

# СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С БОЛЬШИМ ВЕСОМ

**Ф.У. Юлдашева, Г.К. Худайкулова**

*Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан*

## **АКТУАЛЬНОСТЬ**

Частота родов крупным плодом, по данным литературных источников, в последние годы составляет 4,5–20 %. Роды плодом с массой тела 4000–4500 г наблюдаются в 7,6 %, 4500–5000 г. – в 1,2 %, 5000 г. и более – в 0,2 % случаев. Высокие показатели родового травматизма матери и неблагоприятные перинатальные исходы при макросомии плода имеют большое медицинское и, несомненно, социальное значение [1].

Объективными критериями здоровья новорожденных являются их антропометрические показатели. Эти показатели отражают течение внутриутробных периодов онтогенеза в зависимости от факторов различной природы. Учитывая высокую значимость внутриутробного периода развития для формирования как строения организма, так и его функции, можно предположить, что результаты этого периода развития, в том числе масса и длина тела при рождении могут являться предикторами состояния организма и особенностей реакции организма на воздействие загрязнителей окружающей среды в последующие периоды онтогенеза [5].

Актуальность изучения данной проблемы продиктована более высокими показателями перинатальной смертности и травматизации плодов и новорожденных, большим количеством осложнений в течение беременности и родов по сравнению с плодами со средней массой тела при имеющейся тенденции к ежегодному увеличению количества родов крупным плодом. Оптимальная тактика ведения беременности и родов при макросомии плода приведет к снижению материнского и детского травматизма в родах и будет способствовать рождению здоровых детей и сохранению здоровья матери [2].

**Цель работы** – анализ социально-гигиенических проблем при рождении крупного плода. Изучить распространенность факторов риска рождения малыша с крупным весом.

**Основные задачи:**

- оценить актуальность проблемы макросомии плода на современном этапе;
- выявить основные территориальные особенности формирования антропометрических показателей при рождении;
- установить степень и характер обусловленности индивидуальных значений антропометрических показателей при рождении социальными, биологическими факторами, особенностями протекания внутриутробного периода развития и сезонностью.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Для проведения исследования были составлены анкеты, включающие 20 вопросов о наличии факторов риска рождения ребенка с высокой массой тела. Проведено социологическое исследование методом анкетирования среди 30 беременных, состоявших на учете в семейной поликлинике. Для обработки полученных данных был применен математико-статистический метод. Теоретический анализ и обобщение научной литературы, периодических изданий о крупном плоде и влиянии его на организм матери.

**РЕЗУЛЬТАТЫ**

Почти треть опрошенных женщин (30,0 %) имели превышение индекса массы тела на момент начала беременности.

У (16, 6 %) опрошенных мужья имели превышение ИМТ.

У (6, 6 %), то есть у 2 женщин, был диагностирован сахарный диабет.

Из (13,3 %) опрошенных предыдущие беременности имели признаки перенашивания.

Таким образом на 100 респондентов почти 36 % имели риск развития плода с повышенным весом.

Еще одной причиной рождения крупного малыша может стать ожирение самой мамы, ее нерациональное питание и следование принципу «нужно есть за двоих» во время беременности. При беременности женщины берегут себя и двигаются еще меньше, расходуя еще меньше калорий, но вот питаются они плотнее и больше обычного. Поэтому и возникают проблемы с лишним весом у самой мамочки и лишний вес у малыша.

В результате нашего опроса было установлено, что мнения о необходимости есть за двоих придерживалось 18 женщин – 60 %.

С правилами рационального питания во время беременности были знакомы практически все опрошенные, а придерживались рекомендаций только 53,3 %

### *Особенности течения беременности и родов крупным плодом*

На сегодняшний день часто описывается, что большинство людей считает крупный плод результатом наследственности, но на самом деле структура тела и его развитие, связанное с генотипом начинает проявляться на много позднее. Во внутриутробном периоде рост и развитие плода на прямую связаны с факторами окружающей среды, состоянием здоровья родителей, а особенно матери. В работах, проведенных Ю.В. Мыльниковой и Н.В. Протопоповой, указано, что имеются свои предрасположенности у матери к крупному плоду, а именно – позднее менархе (старше 15 лет), наличие заболеваний сердечно-сосудистых и мочевыделительной системы, ожирение, болезни желудочно-кишечного тракта и щитовидной железы [4]. В группах, у которых имелись беременные с данными патологиями, наблюдалось рождение крупного плода. Беременность при крупном плоде часто сопровождается такими осложнениями, как гестоз, угроза прерывания беременности, анемия.

### *Перинатальные исходы родов крупным плодом*

Социально-гигиеническая актуальность проблемы макросомии плода обусловлена в первую очередь частой перинатальной заболеваемости и смертности в сравнении среднестатистическими показателями [8]. А.Л. Черепнина установила, что наибольшая перинатальная смертность характерна для плодов массой 4000–4250 г, что, вероятно, связано с отсутствием «яркой» клиники клинически узкого таза у рожениц данной группы. Перинатальная заболеваемость в группе новорожденных массой 4000–4250 г в 2 раза больше, чем в группе 4251–4500 г,

и в 50 раз превышает данный показатель в группе 4501–4750 г. Поэтому многие исследователи рекомендуют отнести женщин с предполагаемой массой плода 4000–4250 г к категории повышенного риска [9].

Родовая травма центральной нервной системы может проявляться как общемозговыми симптомами, так и симптомами повреждения ствола головного мозга [4, 9]. Повреждения головного мозга при макросомии плода вызваны в основном ведением родов через естественные родовые пути при относительном клиническом несоответствии. Частота кефалогематом и подпапневротических кровоизлияний при родах крупным плодом в 2–3 раза превышает таковую у плодов со средней массой.

Частота родовых травм позвоночника и спинного мозга при макросомии плода также превышает количество при нормосомии плода. По мнению С.Л. Парилова родовая травма при затрудненном прохождении головки плода по родовым путям всегда сочетанная, как минимум шейно-затылочными. В данной ситуации травма несет конструктивный характер деструкции позвоночного столба и обусловлены осевым нагружением позвонков в сочетании с чрезмерным сгибанием и ротацией. Из-за хрящевого строения тел позвонков сами позвонки почти не повреждаются, факторы деструктивного характера чаще всего приводят к надрывам и разрывам связок, вывихам позвонков, разрывами радиальных ветвей позвоночных артерий, гематомам спинномозгового канала и повреждениям спинного мозга [6].

В раннем неонатальном периоде наблюдается симптомо-комплекс дыхательной недостаточности, например, учащенное дыхание, артимия дыхательных движений, нарастающий цианоз, локальное и распространенное выбухание грудной клетки, возникающие за счет повреждения диафрагмального нерва или корешков спинномозговых нервов  $C_{III}-C_V$ . Так же у новорожденных с макросомией возникает феномен «мнимого благополучия», который проявляется пошаговым и медленным нарастанием неврологической симптоматики [3].

По мнению авторов [7], вынужденное положение плода с макросомией в полости матки обуславливает деформации конечностей, дисплазии тазобедренных суставов, косолапости и т.д.

Метаболические нарушения в антенатальном периоде при макросомии плода выражаются не только в метаболическом ацидозе, но и в гипогликемическом состоянии новорожденных. У 16–20 % крупных новорожденных в первые сутки отмечается пониженное содержание глюкозы крови. Гипогликемия у новорожденных массой 4000 г и более клинически выражается в виде беспокойства, цианоза кожных покровов

вов, тремора конечностей и мышечной дистонии. Развитие гипогликемических состояний может быть опосредовано не только недостатком поступления глюкозы в общий кровоток, но и большим потреблением глюкозы у крупных новорожденных на фоне относительной гиперинсулинемии [8].

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Вышеописанные данные свидетельствуют о необходимости индивидуального подхода при родоразрешении беременных крупным плодом, предполагают дальнейшее совершенствование своевременных методов диагностики макросомии плода, а также прогнозирования исхода родов. Новорожденных с макросомией независимо от общего состояния при рождении следует относить к группе высокого риска, так как имеется большой риск последствий родовой травмы, различных нарушений в раннем неонатальном периоде, снижение реактивности организма в первые месяцы жизни.

### **ВЫВОДЫ**

Таким образом, оптимизация тактики ведения беременных с макросомией связана со своевременным выявлением и коррекцией экстрагенитальных патологий, использованием контрацепции в межгестационный период, рациональный прием лекарственных препаратов при беременности, а также профилактика осложнений беременности, например, преэклампсия и ХФПН. Одним из важнейших вопросов, определяющих акушерскую тактику, является прогнозирование массы плода. Решение всех этих задач и определяет актуальность данного исследования.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Казанцева Е.В., Мочалова М.Н., Ахметова Е.С. и др.* Определение оптимального метода родоразрешения у беременных крупным плодом // Забайкальский медицинский вестник. – 2012. – № 1. – С. 9–11.
2. *Крупный плод: современная тактика ведения беременности и родов. Перинатальные исходы // Dissercat.* – URL: <http://www.dissercat.com/content/krupnyi-ploд-современная-тактика-ведения-беременности-и-родов-perinatalnye-iskhody>.
3. *Ласков В.Б., Полянская М.В.* Особенности нейровегетативной сферы у лиц, родившихся с крупной массой тела // Неврологический вестник им. В.М. Бехтерева. – 2001. – Т. 33. – Вып. 03–04. – С. 39–43.
4. *Мыльникова Ю.В., Протопопова Н.В.* Современные аспекты макросомии // Сибирский медицинский журнал. – 2010. – № 1.

5. Научная электронная библиотека диссертаций и авторефератов // Dissercat. – URL: <http://www.dissercat.com/content/gigienicheskaya-otsenka-vliyaniya-faktorov-okruzhayushchei-sredy-na-sistemu-mat-plod-i-metod>.

6. *Парилов С.Л.* Моменты родов и механизм родовой травмы // Актуальные вопросы теории и практики судебно-медицинской экспертизы. – Красноярск, 2007. – Вып. 5.

7. *Сулима А.Н.* Оптимизация ведения родов у женщин с клинически узким тазом: дис. канд. мед. наук. – Симферополь, 2007.

8. *Черепнина А.Л.* Крупный плод: современная тактика ведения беременности и родов. – 2006.

9. *Чернуха Е.А., Волобуев А.И., Пучко Т.К.* Анатомически и клинически узкий таз. – М.: Триада-Х, 2005.

---