

# БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ КРУПНОМ ПЛОДЕ

Доц. А. Ф. Златман

Акушерско-гинекологическая клиника № 2 (зав. — доц. Т. Я. Калининко)  
Киевского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института  
им. акад. А. А. Богомольца

Большинство акушеров считает нижней границей веса крупного плода 4, а верхней — 5 кг; выше этого плод считают гигантским.

Мы нашли целесообразным проанализировать наши клинические наблюдения над родами крупным плодом.

За 1954—1958 гг. в клинике родились 1089 крупных детей, в том числе 8 детей-гигантов. Минимальный их вес был 4000,0, а максимальный — 6000,0. Крупные дети составили 12,2% всех родившихся, а гигантские — 0,09% (1:1106).

Первородящих было 22,6% и повторнородящих — 77,4%, причем основные группы составили II- и III-родящие. Повторные роды — беспорядный и важный этиологический фактор макросомии плода.

Наши наблюдения не подтверждают абсолютного значения переноса в развитии крупного плода.

Сахарный диабет матери считают важной причиной чрезмерного развития внутриутробного плода.

У 13 во время беременности наблюдалась глюкозурия (4—8‰), причем у 8 она держалась в течение всей беременности. Гипергликемии не было. После родов глюкозурия исчезла.

Мальчиков было 56,4%, а девочек — 43,6%.

Итак, повторные роды, большой рост и вес, тучность, сахарный диабет и предиабетическое состояние матери — это основные этиологические факторы фетальной макросомии. Но встречается еще немало случаев, когда причины появления крупного плода остаются для нас неясными.

Анализ наших клинических наблюдений показал, что беременность крупным плодом во второй ее половине очень часто влечет за собою одышку, расширение вен на нижних конечностях, отек их и передне-брюшной стенки, упорные запоры, расстройства акта мочеиспускания и альбуминурию.

Все перечисленные явления не представляют ничего специфического для беременности крупным плодом, но нередко причиняют беременным немало неприятностей.

Токсикозы отечно-нефротической группы встречаются у этих беременных чаще, чем обычно.

Роды при крупном плоде часто сопровождались осложнениями, порой серьезными. Все они представлены в таблице 1. В ней для сравнения приведена частота этих же осложнений в родах по общим материалам клиники за те же годы.

Таблица 1

## Осложнения в родах и в послеродовом периоде

Наименование осложнений	При крупном плоде	По средним данным клиники
	За одни и те же годы число случаев (в ‰)	
I и II слабость родовой деятельности . . . . .	74,2	8,1
Несвоевременный разрыв плодного пузыря . . . . .	20,2	10,4
Выпадение пуповины . . . . .	1,3	0,27
Эндометрит в родах . . . . .	1,7	0,5
Кровотечение в третьем периоде и раннем пуэрперии . . . . .	15,2	6,4
Дистоция плечиков . . . . .	8,4	
Некроз губ шейки матки . . . . .	0,09	
Разрыв шейки матки . . . . .	8,2	3,4
Полный разрыв матки . . . . .	0,09	0,013
	(1:1089)	(1:7758)
Гематома вульвы и влагалища	0,18	0,025
Разрыв промежности . . . . .	21,3	10,0
Разрыв симфиза . . . . .	0,37	0,06
	(4:1089)	(1:1587)
Травматический радикулит . . . . .	0,65	
Послеродовый эндометрит . . . . .	5,3	1,2
Субинволюция матки . . . . .	12,5	5,1

В 28,2% роды заканчивались оперативным вмешательством. Все операции представлены в таблице 2.

Таблица 2

Акушерские операции при крупном плоде

Наименование операции	Количество (в ‰)
Извлечение плода за ягодичы } Извлечение плода за ножку } . . . . .	0,65
Классический поворот на ножку . . . . .	0,75
Наружный поворот . . . . .	0,09
Наложение полостных щипцов . . . . .	4,2
выходных щипцов . . . . .	2,15
Кожно-головные щипцы по Иванову . . . . .	1,7
Краниотомия . . . . .	1,2
Обезглавливание . . . . .	0,09
Клейдотомия . . . . .	0,28
Абдоминальное кесарское сечение . . . . .	1,7
Эпизиотомия и перинеотомия . . . . .	3,4
Ручное отделение плаценты . . . . .	7,0
Ревизия полости матки . . . . .	5,0

Влагалищные акушерские операции на живом плоде дали 18 мертвых плодов (17,6%). Особенно травматичными были полостные щипцы и извлечение плода за тазовый конец.

В более или менее тяжелой асфиксии родились 7,7% детей и были оживлены в течение 10—20 мин, а 3,1% — в легкой асфиксии.

Умерли 57 детей (5,2%): антенатально — 17 (1,5%), интранатально — 27 (2,5%) и постнатально, то есть в первые дни жизни — 31 (1,2%).

У 7,2% новорожденных, оставшихся живыми, мы наблюдали следующие осложнения: паралич плечевого сплетения — у 23, парез лицевого нерва — у 4, лучевого — у 2, перелом ключицы — у 10, плечевой кости — у 5, большеберцовой кости — у 1, кефалогематому — у 16, множественные кровоизлияния в кожу и слизистые оболочки — у 12, отек тела — у 1.

Изложенное свидетельствует, что при крупном плоде родовый травматизм большой, особенно для плодов. Поэтому практически очень важно уже при первых осмотрах беременной в женской консультации выяснить, имеются ли основания ожидать у нее развития крупного плода (предшествующее рождение крупных детей, внутриутробная смерть плода, тучность, семейный диабет, предиабетическое состояние, глюкозурия во время беременности). При одном хотя бы из этих моментов необходимо изучить кривые после нагрузки сахаром и определить количество тотальных эстрогенов в суточной моче.

Акушер стационара должен прежде всего составить себе полное представление о величине плода. Должны быть использованы все диагностические возможности. Определение наибольшей окружности живота, высоты стояния дна матки над лоном, лобнозатылочного размера головки, длины плода, соотношения размеров головки к размерам таза — это основные элементы диагноза, важные и для прогноза.

Рентгенопельвиметрия — очень существенное и важное подспорье в акушерской диагностике. Она несложна и при соблюдении современных требований лишена пагубных последствий для матери и плода.

Абдоминальное кесарское сечение следует производить в следующих случаях: у старых первородящих, при суженном тазе или даже «на границе» этого, поперечном положении плода, патологическом вставлении головки и тазовом предлежании. Во всех остальных случаях, если беременность доношенная, надо вызывать родовую деятельность. Опыт показывает, что такая тактика более рациональна, чем выжидание спонтанного начала родов. Нам не сразу удавалось вызвать сокращения матки. Сплошь и рядом нам приходилось по нескольку раз повторять тот или иной метод, чтобы добиться эффекта.

Если родовая деятельность уже началась и отсутствуют перечисленные моменты, при которых следует родоразрешать путем кесарского сечения, то в первом периоде родов надо помогать раскрытию шейки матки, назначив антиспазматические средства, а во втором периоде — усилить маточные сокращения нежно действующими окситоцическими препаратами. Полезно сочетать их с вдыханием кислорода. Если по истечении известного времени, несмотря на хорошую родовую деятельность, головка не проявляет тенденции к вставлению, следует пересмотреть вопрос о дальнейшем ведении родов.

Мы не можем согласиться с теми иностранными акушерами, которые рекомендуют в таких случаях делать симфизиотомию; и симфизиотомию, и пуботомию дают длительно инвазивность матери и частые повреждения мочевого пузыря и уретры.

Полостные щипцы причиняют плоду большую травму. Надо вовремя отказываться от попыток во что бы ни стало извлечь плод в щипцах и в интересах матери переходить к плодоразрушающим операциям. Кожно-головные щипцы по Уилт — Иванову не раз оказывали нам пользу. Они не столь травмируют, и ими следует пользоваться шире.

Выведение плечиков — серьезное мероприятие. Его надо проводить бережно, мягко, достаточно быстро, но без применения силы. Эпизио- или перинеотомия в сочетании с максимальным сгибанием бедер роженицы в тазобедренном суставе во многих случаях облегчали нам положение. Влечения за головку чреватые серьезными осложнениями: растяжение продолговатого мозга, шейных нервных корешков и т. д. Лучше извлекать заднее плечико указательным пальцем, введенным в подмышечную впадину. Если плечевой пояс не опускается в малый таз, следует сразу же вводить всю руку во влагалище и низводить заднюю ручку плода. Если и этого недостаточно для извлечения плода, что наблюдается редко, тогда повторяют то же с передней ручкой, предварительно превратив ее в заднюю.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Баргельс А. В. Гинек. и акуш., 1924, 4. — 2. Вашилко С. Л. Здравоохр. Белоруссии, 1960, 9. — 3. Гентер Г. Г. Учебник акушерства, Л., 1938; Акуш. семинарий, том II. — 4. Жордания И. Ф. Учебникакушерства, М., 1955. — 5. Златман А. Ф. Казанский мед. ж., 1959, 4. — 6. Иловайская К. С. XX научн. сессия Саратов. мед. ин-та, 1953. — 7. Сеньковская В. А. Сб. научн. работ Витебск. мед. ин-та, вып. VII, 1957. — 8. Beek C. La Presse Médic., 1952, 66. — 9. Bourdon R. Maternité, 1959, 10. — 10. Carrington E. R. a. oth. J. Am. Med. Ass., 1958, 166. — 11. Dumont M., Bisch A. J. de Médecine Lyon, 1957, 38, 895. — 12. Gonnet J., Gabriel H. Ibid., 1956, 903. — 13. Hoet J. P. La Presse Médicale, 1952, 66. — 14. Lacomme M. Maternité, 1956, 5. — 15. Pedovitz P., Schlevin E. L. Am. J. Obstet. Gynec., 1958, 76. — 16. Szinyai M., Hunka R. Zbl. Gynäk., 1960, 31. — 17. Weiler E. Bull. Fed. Gynec. Obst. franc., 1957, 5. — 18. White P. Ann. d' Endocr., 1954, 15, 1.

Поступила 3 июня 1961 г.

## БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У ЖЕНЩИН КАРЛИКОВОГО РОСТА<sup>1</sup>

Доц. В. И. Давыдов, В. С. Воронин

Кафедра акушерства и гинекологии (и. о. зав. — доц. В. И. Давыдов)  
Свердловского медицинского института

В практике крупных родовспомогательных учреждений наблюдаются случаи беременности и родов у женщин карликового роста, и каждый такой случай ставит перед лечащим врачом целый ряд весьма трудных вопросов.

Это обстоятельство и побудило нас подвергнуть анализу случаи беременности и родов у женщин ростом 142—130 см за 1954—1959 гг.

За это время на 17590 родов было 108 случаев родов у женщин ростом в 142 см и ниже. Из них рост в 142 см имели 49, 141 см — 13, 140 см — 29, 139 см — 4, 138 см — 7, 137 см — 1, 135 см — 1, 132 см — 3 и 131 см — 1. Малый рост не был связан с заболеваниями или повреждениями костей. Телосложение было пропорциональным и правильным. Русских было 75, татарок — 25, башкирок — 3, удмурток — 2, одна украинка, ассирийка — 1 и еврейка — 1.

До 20 лет было 8 женщин, до 25 лет — 39, до 30 лет — 36, до 35 лет — 14, до 40 лет — 4, до 45 лет — 3 (у остальных женщин возраст не указан).

Родили в первый раз — 55, во второй раз — 30, в третий раз — 13, в четвертый раз — 2, в пятый раз — 1, в шестой — 1, в десятый — 1, в 17-й — одна и в 18-й — одна.

Родили в срок 90 женщин, преждевременно — 18.

Роды двойнями были только одни.

Родили самостоятельно 98 женщин, у 9 родов закончились кесаревым сечением и у 1 — эмбриотомией.

Показаниями к кесареву сечению были: у одной — комбинированный митральный порок сердца, у 4 — задне-теменное вставление (у одной вес плода был 4200,0), у одной — лицевое вставление головки подбородком кзади и у 3 — клинически и анатомически узкий таз.

<sup>1</sup> Доложено на юбилейной сессии Свердловского медицинского института 16/III-60 г.