The aim of investigation is to research the quality of women life after hysterectomy because of obstetric hemorrhage.

Keywords: quality of life, hysterectomy.

УДК 577.12:618.2/.3(076.5).

С.Ш. ИСЕНОВА, Э.К. ШУКЕНОВА, Н.М. САГАНДЫКОВА, Ж.Н. НАРИМАНОВА,
Г.М. ИСИНА, Н.А. АТАБАЕВА

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МАКРОСОМИИ

За последние 3 года отмечена тенденция к увеличению частоты рождения новорожденных с макросомией с 8,8% до 14,6%. Осложнения в родах у женщин с крупным плодом представлены: дородовым разрывом плодных оболочек (15%), причем в 13 (16,3%) случаях околоплодные воды были мекониального цвета; слабостью родовой деятельности (7,3%); разрывом мягких тканей родовых путей (5%). Имело место высокая частота оперативного родоразрешения – 23,8% при макросомии. Операция кесарева сечения произведена в экстренном порядке в 73,6%, при этом по поводу клинически узкого таза – 57,2% и слабости родовой деятельности – 42,8%.

Ключевые слова: Беременность, макросомия, новорожденный, частота, осложнения беременности и родов.

Актуальность проблемы на современном этапе обусловлена увеличением частоты родов крупным плодом (до 20,7%) и отсутствием выраженной тенденции к уменьшению числа осложненного течения родов, перинатальных потерь и повреждений новорожденных [1,2,3,4,5]. По данным ВОЗ частота родов с крупным плодом за период с 1990 по 2012 гг. возросла с 8 до 12%. Процент операций кесарева сечения среди родов крупным плодом увеличился с 5,7% до 26,7% за период с 1990 по 2010 гг. [6].

Социальная значимость проблемы крупного плода определяется высокой частотой осложнений в антен-, интра- и постнатальном периодах и достигает 59,4%, что значительно превышает таковую у пациенток, родивших детей со средней массой тела [7], антенатальная диагностика крупного плода, тактика ведения родов при различной степени макросомии остаются сложной дилеммой в практическом акушерстве. В научной литературе активно обсуждается вопрос о критериях и необходимости проведения оперативных родов в плановом порядке при макросомии.

Установлено, что рождение крупного плода чаще наблюдается в следующих группах беременных: многорожавших, беременных старше 30 лет, женщин, имевшие до родов массу тела более 70 кг и рост более 170 см, беременных с прибавкой в массе тела более 15 кг, больных сахарным диабетом, в случаях рождения крупного плода в анамнезе, а также у беременных с избыточной массой тела.

Доказано, что избыточный вес матери связан с преобладанием сидячего образа жизни и недостаточной физической активностью. Низкий уровень физической активности до и в период беременности также является фактором риска макросомии [8,9]. Восстановление достаточного

уровня физической активности до и во время беременности является важной частью профилактики развития крупного плода.

Установлена зависимость развития крупного плода от конституциональных особенностей матери, наследственной предрасположенности, имеющейся эндокринной патологии и особенностей питания.

Особое внимание заслуживает изучение перинатальных исходов при макросомии. Имеются сведения, что с родовые травмы в три раза чаще встречаются при макросомии. Частота такого тяжелого осложнения, как поражение ЦНС гипоксически-травматического генеза, была также выше (3,7% против 1,5%) в группе крупных новорожденных. При макросомии повышается риск такого осложнения периферической нервной системы, как травма плечевого сплетения, которое обусловлено дистоцией плечиков плода: по данным W.M. Gilbert дистоция плечиков осложнила течение родов у 75% крупных новорожденных с травмой плечевого сплетения [10]. По сведениям T.S. Nesbitt и W.M. Gilbert (1990 г.), частота этого осложнения у плодов массой более 4250 г составляет около 10%, а при массе более 4500 г варьирует в пределах 20-30% [11]. Перелом ключиц при макросомии плода диагностируется с частотой от 1% (у новорожденных с массой 4000-4500 г) до 12% при массе более 4500 г, тогда как у нормотрофичных детей этот показатель составляет 0,2-0,9% [12].

Несмотря на то, что проблеме крупного плода посвящено множество научных публикаций, достоверное определение предполагаемой массы плода перед родами с целью выработки оптимальной акушерской тактики остается актуальной для практического акушерства.

Материалы и методы исследования: нами проведен ретроспективный анализ клиничко-

анамнестических данных, особенностей течения беременности, родов, состояния новорожденных у 110 беременных в 2-х альтернативных группах. Основную группу составили 80 пациенток родивших новорожденных с макросомией (от 4000 гр до 5000 грамм), контрольную группу составили 30 беременных родивших новорожденных с нормальной массой (2500 гр до 4000 грамм).

Результаты исследования.

По данным родильного дома г.Алматы, за последние 3 года (15700 родов) отмечена тенденция к увеличению частоты рождения новорожденных с макросомией с 8,8% до 14,6%.

Исследуемые пациентки были в возрасте от 18 до 42 лет. Средний возраст пациенток основной группы составил 28,56 лет; в контрольной группе 25,3 лет. Следует отметить, что в основной группе пациенток старше 30 лет было в 1,4 раза больше, чем в контрольной группе.

Среди факторов, предрасполагающих к рождению крупного плода, определенное место занимают конституциональные особенности родителей. Средний рост пациенток основной группы составил 164,6 см, в контрольной группе 156,2 см. Обращает внимание, что у каждой четвертой (28,8%) женщины с ростом 150-160 см отмечено рождение новорожденных с массой 4000 гр. и более.

Средняя масса беременных в основной группе составила 75,9 кг, в контрольной 62,5кг.

Анализ показателей индекса массы тела (ИМТ) обследованных беременных показал, что нормальный ИМТ в основной группе - 36,25%, в контрольной группе - 23%. Наличие избыточной массы тела в основной группе в 47,5% в контрольной группе 66,6%. Ожирение различной степени встречалось почти у пациенток основной группы в 16,25%, в контрольной группе 10%.

При оценке соматического анамнеза пациенток выявлена высокая частота экстрагенитальной патологии, более чем у половины исследуемых беременных имеются различные хронические заболевания (67,5 % и 50 %). Различные нозологические формы наблюдались примерно одинаково в обеих группах, но заслуживает внимания большая частота эндокринных заболеваний и заболеваний почек у беременных с крупным плодом. Ведущее место при этом занимает нарушение жирового обмена, которое наблюдалось у каждой второй пациентки с массой плода более 4000 г (49,1 %). В своих исследованиях Е.А. Чернуха (1991), О.Б. Панина с соавт. (2004) также отметили, что рождение детей с крупной массой тела чаще наблюдается при I-II степенях ожирения, M.Voight et al (2008) указывают на высокий риск рождения крупного плода при всех степенях ожирения. У беременных основной группы в 4 раза реже отмечались заболевания мочеполовой системы - 16,25 %.

Анализ паритета родов показал, что число первородящих и повторнородящих среди обследованных основной группы (17,5% и 82,5%), в контрольной группе (36,6% и 63,3%). Однако из 66 повторнородящих основной группы родам предшествовали самопроизвольные выкидыши (8%) и неразвивающиеся беременности (17%), преждевременные роды (12%), внематочная беременность (8%), медицинский аборт (65%) (рисунок 1). Это позволяет предположить, что развитие макросомии может быть обусловлено частой госпитализацией при беременности, ограничением физической нагрузки, боязнью ведения активного образа жизни, психоэмоциональными нарушениями у беременных с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, привычным невынашиванием.

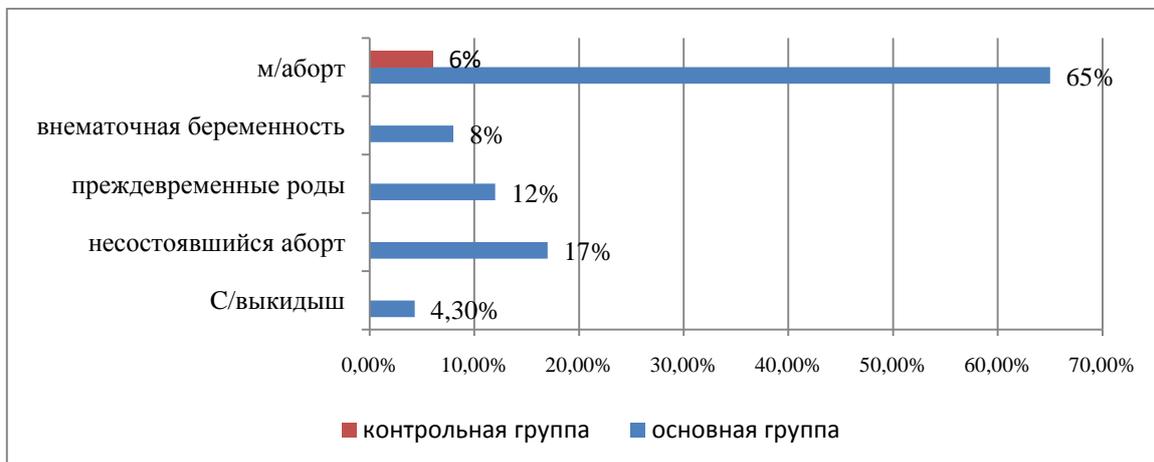


Рисунок 1 - Акушерско-гинекологический анамнез исследуемых пациенток

Осложнения I половины беременности наблюдались практически одинаково часто в двух исследуемых группах: у 57,3 % женщин с основной группы и у 64,3 % с контрольной группы.

Во второй половине беременности у основной группы развивалась преэклампсия легкой степени 5% в основной и 2% контрольной группе.

Во второй половине беременности в двух группах диагностирована анемия, при этом в основной группе она была в 1,5 раза чаще, чем в контрольной (36,25 % и 20 % соответственно).

Таким образом, у пациенток с макросомией отмечаются следующие осложнения периода гестации: анемия (36,25%), преэклампсия легкой степени (5%).

Безусловно, что наличие крупного плода способствует увеличению частоты осложнений не только во время беременности, но и в родах.

Осложнения в родах у женщин основной группы представлены: дородовым разрывом плодных оболочек (15%), причем в 13 (16,3%) случаях околоплодные воды были мекониальными; слабостью родовой деятельности (7,3%); разрывом

мягких тканей родовых путей (5 %), включая травмы промежности, слизистой влагалища и шейки матки. В группе сравнения частота родового разрыва плодных оболочек составила 10%, но в отличие от основной группы чаще встречалось раннее излитие околоплодных вод. Частота слабости родовой деятельности была в 3 раза чаще (7,3%) в основной группе рожениц по сравнению с контрольной группой (2,5%), с увеличением вторичной слабости родовой деятельности при макросомии плода (42,8%).

Анализ течения родового акта показал, что у значительной части пациенток роды были осложненными. В основной группе имело место высокая частота оперативного родоразрешения – 23,8%. Основными показаниями к плановой операции кесарева сечения у беременных основной группы явились: предполагаемая масса плода более 4500 г (30,8%). Второе место занимают сочетанные показания (возраст первородящей старше 30 лет, гибель или инвалидизация ребенка в процессе предыдущих родов и др.) (25,5%), далее практически в одинаковом соотношении показаниями к оперативному родоразрешению явились экстрагенитальные заболевания (12,8%), тазовое предлежание, рубец на матке в сочетании с крупной массой плода. Тенденция к перенашиванию с отсутствием эффекта от дородовой подготовки встречается в 2 раза чаще при основной группе (10,3%), чем в контрольной группе (4,3%).

Операция кесарева сечения произведена в экстренном порядке в основной группе в 73,6% и в 6% в контрольной группе. Показаниями к операции кесарева сечения в экстренном порядке в основной группе было по поводу клинически узкого таза – 57,2 % и слабости родовой деятельности – 42,8% (в контрольной группе 1% и 6,6%, соответственно).

Средняя кровопотеря в родах у рожениц основной группы составила $369,3 \pm 14,7$ мл, что достоверно не отличалась от группы сравнения ($334,6 \pm 17,5$ мл). При операции кесарево сечение общая кровопотеря также существенно не отличалась – $881,4 \pm 83,6$ мл ($800,0-1200,0$ мл) и $856,1 \pm 52,7$ мл ($650,0-850,0$ мл, соответственно). Однако, обращает внимание, что уровень гемоглобина в послеродовом периоде был достоверно ниже у рожениц основной группы, возможно связанное с неточностями определения объема кровопотери.

Течение послеоперационного и послеродового периода у женщин второй и сравнительной группы не имел осложнений, у пациенток основной группы имели место в 5% случаев субинволюция матки, в 3% наблюдений расхождение швов на промежности и в 2% инфильтрация послеоперационных швов после операции кесарева сечения.

При рождении нами оценивалось функциональное состояние новорожденных по шкале Апгар, физическое развитие и зрелость относительно срока гестации. Проводилось динамическое клиническое наблюдение за функциями основных систем организма и течением раннего неонатального периода.

При сравнении перинатальных исходов для обеих исследуемых групп установлено, что в основной группе в удовлетворительном состоянии (оценка по шкале Апгар на 1 минуте 8-10 баллов) родилось 40 новорожденных (50%) и 40 (50%) родились в состоянии легкой асфиксии (оценка по шкале Апгар

на 1 минуте 5-7 баллов). В контрольной группе сравнения данные показатели составляли 22 (73,0%) и 8 (26,0%) соответственно, т.е. легкая асфиксия встречалась чаще в основной группе.

Число новорожденных мужского и женского пола в обеих группах было примерно одинаковое. С крупной массой родилось достоверно больше мальчиков (67,5%) чем девочек – (32,5%). С массой более 5000 г рождались только мальчики, что согласуется с литературными данными – Л.А. Аюбян (1989) объясняет более выраженным анаболическим действием андрогенов на плод.

Таким образом, по данным родильного дома г.Алматы, за последние 3 года (15700 родов) отмечена тенденция к увеличению частоты рождения новорожденных с макросомией с 8,8% до 14,6%. Отмечено, что при макросомии пациенток старше 30 лет было в 1,4 раза больше, чем в контрольной группе. Обращает внимание, что у каждой четвертой (28,8%) женщины с ростом 150-160 см отмечено рождение новорожденных с массой 4000 гр. и более. Ожирение различной степени встречалось почти у пациенток основной группы в 16,25%, в контрольной группе 10%. Полученные данные, наличие избыточного веса в обеих группах отражают медико-социальные проблемы современного общества. Ведущее место при этом занимает нарушение жирового обмена, которое наблюдалось у каждой второй пациентки с массой плода более 4000 г (49,1 %). У беременных основной группы в 4 раза реже отмечались заболевания мочеполовой системы – 16,25 %. Макросомия чаще наблюдалась среди повторнородящих с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (самопроизвольными выкидышами, неразвивающиеся беременности, преждевременными родами, внематочной беременностью, медицинским абортom). У пациенток с макросомией отмечаются следующие осложнения периода гестации: анемия (36,25%), преэклампсия легкой степени (5%). Осложнения в родах у женщин с крупным плодом представлены: родовым разрывом плодных оболочек (15%), причем в 13 (16,3%) случаях околоплодные воды были меконияльного цвета; слабостью родовой деятельности (7,3%); разрывом мягких тканей родовых путей (5 %), включая травмы промежности, слизистой влагалища и шейки матки. Анализ течения родового акта показал, что имело место высокая частота оперативного родоразрешения – 23,8% при макросомии. Операция кесарева сечения произведена в экстренном порядке в основной группе в 73,6% при макросомии по поводу клинически узкого таза – 57,2 % и слабости родовой деятельности – 42,8%. Обращает внимание, низкий уровень гемоглобина в послеродовом периоде у рожениц с крупным плодом. С крупной массой родилось достоверно больше мальчиков (67,5%) чем девочек (32,5%). С массой более 5000 г рождались только мальчики. При сравнении перинатальных исходов при макросомии 50% новорожденных родились в состоянии легкой асфиксии.

С учетом полученных достоверных данных об осложненном течении беременности, родов, послеродового периода, а также состояния новорожденных при макросомии данная проблема требует дальнейшего углубленного исследования для профилактики и оптимизации методов диагностики и выбора тактики родоразрешения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Мыльников Ю.В, Протопова Н.В. Современные аспекты макросомии // Сибирский медицинский журнал. – Иркутск: 2010. – С. 86-89
- 2 Мыльникова Ю.В. Прогнозирование массы плода и оптимизация тактика введения беременности с макросомией. –Иркутск: 2010. – 163. – 49 с.
- 3 Гульченко О.В. Перинатальные и акушерские исходы при крупном плоде: автореф. дисс. ... канд. мед. - М.: 2010 - 112 с.
- 4 Campbell Stuart. Fetal macrosomia : a problem in need of a policy // Journal Ultrasound in Obstetrics & Gynecology. – 2014. – V. 43. – №1. – P. 3-10.
- 5 Myngheer N, Allegaert K, Hattersley A, McDonald T, Kramer H , Frances M.Ashcroft, Verhaeghe J. Mathieu C, Casteels K Fetal macrosomia and neonatal Hyperinsulinemic Hypoglycemia associated with transplacental transfer of sulfonylurea in a mother with KCNJ11-related neonatal diabetes// Journal Diabetes Care. – 2014. – №37(12). – 156 p.
- 6 Dr Ai Koyanagi MD, Prof Jun Zhang PHD Gulmezoglu A.M. //Macrosomia in 23 developing countries : an analysis of a multicountry, facility –based, cross-sectional survey// Journal The Lancet. – 2013. – P. 476-483
- 7 Wang D., Hong Y.,Zhu L.,Wanh X., Zhou Q. //Risk factors and outcomes of macrosomia in China : a multicentric survey based on birth data// The journal of maternal –Fetal & Neonatal Medicine. – 2017. – V. 30. – № 5. – P. 623-627
- 8 Dennedy M.C., Dunne F. Macrosomia :defining the problem world wide// Journal The Lancet. – 2013. – P. 435-436

S.S. ISENOVA, E.K. SHUKENOVA, N.M. SAGANDYKOVA, ZH.N. NARIMANOVA, G.M. ISIN, N.A. ATABAYEVA
CLINICAL ASPECTS OF MACROSOMIA

Resume: Over the last 3 years, there has been a trend towards an increase in the birth rate of newborns with macrosomia from 8.8% to 14.6%. Complications in childbirth in women with a large fetus are: prenatal rupture of membranes (15%), and in 13 (16.3%) cases amniotic fluid was of meconial color; Weakness of labor (7.3%); Rupture of soft tissues of the birth canal (5%). There was a high incidence of operative delivery - 23.8% in macrosomia. Caesarean section operation was performed urgently in 73.6%, while in the case of the clinically narrow pelvis - 57.2% and weakness of labor activity - 42.8%.

Keywords: Pregnancy, macrosomia, newborn, frequency, complications of pregnancy and childbirth

С.Ш. ИСЕНОВА, Э.К. ШУКЕНОВА, Н.М. САГАНДЫКОВА, Ж.Н. НАРИМАНОВА, Г.М. ИСИНА, Н.А. АТАБАЕВА
МАКРОСОМИЯНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ

Түйін: Соңғы 3 жылда макросомиямен туылған нәрестелердің жиілігі 8,8% -тен 14,6%-ке дейін өсуі байқалады. Үлкен салмақты нәрестелерді босану кезінде әйелдерде кездесетін асқынулар:Қағанақ суының босануға дейін ағып кетуі (15%), оның ішінде қағанақ суының түсінің меконил болуы 13 (16,3%) ; босану кезеңінің әлсіздігі (7,3%); жұмсақ тіндердің жыртылуы (5 %).Сонымен қатар макросомия кезінде босануды операция жолымен жүргізу жиілігі 23,8%. Шұғыл түрдегі кесар тілігінің кездесу жиілігі 73,6%, оның ішінде клиникалық тар жамбас – 57,2 %, босану кезеңінің әлсіздігі 42,8%.

Түйінді сөздер: Жүктілік, макросомия, жаңа туылған нәресте, жүктіліктің және босанудың асқынулары.