

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РОЖДЕНИЕ КРУПНЫХ ДЕТЕЙ

Р.Ш. Джумабаева

Проблема крупного плода является одной из актуальных проблем акушерства. Показатели перинатальной заболеваемости и смертности плодов и новорожденных с массой более 4000 г значительно выше, чем при средних показателях массы и роста, также высок травматизм матери.

Ключевые слова: крупный плод; пролонгированная беременность; ожирение; родовой травматизм.

Проблема крупного плода является одной из актуальных проблем акушерства. Частота родов крупным плодом колеблется в пределах от 10 до 15% и имеет тенденцию к увеличению. Показатели перинатальной заболеваемости и смертности плодов и новорожденных с массой более 4000 г значительно выше, чем при средних показателях массы и роста. Некоторые исследователи относят роды крупным плодом к патологическим, что обуславливается высокой частотой родового травматизма матери и новорожденного [1].

Ввиду значительного числа осложнений в родах при крупном плоде, изучение генеза его развития представляет теоретический и практический интерес в плане разработки профилактических мероприятий.

Масса тела ребенка при рождении больше зависит от веса и роста матери, чем отца. Анализ антропометрических данных показывает, что среди женщин, родивших крупных детей, более трети (38,5%) имеют высокий рост (165 см и более). Рост женщин, родивших крупных новорожденных, был преимущественно средним – 160–170 см [2, 3].

Основными факторами риска рождения крупных детей, по данным ряда исследователей, являются: возраст женщины 25–35 лет и старше, наследственная предрасположенность к ожирению, повторные беременности и роды, преобладание в питании беременной женщины углеводов, пролонгированная беременность, токсикозы, прием антибиотиков, гормонов, сосудорасширяющих средств, низкое социальное положение, гиподинамия во время беременности [4, 1].

Рядом авторов признано влияние конституциональных особенностей матери и выдвинута гипотеза о решающей роли в ряде случаев макросомии гиперсоматотропной функции аденогипофиза [5].

Изучение морфофункционального состояния эндокринных желез и плаценты у крупных плодов показало, что особенности их физического развития проявляются при определенном режиме функционирования эндокринной системы [6]. У гармонично развитых макросомом наблюдается напряжение соматотропин-альдостерон-продуцирующего аппарата на фоне близкого к норме состояния щитовидной железы. У плодов с ожирением отмечается выраженная гиперпродукция инсулина при относительной недостаточности глюкагона и малоактивной щитовидной железе [7, 8]. Выявленные морфофункциональные особенности эндокринной системы у крупных плодов объясняют различия в физическом развитии и оказывают влияние на процесс ранней адаптации новорожденного.

Большая масса тела при рождении может быть обусловлена или ожирением плода, или гиперплазией без ожирения [9].

В.И. Грищенко и А.Ф. Яновцева [10] предложили использовать для классификации крупных плодов коэффициент гармоничности (КГ) – отношение массы тела к росту в третьей степени ($\text{кг}/\text{м}^3$), т. е. вариант ponderal-индекса, поскольку объем тела пропорционален росту индивидуума в третьей степени.

С помощью КГ можно выделить новорожденных с гармоничным развитием и негармоничным (чрезмерное питание). Гармонично раз-

витыми считаются новорожденные, имеющие КГ 22,5–25,5 кг/м³. Дети с КГ более 25,5 имеют негармоничное развитие за счет чрезмерного питания [10].

Следует отметить, что при генетически обусловленном рождении крупного плода длина тела малыша также достаточно велика, поэтому размеры плода пропорциональны. В этом случае размеры головки ребенка, которые и играют основную роль при родах, также достаточно велики [11].

Причиной большого веса может явиться какая-либо патология, например, гемолитическая болезнь плода – тяжелое состояние, связанное с несовместимостью крови матери и плода по резус-фактору. При наиболее тяжелых формах гемолитической болезни к анемии и желтухе присоединяются общая отечность, накопление жидкости в полостях плода, увеличение печени и селезенки [12]. Следует отметить, что у матери с резус-отрицательной кровью и резус-положительным плодом беременность протекает таким образом не всегда. Ситуация менее благоприятна, если беременность резус-положительным плодом повторная, ранее проводилось переливание резус-положительной крови (даже задолго до беременности), а также если беременная перенесла грипп или другие инфекционные заболевания [13].

Данные о влиянии социальных, биологических и генетических факторов на гармоничность физического развития крупного плода, вопросы профилактики рождения крупных детей и организации их выхаживания освещены в работе Г.Ф. Елиневской и соавт. [14]. Ими было изучено влияние социально-биологических факторов на гармоничность развития крупных плодов, а также особенностей периода ранней адаптации таких новорожденных. Авторы изучали биологический, социальный, аллергологический, акушерский анамнез матерей, анализировали родословные в трех поколениях. Учитывали возраст, показатели физического развития матери и отца, состояние их здоровья, образование и характер трудовой деятельности матери, число беременностей и родов, особенности течения беременности и родов, характер питания женщины во время данной беременности, частоту рождения крупных детей в семьях, наличие родственников I и II поколений с высокими показателями физического развития.

По данным ряда авторов, основным фактором, влияющим на рождение крупных детей с гармоничным физическим развитием, является

наследственно-конституциональная предрасположенность [4, 15].

На внутриутробное развитие таких макросом могут также оказывать влияние острые инфекционные заболевания в период беременности и избыток белков в рационе беременной [16].

Существенным фактором риска рождения крупных детей как с гармоничным, так и негармоничным физическим развитием являются вредные условия труда беременной [17].

Особое влияние на рождение крупных детей с негармоничным развитием (избыточное питание) имеют повторная беременность и роды, поздний возраст матери (старше 30 лет), аллергическая настроенность организма, эндокринопатии, гипертензивные нарушения, избыток углеводов в рационе беременной.

Большое значение может иметь определение степени риска возникновения макросомии плода и разработка системы прогнозирования в условиях женской консультации. С этой целью необходимо учитывать социально-биологические факторы, проводить акушерско-гинекологический анализ, изучать особенности питания рожениц.

Существует также тенденция к формированию крупного плода во время второй и последующих беременностей. Так, среди женщин, родивших крупных детей, преобладают повторнородящие – 60,3%, многорожавшие составляют до 2,4%. При этом отмечено, что частота родов крупным плодом у женщин с пятью и более родами составила 21,3%. Относительный риск макросомии плода у повторнородящих возрастает в 3 раза, у многорожавших – в 4 раза [10].

По статистике, второй ребенок на 20–30% крупнее первого. Можно предположить, что это определяется несколькими факторами. Один из них – психологический, то есть, вынашивая второго ребенка, будущая мать более спокойна, так как уже знакома с беременностью и родами. Еще одной причиной может быть то, что во время второй беременности организм матери уже обучен вынашиванию, кровообращение в маточно-плацентарных и плодово-плацентарных сосудах обеспечивает большее поступление питательных веществ к плоду, чем во время первой беременности.

Роды крупным плодом в анамнезе увеличивают риск развития макросомии плода при настоящей беременности в 5 раз. Статистически достоверно чаще отмечено рождение крупных детей у матерей в возрасте 30 лет и старше, что составляет до 27,7%. В структуре экстрагени-

тальной патологии у исследуемых контингентов женщин преобладает ожирение и риск развития крупного плода возрастает в 4 раза.

Одним из факторов, влияющих на массу тела внутриутробного плода, является масса тела роженицы. Среди женщин, родивших детей с массой 4 кг и более, ожирение встречалось в 2,3 раза чаще, чем в контрольной группе.

Выявлена связь макросомии плода с нарушением углеводного обмена у беременных с различной степенью риска развития крупного плода. В рационе беременных, родивших крупных детей, преобладают продукты, богатые легкоусвояемыми углеводами. Избыточное, несбалансированное питание увеличивало риск развития крупного плода в 3 раза. Применение диеты для беременных позволяет снизить среднюю массу рождающихся детей с 3,7 до 3,2 кг.

У женщин, родивших детей с массой более 4000 г чаще диагностируется сахарный диабет. При диабете без ожирения отмечается меньшая частота родов крупным плодом, чем при ожирении.

При анализе продолжительности беременности выявлено, что переношенность гораздо чаще сочеталась с увеличением массы тела плода и составляла при крупноплодии 17,64%.

Изучение особенностей акушерско-гинекологического анамнеза позволило установить, что риск развития макросомии плода возрастает с увеличением количества аборт в анамнезе. При 4 и более абортах, предшествовавших настоящим родам, риск увеличивается в 2 раза [34].

Таким образом, основными факторами, оказывающими влияние на рождение крупных детей, по данным ряда исследователей, являются: возраст женщины 25–35 лет и старше, наследственная предрасположенность к ожирению, повторные беременности и роды, преобладание в питании беременной женщины углеводов, пролонгированная беременность, токсикозы, прием антибиотиков, гормонов, сосудорасширяющих средств, низкое социальное положение, гиподинамия во время беременности.

Наибольший риск развития крупного плода отмечен у повторнородящих с ожирением, родивших крупных детей при предыдущих родах, у лиц, предпочитающих жирную и мучную пищу, а также у беременных высокого роста. И все

же чаще всего причиной крупных размеров плода служит наследственность.

Литература

1. Гармонова Н.А., Раскуратов Ю.В. // Верхневолжский мед. журнал. – 2006. Т. 4. – Вып. 1-2. – С. 15–17.
2. Силла Р. В., Теосия М. Э. // Сб. науч. тр. – Таллинн, 1989. – С. 112–115.
3. Hogan D.P., Park J.M. // Clin Perinatol. – 2000, Jun. №27(2). – P. 433–459.
4. Веселова Н.Г., Леонова И.Т. // Сб. науч. тр. – Л., 1989. – С. 111–115.
5. Сванадзе Н.Г. Клинические, биохимические и гормональные аспекты течения беременности, родов и раннего неонатального периода при крупном плоде: Автореф. дис. канд. мед. наук. – СПб., 1995.
6. Canini S. et al. // A. Fertil Steril. – 2008, Jan. №9(1). – P. 174–178.
7. Аббасова З.Ф., Златовратская Т.В., Апресян С.В. // Матер VIII Всерос. форума «Мать и дитя». – М., 2006. – С. 4.
8. Jacobson G.F. et al. // Am J Obstet Gynecol. – 2005, Jul. № 193(1). – P. 118–124.
9. Kiel D. W. et al. // Obstet Gynecol. – 2007, Oct. №1 10(4). – P. 752–758.
10. Гриценко В.И., Яковцев А.Ф. Крупный плод. – Киев: Здоровье, 1999. – 184 с.
11. Langer O. // Clin Obstet Gynecol. – 2000, Jun. №43(2). – P. 283–297.
12. Кулаков В.И., Серов В.Н. Руководство по безопасному материнству. – М.: «Триада-Х», 2000. – 530 с.
13. Кулаков В.И., Серов В.Н., Адамян Л.В. и др. Руководство по охране репродуктивного здоровья. – М.: «Триада-Х», 2001. – 568 с.
14. Елиневская Г.Ф. и соавт. Большевесные новорожденные дети (проблемы и реабилитация). – Минск, 2002. – 22 с.
15. Sacks D.A. // Clin Obstet Gynecol. – 2007, Dec. №50(4). – P. 980–989.
16. Раскуратов А. Ю. и соавт. // Верхневолжский мед. журнал. – 2003. Т. 1. – Вып. 3. – С. 33–38.
17. Пигалов А.П. Особенности роста и развития детей, родившихся у женщин-работниц производства синтетического каучука: Автореф. ... дис. д-ра мед. наук. – М., 1989. – 26 с.