

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПОСОБОВ ПРОФИЛАКТИКИ
АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С МАКРОСОМИЕЙ
ПЛОДА**

Юлдашевой Дильчекры Юсуфхановны

Ташкентская медицинская академия

Научный руководитель д.м.н

Уктамовой Гавхар Толибовны

Ташкентская медицинская академия

Кафедра акушерства и гинекологии №2 магистранта 2 курса

Аннотация:

В данной статье подробно описаны способы профилактики акушерских осложнений у женщин с макросомией плода. Таким образом, дисбаланс макро- и микроэлементов в организме может служить одним из пусковых механизмов дизрегуляторных патологических расстройств, ответственных за возникновение нарушений обмена и ассоциированных с ним заболеваний, в частности макросомии плода у беременных женщин. Своевременная коррекция нарушений обмена макро- и микроэлементов может рассматриваться как один из вариантов профилактики развития крупного плода и наряду с другими общеизвестными методами оптимизации массы тела беременных женщин явиться превентивным методом развития акушерской патологии у матери и ассоциированных с избыточной массой тела заболеваний у ребенка.

Ключевые слова: макросомия, беременные женщины, макросомия плода, магний, хром, цинк.

Макросомия плода — это состояние, при котором (в зависимости от используемого определения) плод весит от 4000 до 400 г, или 90 перонпил для данного гестационного возраста. Важно вовремя диагностировать макросомию и по возможности устранить первопричину. Акушер должен заранее знать проблемы родоразрешения крупных плодов через родовые пути. Удлинение второго периода родов, растяжение плеч и нанесение различных травм плоду и матери. Поставить точный диагноз при рутинных акушерских осмотрах не представляется возможным. Высота матки не

является надежным показателем. На это влияет рост матери, количество околоплодных вод, состояние будущего ребенка и многие другие факторы.

В то же время различия высоты дна матки и срока беременности приводят к тому, что женщину направляют на дополнительное ультразвуковое исследование, которое показывает аномально крупный размер плода. Ультразвуковая диагностика не дает 100% точности. Большинство авторов отмечают, что при МП осложнения начинают развиваться еще на этапе беременности. По данным ряда авторов, среди осложнений гестационного периода у пациенток с МП достоверно чаще, чем в популяции, выявляются гестоз, анемия, ранний токсикоз; многоводие.

Роды при массе плода 4000 г и более часто протекают с осложнениями: наблюдается первичная и вторичная слабость родовой деятельности, несвоевременное излитие околоплодных вод; тазово-головная диспропорция плодового гонеза встречается в 5 раз чаще, чем при нормальных размерах плода; достоверно чаще в потужном периоде формируется дистоция плечиков. Поэтому при диагностировании крупного плода увеличивается число плановых операций кесарева сечения, оперативных вагинальных родов. При МП значительно возрастает риск синдрома аспирации околоплодных вод, родовой травмы у матери и ребенка, регистрируется более высокая частота асфиксии при рождении. В последовом и раннем послеродовом периодах ввиду перерастяжения матки из-за крупного плода чаще возникают гипотонические кровотечения.

Z. Gyurkovits и соавт. проанализировав перинатальные исходы, выявили высокую частоту кровоизлияния в надпочечник новорожденных с массой 4500 и более после естественных родов. Теми же авторами при МП отмечены высокие риски переломов ключицы, низкой оценки состояния новорожденных по шкале Апгар на 5 минуте, рождение в состоянии гипогликемии. Согласно данным С.И. Ёлгиной и соавт. последствия перенесенного хронического страдания крупного плода в антенатальном периоде приводят к нарушению адаптационных процессов, снижению сопротивляемости к действию неблагоприятных факторов внешней среды, отклонениям в физическом, соматическом и нервно-психическом развитии в постнатальном периоде онтогенеза.

Известно, что макросомия у девочек при рождении в пубертатном периоде проявляется опережением физического развития при относительной задержке полового развития; менструальная функция характеризуется гиперменструальным синдромом и нерегулярным менструальным циклом

(15,7 %), высокой частотой дисменореи (52,8 %) и маточных кровотечений пубертатного периода (39,3 %); дисгормональными изменениями молочных желез (64 %) и синдром гиперандрогении (53,9 %); эхографическими признаками периферического типа поликистозных яичников и персистирующих ретенционных образований яичников.

Таким образом, актуальность своевременной диагностики МП, влияющей на выбор оптимальной тактики родоразрешения, не вызывает сомнений. Идеальной моделью профилактики возможных перинатальных осложнений является устранение причин возникновения МП. Однако до сих пор поиск окончательного ответа на вопрос об истинных причинах формирования МП далёк от своего завершения. Имеющиеся данные в современной литературе противоречивы.

Ведущими факторами риска МП являются сахарный диабет, ожирение; заболевания сердечно-сосудистой системы, позднее менархе, повторные роды, крупный плод в анамнезе, перенесенные аборт, перенашивание беременности, прибавка массы тела беременной более 20 кг, прием вазоактивных препаратов во II и III триместре беременности (пентоксифиллин, курантил). Л.А. Черепнина отметила, что антенатальными факторами риска развития МП являются прием гестагенов (дюфастон, утрожестан) в 1 триместре, вазоактивных препаратов (трентал, курантил, актовегин), витамина Е во 2–3 триместрах.

Во время беременности происходят значительные изменения в этих метаболических процессах, влияющих на росто-весовые параметры плода, что обуславливает актуальность изучения данного вопроса. Беременность является уникальным состоянием, сопровождающимся физиологическим увеличением резистентности к инсулину. Это позволяет рассматривать даже физиологически протекающую беременность в качестве «диабетогенного состояния». При беременности развивается состояние относительного гиперинсулинизма с периферической инсулиновой резистентностью за счет увеличения концентрации контринсулярных гормонов, а также действия адипокинов жировой ткани. Известно, что эндокринная активность жировой ткани при беременности возрастает, что выражается в изменении концентраций адипокинов в материнской крови. Именно адипокины рассматриваются в качестве недостающего звена в патогенезе нарушений углеводного и липидного обменов, которые, в свою очередь, приводят к развитию наиболее актуальных проблем современной

медицины: кардиоваскулярных заболеваний, инсулинорезистентности, ожирения.

Н. Kahvesci и соавт. выявили положительную корреляция между уровнями инсулина, лептина, грелина с гестационным возрастом и антропометрическими величинами плодов, рожденных преждевременно (на 24–37 неделях беременности), что еще раз доказывает важную роль грелина и лептина для роста и развития детей на антенатальном этапе. Однако недостаточно данных о влиянии концентраций лептина и грелина на формирование МП.

Литература

1. Бурумкулова Ф.Ф. Гестационный сахарный диабет (эндокринологические, акушерские и перинатальные аспекты): автореф... дис. д-ра. мед. наук. Москва, 2021. [Burumkulova F.F., Gestational diabetes mellitus (endocrinological, obstetric and perinatal aspects). [dissertation] Moscow, 2021. (In Russ.)]
2. Киселевич М.Ф., Киселевич М.М., Киселевич В.М., Минаева Е.С. Особенности течения беременности и родов у женщин с гестационным сахарным диабетом // Современная медицина: актуальные вопросы: сборник статей по материалам XI международной научно-практической конференции. Новосибирск: СибАК, 2021. № 2(38). С.12–19. [Kiselevich M.F., Kiselevich M.M., Minaeva E.S., Features of the course of pregnancy and childbirth in women with gestational diabetes mellitus. Sovremennaya meditsina: aktual'nye voprosy: XI Mezhdunarodnaya nauchno-prakticheskaya konferentsiya. Novosibirsk, SibAK. 2019;2(38):12–19. (In Russ.)]
3. Арбатская Н.Ю., Демидова И.Ю. Планирование беременности у женщин, страдающих сахарным диабетом // Лечащий врач. 2014. № 6. [Arbatskaya N.Yu., Demidova I.Yu., Planning pregnancy in women with diabetes. Lechashchiy vrach. 2019;6. (In Russ.)]
4. Килина А.В. Здоровье детей раннего возраста у матерей с гестационным сахарным диабетом: автореф... дис. д-ра. мед. наук. Ижевск, 2012. [Kilina A.V. Health of young children in mothers with gestational diabetes mellitus. [dissertation] Izhevsk, 2019. (In Russ.)]
5. Забаровская З.В. Перинатальные исходы при гестационном сахарном диабете. // Медицинский журнал. 2021. № 4. С. 28–31. [Zabarovskaya Z.V. Perinatal outcomes in gestational diabetes mellitus. Meditsinskiy zhurnal. 2021.4:28– 31. (In Russ.)]

6. Евсюкова И.И. Состояние новорожденных детей в современных условиях лечения их матерей, больных сахарным диабетом // Журнал акушерства и женских болезней. 2016. Т. 55. Вып. 1. С. 12–16. [Evsyukova I.I. The newborns well-beings in modern conditions of treatment of their mothers with diabetes. Journal of obstetrics and women's diseases. 2017;55(1):12–16. (In Russ.)]
7. Никанов А. Н., Кривошеев Ю. К., Гудков А. Б. Влияние морской капусты и напитка «Альгапект» на минеральный состав крови у детей – жителей г. Мончегорска // Экология человека. 2019. № 2. С. 30–32.