



Особенности течения раннего неонатального периода новорождённых с избыточной массой тела

Х.Д. Аминов, П.Г. Зарифова

Кафедра детских болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

При проведении ретроспективного анализа 561 истории родов новорождённых с избыточной массой тела отмечено, что увеличение числа факторов риска развития гестационного диабета приводило к повышению степени паратрофии новорождённых. Установлено, что течение раннего неонатального периода крупных новорождённых характеризуется повышенной частотой поражений ЦНС гипоксического (94,7%) и травматического (12%) генеза.

Ключевые слова: новорождённые, макросомия, неонатальный период, гестационный диабет

АКТУАЛЬНОСТЬ. До настоящего времени практически отсутствуют работы, посвящённые проблеме ведения новорождённых от матерей с нарушенной толерантностью к глюкозе во время беременности. По данным Евсюковой И.И. и соавторов (2009) при гестационном диабете проявления диабетической фетопатии встречаются в 44% случаев [1,2]. Однако, нарушенная толерантность к глюкозе отражается на новорождённых проявлением отдельных и неярко выраженных симптомов диабетической фетопатии [3,4]. Одним из таких проявлений является рождение детей с избыточной массой тела. У беременных с нарушенной толерантностью к глюкозе каждый 4-5 ребёнок рождается с массой тела больше 4000 г [5]. В свою очередь, рождение крупных детей является косвенным показателем возможного транзиторного сахарного диабета у матери [6]. Рождение крупного плода зачастую является причиной родового травматизма, в связи с чем, обуславливает повышение перинатальной заболеваемости. Другими проявлениями дезадаптации у новорождённых от матерей с сахарным диабетом являются гипогликемия новорождённого, незрелость ряда органов и систем органов. Тем не менее, если избыточная масса тела встречается чаще и является более значимым признаком диабетической фетопатии у женщин с нарушенной толерантностью к глюкозе, то гипогликемии и незрелость органов в большем проявлении имеют место при инсулинозависимом (СД I типа) сахарном диабете [5-7].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: выявление особенностей течения раннего неонатального периода новорождённых с избыточной массой тела.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Проведён ретроспективный анализ 561 истории родов матерей, родивших детей с массой тела более 4000 г, и историй болезней их детей по специально разработанной анкете, включающей данные о роженице и её новорождённом, инициалы, место жительства, паритет, анамнез родов, течение и осложнения настоящей беременности, факторы риска развития диабета, экстрагенитальная патология, срок и способ родоразрешения, шкала Апгар, антропометрические данные новорождённого, первичный осмотр, течение раннего неонатального периода. Все новорождённые, соответственно сроку гестации, массе тела и полу, были разделены на группы по 3 степеням паратрофии по предложенной таблице Полячика (1986 г.). Статистическая обработка проведена на компьютере с помощью стандартной программы Excel, с использованием критериев достоверности Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Распределение обследованных женщин по месту жительства показало, что городских – 342 (60,9%) было в 1,5 раза больше, чем сельских – 219 (39%). Количество первородящих – 92 (16,4%) и многорожавших – 93 (16,6%) было примерно одинаково, в то время как повторнородящих женщин было в 2 раза больше – 376 (67%), чем первородящих и многорожавших.

Наиболее часто встречающимся экстрагенитальным заболеванием у женщин, родивших крупных детей, является ожирение различной степени – 139 (24,8%). Относительно высокая частота анемии – 136 (24,2%) и диффузное увеличение щитовидной железы – 92 (16,4%) объясняется тем, что данные заболевания



в Республике Таджикистан отнесены к краевой патологии. Варикозная болезнь отмечена у 46 (8,2%) женщин, что объясняется наличием способствующих факторов развития данной патологии, таких как ожирение и крупный плод.

Крупный плод в анамнезе отмечен у 102 (18,2%) женщин, отягощённый акушерский анамнез – у 39 (7%), отягощённый гинекологический анамнез – у 16 (2,9%).

Настоящая беременность протекала на фоне раннего токсикоза у 260 (46,3%), угрозы прерывания беременности – у 180 (32%), многоводие – у 55 (9,8%), преэклампсия различной степени тяжести диагностирована у 48 (8,3%) женщин.

В процессе родового акта наиболее часто у женщин, родивших крупных детей встречались такие осложнения, как патология пуповины – в 134 (23,9%) случаях, из них обвитие пуповины вокруг шеи плода – в 117 (87,3%), длинная пуповина – в 5 (3,7%), короткая – в 7 (5,2%) и истинный узел – в 5 (3,7%) случаях. Внутриутробная гипоксия плода имела место в 112 (19,9%) случаях. При этом хроническая гипоксия диагностирована в 81 (72,3%), начавшаяся внутриутробная гипоксия – в 28 (25%), прогрессирующая внутриутробная – в 3 (2,6%) случаях. Роды осложнились преждевременным излитием околоплодных вод у 100 (17,8%), дистоцией плечиков – у 36 (6,4%), аномалией родовой деятельности – у 28 (4,9%) женщин. Разрывы промежности различной степени имели место у 46 (8,1%), плацентарная недостаточность – у 34 (6%), гипотоническое кровотечение – у 7 (2%) рожениц.

Роды закончились абдоминальным путём в 70 (12,5%) случаях. При этом у 34 (6,1%) женщин, родивших крупных детей, показанием для операции кесаре-

ва сечения явилось клиническое несоответствие размеров головки плода размерам таза матери. При ведении родов через естественные родовые пути, вакуум-экстракция плода произведена в 33 (5,9%) случаях. Через естественные родовые пути без оперативных вмешательств роды проведены 458 (81,6%) женщинам. Срочные роды произошли у 145 (25,8%), запоздалые – у 14 (2,4%) женщин. Срок родоразрешения колебался от 37 до 43 недель.

Средняя масса тела новорождённых составила $4305,0 \pm 68,4$ г, средний рост $53,5 \pm 0,08$ см. Большая часть новорождённых – 413 (73,6%) имели III степень паратрофии.

При оценке по шкале Апгар в умеренной асфиксии родились 3 новорождённых с паратрофией I степени, 13 – с паратрофией II степени и 45 – с паратрофией III степени. В тяжёлой асфиксии родился 1 новорождённый с паратрофией I степени, 1 – с паратрофией II степени и 1 – с паратрофией III степени. Без асфиксии родились 17 новорождённых с паратрофией I степени, 110 – с паратрофией II степени и 365 – с паратрофией III степени (табл.1).

Как видно из приведённых данных, частота новорождённых с паратрофией III степени, родившихся с асфиксией, достоверно не отличалась от данного показателя среди новорождённых с паратрофией I и II степени.

Поражение ЦНС диагностировано у 11 (52,3%) новорождённых с паратрофией I степени, у 41 (33%) – с паратрофией II степени, у 159 (38,6%) – с паратрофией III степени. У 11 новорождённых с паратрофией I степени поражение ЦНС в виде синдрома угнетения имело место в 2 (18,2%) случаях, синдрома нервно-рефлекторного возбуждения (СНРВ) – в 9

ТАБЛИЦА 1. ОЦЕНКА НОВОРОЖДЁННЫХ ПО ШКАЛЕ АПГАР В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ПАРАТРОФИИ

Степени паратрофии Шкала Апгар	I (n=22)	II (n=126)	III (n=413)
Без асфиксии	$80,9 \pm 8,6\%$ (17)	$88,7 \pm 2,8\%$ (110)	$88,8 \pm 16,5\%$ (365)
Умеренная асфиксия	$13,6 \pm 4,3\%$ (3)	$10,5 \pm 2,8\%$ (13)	$10,9 \pm 1,5\%$ (45)
Тяжёлая асфиксия	$4,8 \pm 4,6\%$ (1)	$0,8 \pm 0,8\%$ (1)	$0,2 \pm 0,2\%$ (1)
Мёртворождённые	$4,8 \pm 4,6\%$ (1)	$1,6 \pm 1,1\%$ (2)	$0,5 \pm 0,32\%$ (2)



ТАБЛИЦА 2. ПОРАЖЕНИЕ ЦНС У НОВОРОЖДЁННЫХ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА (абс/Р±m)

Степени паратрофии Поражение ЦНС	I (n=11)	II (n=41)	III (n=159)
Лёгкое	6 (54,5±15%)	32 (78±6,4%)	128 (80,5±3,1%)
Среднетяжёлое	2 (18,1±11,6%)	11 (26,8±6,9%)	44 (27,6±3,5%)
Тяжёлое	3 (27,2±13,4%)	10 (24,3±6,7%)	40 (25,1±3,4%)

(81,8%) случаях. У новорождённых с паратрофией II степени синдром угнетения диагностирован в 11 (26,8%) случаях, СНРВ – в 30 (73,2%). Из 159 новорождённых с паратрофией III степени поражение ЦНС проявилось в виде синдрома угнетения у 36 (22,6%), СНРВ – у 123 (77,4%). Генез поражения ЦНС был травматическим у 3 (7%) новорождённых с паратрофией II степени и у 8 (5%) – с паратрофией III степени. Поражение ЦНС гипоксического генеза имели 11 (100%) новорождённых с паратрофией I степени, 38 (92,7%) – с паратрофией II степени и 151 (95%) – с паратрофией III степени (табл.2).

Частота и степень тяжести поражений ЦНС не зависела от степени паратрофии. Лёгкая степень тяжести поражения ЦНС диагностирована у 6 (54,5%) новорождённых с паратрофией I степени, у 32 (78%) – с паратрофией II степени и у 128 (80,5%) – с паратрофией III степени. Среднетяжёлое поражение ЦНС имело место у 2 (18,1%) новорождённых с паратрофией I степени, у 11 (8,1%) – с паратрофией II степени, 44 (25,1%) – с паратрофией III степени. Тяжёлая степень поражения ЦНС диагностирована у 3 (27,2%) новорождённых с паратрофией I степени, у 10 (24,3%) – с паратрофией II степени, у 40 (25,1%) – с паратрофией III степени.

При оценке соматического статуса у новорождённых с поражением ЦНС отмечены следующие клинические признаки: гипотония мышц – у 17 (8,05%), повышение тонуса мышц – у 30 (14,2%), нестойкость физиологических рефлексов – у 32 (15,1%), петехиальная сыпь – у 40 (18,9%), периоральный цианоз – у 49 (23,2%), акроцианоз – у 43 (20,3%) новорождённых. Конъюгационная желтуха отмечена в 1 (4,7%) случае у новорождённых с паратрофией I степени, в 5 (1,2%) – с паратрофией III степени. Дыхательная недостаточность диагностирована у 2 (9,5%) новорождённых с паратрофией I степени, и у 3 (0,7%) – с паратрофией III степени. Перелом ключицы и плечевой кости был выявлен в 2 (0,3%) случаях, паралич Эрбо-Дюшена, врождённая кривошея, тератома позвоночника, полидактилия, болезнь Дауна отмечались по 1 (0,2%) случаю у новорождённых с паратрофией III степени.

Нами выявлено увеличение частоты абдоминально-го родоразрешения по мере усугубления степени

паратрофии. Частота новорождённых с паратрофией III степени, родившихся абдоминальным путём, составила 45 (64,2±5,7%), что достоверно ($p<0,01$) выше данного показателя среди детей с паратрофией I и II степени (соответственно 4,2±2,4% и 31,4±5,5%).

Таким образом, операция кесарева сечения является более щадящим методом родоразрешения у беременных с крупным плодом, и возрастание её частоты по мере усугубления степени паратрофии объясняет отсутствие достоверных отличий неблагоприятных исходов для новорождённых с различной степенью паратрофии.

При ведении родов с крупным плодом через естественные родовые пути, период изгнания осложнился дистоцией плечиков у 36 (6,4%) новорождённых. При этом дистоция плечиков имела место у 2 (5,5%) новорождённых с паратрофией I степени, у 6 (16,6%) – с паратрофией II степени и у 28 (77,7%) – с паратрофией III степени.

Из 561 проанализированного случая, у 295 женщин, родивших крупных детей, имелись факторы риска развития диабета (см. рис.): ожирение выявлено у 138 (46,8%), крупный плод в анамнезе – у 127 (43,1%), многоводие – у 30 (10,2%) женщин. При этом беременные с ожирением родили 6 (4,3%) новорождённых с паратрофией I степени, 25 (18,1%) – с паратрофией II степени, 107 (77,5%) – с паратрофией III степени.

2 (6,6%) новорождённых с паратрофией I степени, 10 (33,3%) – с паратрофией II степени, 18 (60%) – с паратрофией III степени родились у женщин, течение беременности которых осложнилось многоводием. У женщин, в анамнезе которых отмечено рождение детей с избыточной массой тела, 3 (2,3%) новорождённых были с паратрофией I степени, 43 (33,8%) – с паратрофией II степени, 81 (63,7%) – с паратрофией III степени.

Показатель перинатальной смертности у женщин, родивших крупных новорождённых, составил 23 на 1000 всех родившихся. Из 13 случаев перинатальных потерь, антенатально мёртвый плод был у 3 (23%) женщин, интранатально – у 2 (15,3%), в раннем неонатальном периоде – у 8 (61,5%). Причинами

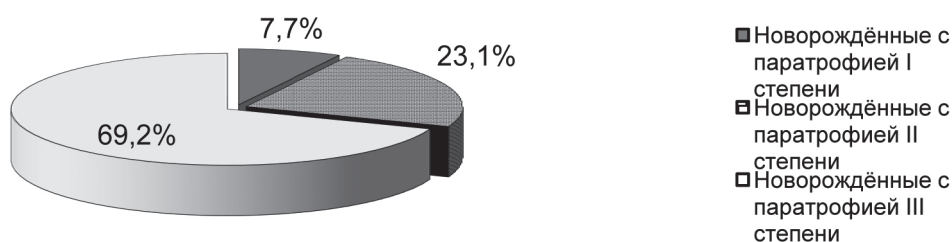


РИС. УДЕЛЬНЫЙ ВЕС ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ПАРАТРОФИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

перинатальной смертности в 2 случаях явились пороки развития несовместимые с жизнью.

Как видно из рисунка, удельный вес перинатальных потерь составил 1 (7,7%) случай среди новорожденных с паратрофией I степени, 3 (23,1%) – с паратрофией II степени и 9 (69,2%) – с паратрофией III степени.

Таким образом, анализ течения беременности и родов у женщин с крупным плодом, раннего их неонатального периода показал, что увеличение числа факторов риска развития гестационного диабета приводило к повышению степени паратрофии у новорожденных. Особенностью течения беременности этой категории женщин явилось повышение частоты таких осложнений как угроза прерывания и многоводие. Частота осложнений родов, таких как несвоевременное излитие околоплодных вод (17,8%), аномалии родовой деятельности (4,9%), гипоксии плода (19,9%), дистонии плечиков (6,4%), травмы родовых путей (8,1%) у женщин с крупными плодами была выше, чем в общей популяции. Соответственно увеличивалась частота абдоминального родоразрешения (13%), а при ведении родов через естественные родовые пути, вакуум-экстракция плода отмечалась в 6% случаев. Частота рождения детей с избыточной массой тела с асфиксией различной степени составила 39,9%.

ВЫВОДЫ:

1. Течение раннего неонатального периода новорожденных с избыточной массой тела характеризуется повышенной частотой поражений ЦНС гипоксического (94,7%) и травматического (12%) генеза.
2. Показатель перинатальной смертности у женщин с крупным плодом (23 на 1000 родившихся) выше, чем в общей популяции (16 на 1000 родившихся). При этом, удельный вес перинатальных потерь прямо пропорционально возрастает по мере усугубления степени паратрофии.
3. Акселерацию плода при настоящей беременности целесообразно считать показанием к проведению теста на толерантность к глюкозе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Евсюкова И.И. Сахарный диабет, беременная и новорожденный / И.И.Евсюкова, Н.Г.Кошелева// – М. – 2009. – 272 с.
2. Евсюкова И.И. Состояние новорожденных детей в современных условиях лечения их матерей, больных сахарным диабетом / И.И.Евсюкова// Журнал акушерства и женских болезней. – 2006. – Т.55. – №1. – С. 17-20
3. Камилова М.Я. Масса тела новорожденных при различных типах сахарного диабета у беременных женщин: автореф. дисс...канд.мед.наук/ М.Я. Камилова// – Ленинград. – 1985. – 24 с.
4. Килина А.В. Антенатальное развитие и течение адаптационного периода новорожденных, родившихся у матерей с гестационным сахарным диабетом / А.В.Килина, М.Б. Колесникова // Вопросы современной педиатрии: научно-практический журнал Союза педиатров России. – М., 2008. – Т.7. – №2
5. Педерсен Е. Диабет у беременной и её новорожденный/Е.Педерсен// – М.: Медицина, – 1979. – 320 с.
6. Yogen Y. Establishing diagnosis of gestational diabetes mellitus: Impact of the hyperglycemia and adverse pregnancy outcome study / Y.Yogen, B.E. Metzger, M.Hod // Semin Fetal Neonatal Med. – 2009. – Vol. 14(2)
7. Zabini S. Altered Uterine Perfusion is Involved in Fetal Outcome of diabetic rats/ S.Zabini, P.Wentzel, U.J. Eriksson // Placenta. – 2008. – Vol. 29(5). – P. 413-421



Summary

Features of currency the early neonatal period in overweight newborns

H.D. Aminov, P.G. Zarifova

A retrospective analysis of 561 birth history in overweight newborns shown that increase the risk factors for a gestational diabetes led to a rising of paratrophia of newborns. Currency of early neonatal period in overweight newborns characterized with high frequency of hypoxic CNS le-sions (94.7%) and trauma (12%) origin.

Key words: newborns, macrosomia, neonatal period, gestational diabetes

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Х.Д. Аминов - заведующий кафедрой детских болезней №1
ТГМУ; Таджикистан, г.Душанбе, пр. Рудаки, 139
E-mail: 11@tajmedun. tj