

Ковтуненко Р. В.

*Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия МЗ
Украины», г.Днепр, Украина*

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОБЛЕМЫ КРУПНОГО ПЛОДА

В статье представлен анализ частоты рождения детей с макросомией. Описана роль некоторых медико-биологических и социально-гигиенических аспектов в развитии крупного плода.

Ключевые слова: *крупный плод, медико-биологические аспекты.*

Kovtunenکو R. V.

*State Establishment “Dnepropetrovsk Medical Academy of Ministry of
Health of Ukraine”, Dnepr, Ukraine*

MEDICO- SOCIAL ASPECTS OF CHILDREN WITH LARGE WEIGHT AT BIRTH

Analysis of the frequency of children born with macrosomia was presented in the article. The role of some medico-biological and socio-sanitary aspects in the development of the child born with large weight is described.

Keywords: *a child born with large weight, medico-biological aspects.*

Проблема крупного плода остается актуальной ввиду увеличения частоты рождения детей с массой 4000г. и более, высокими показателями перинатальной смертности и заболеваемости, а также серьезными медицинскими и социальными последствиями. В отношении причин развития крупного плода до настоящего времени данные противоречивы.

Частота рождения детей с массой 4000 г и более за последние десятилетия во всех странах мира колеблется в широких пределах — от 5 до 17,4 %, составляя в среднем 11—14%, а частота рождения гигантов — 0,02—0,5 % [3].

Целью работы явилось изучение медико-биологических и социально-гигиенических аспектов проблемы крупного плода.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ 595 случаев рождения крупного плода по данным родильного отделения городской больницы г.Днепр. Контрольную группу составили 120 случаев рождения детей со средней массой тела 3000-3700г. Для статистической обработки полученных данных применялся пакет прикладных программ STATISTICA 6.1.

Результаты и их обсуждение

По результатам проведенного исследования, частота рождения детей с массой 4000 г за последние 5 лет выросла с 10,7 до 12,7 %. Изучая социально-гигиеническую характеристику родителей новорожденных массой тела 4000 г и более не выявлена зависимость от трудовой деятельности матери. Так, среди матерей, родивших крупных детей, соотношение рабочих и служащих - было одинаковым: рабочих — 44,03%, служащих — 45,6%. При анализе зависимости массы новорожденную от возраста матери обнаружено, что возраст большинства из них составлял 20—25 лет. В то же время среди матерей, родивших крупный плод, было больше женщин в возрасте 25—30 лет (34,78 %) и старше 30 лет (19,32 %), чем в контрольной группе (соответственно 24 % и 12,5 %, $P < 0,05$), что отражает связь увеличения вероятности рождения крупного ребенка с возрастом матери. Влияние возраста женщин на показатели физического развития плода коррелирует с порядковым номером родов, так как с возрастом матери увеличивается число беременностей и родов [6].

Общеизвестна зависимость физического развития новорожденных от порядкового номера беременности и родов, что объясняют приспособлением материнского организма при повторных родах к функции материнства и улучшением питания плода [2,3]. Согласно полученным данным, частота рождения детей с массой тела от 4500 до 5000 г возрастает при 6-й и более беременности, а максимальное число детей-гигантов из всех крупных

плодов родилось при 3-й беременности (44,4 %), Чаще крупные дети рождались при повторной беременности (68,24 %). С увеличением числа беременностей существенной разницы в частоте рождении крупных детей в сравнении с контрольной группой не выявлено, и только при 6-й беременности и более частота рождения крупного ребенка выше, чем ребенка со средней массой тела, составляя соответственно 9,74 % против 4,2 %. Представляет интерес анализ частоты рождения крупного плода в зависимости от порядкового номера родов. Наибольшая частота рождения ребенка с массой тела 4000 г и более (45,7 %) нами отмечена при вторых родах, тогда как дети со средней ненормальной массой тела в половине случаев (50,8 %) рождаются при первых родах.

Рост матерей, имеющих крупных детей, был преимущественно средним — от 160 до 170 см (63,69%), низкий рост — до 160 см — встречался достоверно реже (22,42), чем в контрольной группе (38,3 %); высокий рост — 170 см и выше — выявлен у 14,11 %, т. е. чаще, чем в группе женщин, имеющих детей со средненормальной массой тела ($8,4 \pm 2,57$). С увеличением роста матери достоверно увеличивается масса тела плода. Между ростом матери и полом ребенка связь не установлена [$p > 0,05$]. Исходная средняя масса тела до беременности у матерей, родивших крупный плод, достоверно выше этого показателя у женщин контрольной группы (соответственно 69,06 и 63,79 кг, $p > 0,05$), не установлено различий этого показателя в зависимости от пола крупного новорожденного.

Выявлена зависимость между ростом отца и рождением ребенка с массой тела 4000 г и более. Рост отцов в случаях рождения детей (девочек и мальчиков) с массой тела 4000 г и более достоверно выше, чем в контрольной группе (177,21 и 173,90 см).

При корреляционном анализе показателей физического развития родителей и их детей в зависимости от пола и массы тела в случае рождения мальчика с массой тела 4500 г и более выявлена достоверная положительная зависимость массы и длины тела ребенка и сочетанного влияния массы тела

и роста матери. В случаях рождения девочек корреляционные связи еще более значительны. Так, масса тела девочек достоверно зависит от роста, массы тела матери и сочетанного влияния массы тела и роста матери; длина тела этих девочек также зависит от роста, массы тела матери и сочетанного влияния роста и массы тела матери. Нами подтверждена прямая связь между увеличением массы тела женщин за период беременности и показателями антропометрии плода. Также установлено, что увеличение массы тела за период беременности у здоровых женщин различно в зависимости от исходной длины и массы тела. Женщины низкого роста (менее 153 см) прибавляют в массе приблизительно на 1 кг меньше, чем среднего, которые прибавляют 9,5—10 кг, а женщины высокого роста — на 1 кг больше. Женщины гиперстенического телосложения прибавляют в массе 12—13 %, пормостенического — 16—17 %, а гипостенического — даже 22—23 % от первоначальной массы. Результаты анкетирования матерей позволили установить нерациональность питания (превышение суточного рациона питания, избыток продуктов, богатых углеводами) у 44,1 % женщин, родивших крупный плод, и явное переедание, особенно в последние недели беременности, т. е. именно в то время, когда интенсивно увеличивается масса тела плода, что свидетельствует о роли избыточного питания во время беременности в генезе большой массы плода. Нами было установлено, что во время беременности 56,68 % женщин отмечали повышенный аппетит и даже явное переедание, употребляли большое количество продуктов, содержащих углеводы, у 35,9 % женщин была выражена жажда и питание было нерациональным.

Установлено, что средняя прибавка массы тела матери за время беременности увеличивается с нарастанием массы плода. Так, при массе тела плода 3700—4000 г она составляет 10,79 кг, при массе тела 4000 г и более — 12,33 кг, при средненормальной массе тела новорожденного — 9,13 кг (различия статистически достоверны). Различия в зависимости от пола детей в каждой группе не выявлены.

По данным отечественных и зарубежных авторов, в последние годы отмечается увеличение частоты ожирения среди беременных женщин, высокий процент крупных (11,6—40,3) и гигантских плодов (0,5—4,7) у этих женщин[1,4].

У женщин, имевших крупный плод, ожирение встречается в 23,69±1,97 % против 10 % в контрольной группе, т. е. в 2,3 раза чаще; причем частота рождения крупного плода прямо пропорциональна частоте ожирения матери, а между степенью ожирения у матери и массой тела доношенных новорожденных выявлена прямая корреляционная связь. У женщин с массой тела до беременности 70 кг и более достоверно чаще рождались крупные дети. При ожирении у женщин, выявленном до беременности, масса новорожденных значительно больше, чем у детей, родившихся у матерей с этой патологией, развившейся при настоящей беременности, а масса тела ребенка матери с ожирением на 516 г больше, чем масса ребенка матери без ожирения.

Среди эндокринной патологии матери на развитие плода существенное влияние оказывает сахарный диабет. Гестационный сахарный диабет среди 595 женщин, родивших крупный плод встретился в 5,3% случаев, тогда как в контрольной группе - 0,5%, что свидетельствует о высоком риске сахарного диабета при макросомии плода.

Выводы. Отмечается неуклонный рост частоты рождения детей с массой тела 4000 г и более. По данным проведенного исследования этот показатель за 5 лет вырос с 10,7 до 12,7 %. В генезе крупного плода играет роль сочетанное влияние различных факторов внешней и внутренней среды. Установлено, что высокая частота рождения детей с массой 4000г. и более находится в прямой зависимости от конституциональных особенностей матери, ее возраста, порядкового номера беременности и родов, наличия ожирения, нерационального питания и избыточной прибавки массы тела во время беременности.

Список литературы:

1. Слабинская Т.В. Антенатальная диагностика массы крупного плода // Здоровый новорожденный: материалы респ. науч.-практ. конф.-Екатеринбург.-2000.-С.77-79.
2. Черепнина А.Л. Крупный плод: современная тактика ведения беременности и родов. Перинатальные исходы: автореф. дис. канд. мед.наук.-М.,2006.-21с.
3. Черникова Л.Н. Акушерские аспекты крупного плода // История городского мед. образования им. С.П. Боткина и современное состояние спец. мед. помощи. - Орел, 1999. - С. 205-207.
4. Чернявская Л.О. Медико-социальное исследование проблемы крупного плода: автореф. дис. канд. мед. наук. - Рязань, 2001. - 20 с.
5. Boulet S.L., Alexander G.R., Salihu H.M., et al. Macrosomic births in the united states: determinants, outcomes, and proposed grades of risk // Am.J.ObstetGynecol2003;188(5):1372-8.
- 6 Stones R.W., Paterson CM., Saunders W.J. Risk factors for major obstetric haemorrhage // Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1993; 48(1); 15-8.