

027-1  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР.

СМОЛЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
ИНСТИТУТ

---

---

*С. Л. ВАШИЛКО*

Течение и ведение беременности  
и родов у женщин при крупном  
п л о д е

**АВТОРЕФЕРАТ**

*диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук*

Смоленск — 1963

ИЗ КАФЕДРЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ (зав. — член корреспондент АМН СССР, заслуженный деятель науки БССР профессор Л. С. Персианинов) ВТОРОГО МОСКОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА им. Н. И. ПИРОГОВА, КАФЕДРЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ (зав. — профессор И. М. Старовойтов) МИНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА И БАРАНОВИЧСКОГО ГОРОДСКОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА (главный врач — заслуженный врач БССР В. П. Щеголева).

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОППОНЕНТЫ:

1. Заслуженный деятель науки РСФСР доктор медицинских наук, профессор А. Т. Петряева.
2. Кандидат медицинских наук, доцент Л. И. Быковская.

Автореферат разослан «17» 5 1963 г.

Защита диссертации состоится «18» 6.63

на заседании ученого совета Смоленского Государственного Медицинского института.

Развитие научного акушерства, тесная связь теории и практики родовспоможения обогатили советское здравоохранение рядом новых методов профилактики, диагностики и лечения многих патологических состояний, связанных с беременностью и родами. Однако имеется еще ряд вопросов, требующих дальнейшего их изучения. К этим вопросам относится проблема родов крупным плодом.

Большинство отечественных и некоторые иностранные авторы крупными считают плоды весом в 4000 г и выше. (К. В. Ульяновский, 1911; А. В. Бартельс, 1924; Э. И. Сидельковская, 1928; А. В. Ланкович, 1947; М. Ф. Маслюков, 1955; К. С. Иловайская, 1955; П. М. Вольский, 1956; В. К. Григорьянц, 1957; Винкель Winckel 1905; Цангемейстер Zangemeister 1917; Коттер Kotter W., 1930; Накогава Nakogawa J, 1932; Шиннай и Хунка Szinyai M., Hunka K., 1960 и другие). Плод весом 5000 г и выше считается гигантским (А. В. Бартельс, 1924; Г. Г. Гентер, 1932; М. И. Лепилина, 1949; М. И. Штемберг, 1960).

Роды крупным плодом, по данным Э. И. Сидельковской, в 1928 г. составляли 8,8% всех родов, а по П. М. Вольскому, в 1953—1956 гг. частота их достигла 11,4%.

Одни авторы считают, что крупный плод не оказывает значительного влияния на течение родового акта и что крупные дети имеют больше шансов на сохранение жизни (Э. И. Сидельковская, И. И. Фейгель, 1929; М. М. Гинзбург, 1949; В. А. Федотова, 1949 и др.). Другие держатся того взгляда, что роды крупным плодом должны быть отнесены к патологическим (В. С. Груздев, 1922; Г. Г. Гентер; А. В. Бартельс, 1924; К. К. Скробанский, 1946; Цангемейстер, Кофф и Поттер Koff A. a Potter E., 1939)

По мнению И. Ф. Жорданиа, П. М. Вольского, К. С. Иловайской роды крупным плодом стоят на грани между физиологией и патологией.

Течение родов крупным плодом освещено в литературе недостаточно. Разноречивы данные о течении родов крупным плодом по типу клинически узкого таза, об аномалиях отхождения вод и родовой деятельности, о характере материнского и детского травматизма, мертворождаемости и смертности крупных плодов.

Течение и ведение родов крупным плодом при сочетании с другими видами патологии (перенесенная беременность, узкий таз, неправильные положения плода, роды у пожилых и старых первородящих, при ожирении и др.) не получило в литературе достаточного отражения.

До настоящего времени нет единого мнения о ведении родов крупным плодом. Некоторые авторы предлагали у всех беременных при достижении ребенком крупных размеров вызывать искусственные роды или даже родоразрешать кесаревым сечением (Цангемейстер, 1924 и др.).

На основании изучения литературных источников и собственных наблюдений мы поставили задачу выяснить отдельные вопросы, касающиеся течения и ведения родов у женщин при крупном плоде: 1) Выяснить какие имеются особенности в течении беременности, родов, последового и послеродового периодов у женщин при крупном плоде, по сравнению с родами подами средних размеров (3000—3500 г). 2) Изучить способы определения предположительного веса плода у беременных и рожениц, сравнивая его с действительным — после рождения. 3) Изучить характер родовой деятельности при родах крупным плодом на основании клинических наблюдений и применяя метод наружной гистерографии. 4) Изучить материнский травматизм и другие осложнения, выявив исходы для матери. Провести наблюдения за новорожденными при рождении и в последующие дни, определяя исходы для плода. 5) Изучить особенности плаценты при крупном плоде: вес, размеры, площадь материнской поверхности плаценты, характер ветвления сосудов в ней.

Нами изучены данные Барановичского родильного дома с 1 января 1955 г. по 1 января 1961 г. За эти шесть лет в родильном доме проведено 12919 родов. Роды крупным плодом были у 1467 женщин (11,35%). Для сравнения изучено 1000 родов плодом весом 3000—3500 г. (контрольная группа). Частота родов крупным плодом колебалась по годам от 10,35% в 1956 году до 11,47% в 1959 году.

Проведено собственных наблюдений: 350 родов крупным плодом и 300 родов плодом весом 3000—3500 г. Особое внимание уделялось анамнезу беременных и рожениц, определению продолжительности настоящей беременности по анамнестическим и объективным данным при первой явке в женскую консультацию. При объективном обследовании беременных и рожениц большое значение придавалось антропометрическим измерениям, определению предположительного веса плода.

Мы проверили следующие методы определения предположительного веса плода у рожениц: формула З. В. Стройковой, комплексный метод А. Г. Перадзе, метод А. В. Рудакова, метод П. М. Вольского. Совпадение предположительного веса плода с действительным отмечалось при применении метода З. В. Стройковой лишь в 31,03%, метода А. В. Рудакова — 32,2%, метода А. Г. Перадзе — 44,1% и метода П. М. Вольского — в 37,6%.

Метод А. Г. Перадзе разработан для плодов весом до 4000 г. На основе принципа определения веса внутриутробного плода по А. Г. Перадзе нами были разработаны таблицы для диагностики крупных и гигантских плодов.

Мы проводили следующие измерения беременных и рожениц: сантиметровой лентой высоту стояния дна матки, перемеряли ее и окружность живота. Тазомером измерялась длина плода (от предлежащей части до дна матки), лобно-затылочный размер головки. Эти размеры при крупных плодах больше, чем при средних размерах их. Средняя окружность живота у женщин с крупными плодами 107,6 см., при весе плода 3000—3500 г — 96,2 см.; высота стояния дна матки соответственно 35,5, 33,5 см; лобно-затылочный размер 12—12,5 и 11 см. Выше перечисленные размеры определяют величину внутриутробного плода. Нами предпринята попытка математически вычислить пренатальный вес плода. При суммировании веса беременной или роженицы в килограммах и ее роста в сантиметрах мы получили условную величину, которую назвали «индексом матери»; этот индекс закономерно возрастает с увеличением веса плода, при весе 2500—3300 г. он равен 222; при крупных плодах весом 4500 г и выше достигает 237. При суммировании высоты стояния дна

матки, поперечника ее, длины плода и лобно-затылочного размера головки (все размеры в сантиметрах) мы получили величину, которую назвали «индексом величины внутриутробного плода»; он закономерно возрастает с увеличением веса плода. При весе плода 2500—3300 г. индекс равен 90,7, а при гигантских плодах достигает 108.

При определении предполагаемого веса плода мы учитывали и другие данные. Более крупных детей чаще рожают повторнородящие и многородящие женщины в цветущем возрасте. При переносной беременности рождаются более крупные дети. Кроме этого, путем тщательной пальпации, пользуясь стереометрическим чувством создавалось общее представление как о величине внутриутробного плода, так и о соответствии его размеров и размеров таза матери.

Изучение причин внутриутробного развития крупных и гигантских плодов имеет как теоретическое, так и практическое значение. По нашим данным, на вес плода оказывают влияние как возраст матери, так и число бывших родов. Крупные новорожденные чаще рождались при повторных родах (75,7%), а в контрольной группе повторнородящих было 49,5%. Наибольшее число женщин (61,6%), родивших крупных детей, были в возрасте от 26 до 35 лет. В контрольной группе количество рожениц в этом возрасте составляло 46,3%. Женщины, родившие крупных детей, чаще были хорошего или повышенного питания. Средний рост женщин, родивших крупных детей, был 160,02 см, средний вес — 75,4 кг. В контрольной группе средний рост матери составил 157,9 см, средний вес — 66,8 кг. Широкий таз (наружная конъюгата 22 см и больше) у женщин с крупным плодом отмечен в 12,7%, а в контрольной группе — 5,8%; анатомически узкие тазы у женщин с крупным плодом отмечены в 0,4% случаев, в контрольной группе — 0,9%.

Одной из причин рождения крупных плодов является перенашивание беременности. Средняя продолжительность беременности у женщин с крупным плодом составила 287,9 дня, перенашивание беременности свыше 294 дней наблюдалось в 23,66%; в контрольной группе средняя продолжительность беременности — 284,5 дня, перенашивание — 18,2%. Однако в 49,32% рождение крупных плодов наблюдалось после нормальной продолжительности беременности, в 23,25% — при продолжительности беременности меньше 280 дней.

Токсикозы первой половины беременности чаще встречались у женщин, разрешившихся крупным плодом. Из токсикозов второй половины беременности только водянка беременной чаще наблюдалась у беременных с крупным плодом, более тяжелые токсикозы чаще встречались в контрольной группе.

Среди крупных плодов преобладают мальчики (66,1%), в контрольной группе их было 49,5%, т. е. на 100 крупных девочек родилось 195 мальчиков, а на 100 девочек средних размеров только 98 мальчиков.

Кроме перечисленных выше факторов, в литературе известны и другие, влияющие на величину плода:

1). Питание беременной (Г. И. Кораблев, 1941; О. С. Парсамов, 1925; В. К. Порембский, 1943; А. Н. Антонов, 1947 и др.).

2) Число менструальных дней у матери (В. Д. Черноярва, 1927; А. А. Яковлев, 1927 и др.).

3) Диабет матери (А. М. Гиненевич, 1939; С. Г. Генес, 1951 и др.).

4) Частые обобщенные двигательные реакции плода (И. А. Аршавский, 1958).

5) Поздняя перевязка пуповины (Вапл, Сисон, Лэнд Wipple G., Sisson T., Lund C, 1957) и др.

Мы предлагаем следующую классификацию причин, влияющих на развитие крупных и гигантских плодов.

## **А. ФАКТОРЫ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К РАЗВИТИЮ КРУПНЫХ ПЛОДОВ.**

### *1. До беременности:*

а) индивидуальные особенности родителей (избыточный вес, средний, выше среднего и высокий рост, предшествующие роды);

б) предиабетическое состояние родителей;

в) гиперфункция передней доли гипофиза;

г) род занятий (сидячая работа, игнорирование физкультуры);

## 2. Во время беременности:

- а) питание беременной (обильное, углеводное, жировое);
- б) род занятий (сидячая работа, игнорирование физкультурой и т. д.);
- в) гипергликемия беременной;
- г) преддиабетическое состояние беременной.

### **Б. ФАКТОРЫ, НЕПОСРЕДСТВЕННО ПРИВОДЯЩИЕ К РАЗВИТИЮ КРУПНЫХ И ГИГАНТСКИХ ПЛОДОВ:**

- а) диабет у матери;
- б) обильное питание при малоподвижном образе жизни, игнорирование физкультурой;
- в) перенашивание беременности.

Предложенная классификация причин, способствующих развитию крупных и гигантских плодов, с учетом времени их действия позволяет своевременно применить профилактические мероприятия против чрезмерного внутриутробного развития плода.

☆☆☆

Учитывая разноречивые литературные данные о течении родов крупным плодом, большой интерес представляет изучение их в сравнении с данными для родов плодами средних размеров. Особенности в течении родов и осложнения при родах крупным плодом и в контрольной группе приводим в сводной таблице 1.

Таблица 1.

Особенности родов и осложнения	При родах крупным плодом (на 1000 родов)		В контрольной группе на 1000 родов	
	к-во	%	к-во	%
1	2	3	4	5
Продольное положение плода	996	99,6	996	99,6
Поперечное и косое положение плода	4	0,4	4	0,4
Головное предлежание	981	98,1	963	96,3
Передний вид затылочного пред- лежания	964	96,4	944	94,4



1	2	3	4	5
Задний вид затылочного предлежания	5	0,5	10	1,0
Разгибательных предлежаний всего	9	0,9	4	0,4
Переднеголовное предлежание	3	0,3	2	0,2
Лобное предлежание	—	—	1	0,1
Лицевое предлежание	6	0,6	1	0,1
Асинклитическое вставление головки	3	0,3	5	0,5
Преждевременное и раннее отхождение вод	157	15,7	65	6,5
Первичная и вторичная родовая слабость	84	8,4	52	5,2
Быстрые роды (продолжительностью до 3 часов)	34	3,4	31	3,1
Клинически узкий таз	14	1,4	4	0,4
Относительное несоответствие	34	3,4	9	0,9
Атонические и гипотонические кровотечения	48	4,8	30	3,0
Задержка частей последа	28	2,8	25	2,5
Плотное прикрепление плаценты	19	1,9	6	0,6
Разрывы промежности у первородящих	64	25,92	106	14,65
Разрывы промежности у повторнородящих	77	10,17	24	4,85
Перинеотомия и эпизиотомия у первородящих	45	18,51	48	4,5
Перинеотомия и эпизиотомия у повторнородящих	21	2,77	5	1,01
Всего травм промежности у первородящих	109	44,80	134	6,33
Всего травм промежности у повторнородящих	93	12,28	29	5,85
Разрывы шейки матки у первородящих	60	24,69	106	20,99
Разрывы шейки матки у повторнородящих	15	1,98	9	1,82
Послеродовые заболевания	19	1,9	10	1,0

Поперечные и косые положения крупных плодов во время беременности (с 35 недель) встречались чаще (0,9%) чем в контрольной группе (0,4%). В родах положение крупных плодов и плодов контрольной группы было продольным у 996 (99,6%), поперечным и косым у 4 (0,4%) женщин. Тазовые предлежания крупных плодов встречались в 1,5%, в контрольной группе — 3,30% случаев.

Большая частота разгибательных предлежаний крупных плодов (0,9%) по сравнению с плодами весом 3000—3500 г. (0,4%) объясняется относительным несоответствием размеров крупного плода с размерами таза.

Родовую деятельность мы изучали с помощью наружной гистерографии. Запись велась чернилами через стеклянный писчик на вращающемся кимографе.

Первичная и вторичная слабость родовой деятельности наблюдалась в 8,4% при родах крупным плодом, в контрольной группе — 5,2%.

При изучении схваток методом наружной гистерографии у 70 женщин при крупном плоде слабость родовой деятельности нами диагностирована у 22. Первичную родовую слабость мы наблюдали у 8, вторичную — у 6 и сочетание первичной с вторичной родовой слабостью — у 8 рожениц. При изучении методом наружной гистерографии схватки у этих рожениц нарастали медленно, были не продолжительными, без строгой периодичности сокращений матки и пауз между ними. При вторичной родовой слабости в конце первого периода схватки становились слабыми или начавшиеся потуги были редкими и не эффективными в связи с чем применялась родостимуляция. Слабости родовой деятельности способствует перерастяжение матки вследствие крупных размеров плода. К этому предрасполагают и аномалии отхождения вод. При родах крупным плодом преждевременное и раннее отхождение вод отмечено более чем в два раза чаще (15,7%) чем в контрольной группе (6,5%). Обращает на себя внимание значительная частота затяжных родов крупным плодом у первородящих (27,16%) и у повторнородящих (6,73%) по сравнению с контрольной группой (соответственно 17,69% и 3,43%). Затяжные роды чаще наблюдались при относительном несоответствии размеров головки крупного плода с размерами таза матери. Схватки у таких рожениц были вначале частыми, но головка плода продвигалась медленно и роды затягивались.

Относительное несоответствие (длительное стояние головки прижатой ко входу в малый таз, асинклитическое вставление и значительная конфигурация ее) наблюдалось в 3,4% случаев, т. е. значительно чаще чем в контрольной группе (0,9%).

Клинически узкий таз при родах крупным плодом наблюдался в 1,4% (роды закончены кесаревым сечением в 6, краниотомией плода в 7 случаях и разрыв матки произошел у одной роженицы). В контрольной группе клинически узкий таз отмечен у 0,4% рожениц, роды закончены кесаревым сечением у трех и краниотомией плода у одной. Исходы родов при клиническом несоответствии между плодом и тазом матери неблагоприятны как для матери, так и для плода, поэтому очень важна своевременная диагностика несоответствия и родоразрешение кесаревым сечением. При наружной гистерографии у рожениц крупными плодами при клинически узком тазе отмечались слабые схватки, в конце же этого периода схватки становились интенсивными и даже судорожными.

Иногда роды крупным плодом бывают быстрыми и непродолжительными. Быстрые роды продолжительностью до 3 часов наблюдались в 3,4%, в контрольной группе — в 3,2%.

Роды продолжительностью от 3 до 6 часов встречались в 17,5%, в контрольной группе — в 10,33% случаев. Быстрые и не продолжительные роды наблюдались у женщин, преимущественно в возрасте 25—35 лет с нормальным или широким тазом при срочных родах. Схватки у них при наружной гистерографии были сильными, строго периодичными и постепенно усиливающимися.

Средняя продолжительность родов крупным плодом равна у первородящих 21 час 18 минут, у повторнородящих — 14 часов 13 минут, в контрольной группе она меньшая — соответственно: 19 часов 17 минут и 10 часов 01 минута.

В родах крупным плодом нередко наблюдались затруднения при повороте плечиков в полости таза из поперечного в прямой размер, рождение плечиков замедлялось.

Отмеченные осложнения в течении первого и второго периодов родов оказывают влияние на течение последового и раннего послеродового периодов.

Атонические и гипотонические кровотечения встречались при родах крупным плодом в 4,8%, в контрольной группе — в 3,0% случаев. Задержка частей последа в полости матки от-

мечалась соответственно в 2,8% и в 2,5%. Плотное прикрепление плаценты встречалось в 1,90%. в два раза чаще, чем в контрольной группе — 0,9%.

Тяжелый материнский травматизм в виде разрыва матки при крупном плоде отмечен у одной (0,1%) роженицы. Причиной разрыва матки был клинически узкий таз и неполноценность мускулатуры матки. Угрожающий разрыв матки при клинически узком тазе отмечен у 5 (0,5%) рожениц. В контрольной группе был лишь один случай угрожающего разрыва при анатомически узком тазе.

Разрывы промежности III степени встречались в 0,4%, в контрольной группе их не было. Разрывы промежности у первородящих при родах крупным плодом встречались в 25,92% чаще чем у первородящих контрольной группы — (14,65%); у повторнородящих женщины с крупным плодом разрывы промежности отмечены в 10,17%, т. е. в два раза чаще, чем у повторнородящих контрольной группы (4,85%). Кроме того, перинеотомии и эпизиотомии у первородящих с крупным плодом производились в 18,51%, в контрольной группе — в 9,5%; у повторнородящих соответственно — в 2,77% и в 1,01% случаев.

Разрывы шейки матки у первородящих при крупных плодах выявлены в 24,69%, а у женщин контрольной группы — в 20,99%, у повторнородящих соответственно — в 1,98% и в 1,22% случаев.

Пуэрперальные заболевания при родах крупным плодом наблюдались в 1,9%, из них тромбофлебит — в 0,4%, эндометрит — в 0,5%, параметрит — в 0,2%, заживление ран промежности вторичным натяжением — в 0,8%. В контрольной группе пуэрперальные заболевания (пуэрперальные язвы и заживление ран промежности вторичным натяжением) — в 1,0%. После родов крупным плодом субинволюция матки отмечена значительно чаще (3,2%), чем в контрольной группе (1,66%). Это объясняется перерастяжением матки крупным плодом (снижение ее сократительной способности), а также большой плацентарной площадкой.

Заболевания диабетом диагностированы лишь у двух женщин, родивших крупных детей.

При родах крупным плодом в связи с осложнениями чаще приходится применять оперативные вмешательства.

По литературным сообщениям, обращает внимание довольно высокий процент родоразрешающих операций при родах крупным плодом. А. В. Бартельс утверждает, что частота операций «приближается к частоте их при узких тазах». Общее количество произведенных операций, по его данным, составляет 12,4%. По данным Даммовой (Dammowa J 1955), при родах крупным плодом акушерские операции применялись у первородящих: акушерские щипцы в 15,2%, кесарево сечение в 11,7%, у повторнородящих соответственно 4,3% и 5,04%. По нашим данным, частота этих операций значительно ниже, что видно из таблицы 2.

Таблица 2.

Характер операций	При родах крупным плодом (1000 родов)		В контрольной группе (1000 родов)	
	к-во	%	к-во	%
1	2	3	4	5
Кесарево сечение	8	0,8	5	0,5
Акушерские щипцы	21	2,1	14	1,4
Краннотомия с кранноклазней	7	0,7	1	0,1
Комбинированный акушерский поворот с извлечением плода	5	0,5	5	0,5
Извлечение плода за ножку и тазовый конец	5	0,5	1	0,1
Лапаротомия (разрыв матки), надвлагалищная ампутация матки	1	0,1		
Всего родоразрешающих операций	47	4,7	26	2,6
Родили самостоятельно	953	95,3	974	97,4
Ручное отделение плаценты и ручное обследование полости матки	20	2,0	9	0,9
Инструментальное обследование полости матки	58	5,8	37	3,7
Гемотрансфузия	47	4,7	36	3,6

Самостоятельно родоразрешились крупным плодом 95,3% женщин. Оперативное родоразрешение применялось в 4,7%; в контрольной группе роды закончены акушерскими операциями в 2,6%. Кесарево сечение применялось в 0,8%, в контрольной группе — в 0,5% случаев. Основным показанием для применения кесарева сечения при родах крупным плодом был клинически узкий таз у шести рожениц, в контрольной группе — только у одной.

Оперативные методы родоразрешения влагалищным путем при родах крупным плодом более травматичны, как для плода, так и для матери по сравнению с родами плодом среднего веса.

Родоразрешение путем наложения акушерских щипцов применялось в 2,1%, в контрольной группе — в 1,4%. Показаниями для операции при родах крупным плодом были, в основном, слабость родовой деятельности в сочетании с угрожающей асфиксией плода (у 11 рожениц), в контрольной группе — поздние токсикозы и угрожающая асфиксия плода. Травматизм мягких родовых путей у женщины с крупным плодом при родоразрешении акушерскими щипцами встречался чаще и в виде более значительных повреждений, чем в контрольной группе.

Высокая частота применения плодоразрушающих операций при крупном плоде — 0,7%, в контрольной группе она в 7 раз ниже (0,1%). Показаниями были: клинически узкий таз, эндометрит в родах, угрожающий разрыв матки, внутриутробная гибель плода. На умирающем плоде краниотомия произведена в двух случаях, когда были явные противопоказания для кесарева сечения (эндометрит в родах, тяжелая асфиксия плода). При извлечении децеребрированного крупного плода наблюдались разрывы промежности I и II степени, ввиду большого размера плечиков, поэтому необходимо производить клейдотомию.

Родоразрешение поворотом плода на ножку с последующим извлечением применено в одинаковом проценте при крупных плодах и в контрольной группе (0,5%). Исход этой операции неблагоприятный при крупных плодах. Разрыв промежности III степени произошел у одной женщины. В бледной асфиксии извлечены двое крупных новорожденных, не оживлены; в контрольной группе не оживлен один.

Роды в тазовом предлежании при крупных плодах встречались реже чем в контрольной группе, но исход их для матери и плода менее благоприятный по сравнению с контрольной группой. Извлечение крупного плода при тазовых предлежаниях было применено у пяти рожениц из 15; при этом разрыв промежности III степени произошел у одной женщины. Извлечены мертвыми двое новорожденных, трое, родившиеся в тяжелой асфиксии, оживлены по И. С. Легенченко и Л. С. Персанинову, у них наблюдались явления тяжелой внутричерепной травмы; один умер, второй перенес бронхопневмонию, третий — здоров. В контрольной группе

только у одной роженицы из 33 применялось извлечение плода за тазовый конец. Последний извлечен в бледной асфиксии и не оживлен.

В послеродовом и раннем послеродовом периодах операции также применялись чаще после родов крупным плодом: ручное отделение плаценты при крупном плоде применялось в 2,0%, в контрольной группе — в 0,9%, инструментальное обследование полости матки соответственно 5,8% и 3,7%.

На 1000 родов крупным плодом умерла одна женщина. Причиной смерти было кровотечение на почве краевого предлежания плаценты с истинным ее приращением. Массивное кровотечение наступило сразу же после рождения плода. С трудом произведено ручное отделение плаценты, но кровотечение продолжалось. Гемотрансфузия и внутривенное переливание крови оказались неэффективными.

☆☆☆

Учащение осложнений при родах крупным плодом и более частое применение оперативных методов родоразрешения приводят к тому, что асфиксия, травматизм и перинатальная смертность их значительно выше, чем у новорожденных среднего веса. Состояние плодов и новорожденных показано в сводной таблице 3.

Таблица 3.

Состояние плодов и новорожденных	Осложнения для крупных плодов и новорожденных		Осложнения для плодов и ново- рожденных весом 3000—3500	
	к-во	‰ ‰	к-во	‰ ‰
1	1	2	3	5
Угрожающая внутриутробная асфиксия плода	127	12,7	55	5,5
Родилось в асфиксии	120	12,0	66	6,6
Мертворожденных	32	2,18	6	0,6
Ранняя детская смертность	11	0,76	5	0,5
Перинатальная детская смертность	43	2,93	11	1,1
Внутричерепная травма	43	4,3	8	2,6
Парезы и параличи	12	1,2	—	—
Переломы ключицы	1	0,1	—	—
Кефалогематомы	13	1,3	1	0,3
Гематомы	6	0,6	—	—
Резко выраженная родовая опухоль	24	2,4	9	3,0
Точечные кровоизлияния и ссадины на предлежащей части плода	23	2,3	1	0,3
Всего травм	124	12,4	19	6,3

Из таблицы видно, что угрожающая внутриутробная асфиксия на 1000 родов крупным плодом наблюдалась в 12,7%, в два с лишним раза чаще, чем в контрольной группе (5,5%). В асфиксии родились 12,0% крупных новорожденных, что также почти вдвое превышает данные контрольной группы (6,6%). Причиной асфиксии были преимущественно затяжные роды при первичной и вторичной родовой слабости и несоответствие размеров плода и таза; в контрольной же группе основными причинами были токсикозы беременности и тазовые предлежания плода.

Перинатальная детская смертность на 1467 крупных плодов составила 2,93% и значительно превосходит таковую у плодов контрольной группы (1,1% на 1000 родов). С увеличением веса крупных плодов перинатальная смертность увеличивается: от 2,64% при весе 4000—4249 г до 4,76% при гигантских плодах. Мертворождаемость всех крупных плодов равна 2,18%, что втрое превосходит данные контрольной группы (0,6%). Ранняя детская смертность крупных новорожденных (0,76%) несколько выше, чем в контрольной группе (0,5%).

Цангемейстер, Кофф и Поттер и другие отмечают, что крупные плоды чаще гибнут в антенатальном периоде; наши данные не подтверждают этого положения; на 1467 родов крупным плодом антенатальная гибель плода составила лишь 0,2%, интранатальная гибель — 1,56% (в контрольной группе — 0,3%). Постнатальную гибель крупных плодов мы наблюдали в 0,4% (в контрольной группе — 0,2%).

Таким образом, крупные плоды, по нашим данным, чаще гибнут в интранатальном периоде. Основными причинами перинатальной смертности крупных плодов были затяжные роды при первичной и вторичной родовой слабости и клинически узком тазе. В контрольной группе причинами гибели чаще являлись пороки развития, неправильные положения и предлежания плода, изменения плаценты и пуповины.

При патологоанатомическом вскрытии у родившихся мертвыми и умерших крупных детей чаще находили внутричерепные кровоизлияния, чем при среднем весе плода. Внутриутробная асфиксия наблюдалась чаще в контрольной группе. Общая частота детского травматизма у крупных новорожденных (12,4%) почти вдвое превышает травматизм плодов средних размеров (6,33% на 300 родов) и значительно превосходит травматизм на общее число родившихся (3,6%). Основным видом травматизма крупных плодов являются внутричерепные травмы, частота их—4,3%, больше чем в кон-



трольной группе (2,6%) и значительно выше чем на общее число родившихся (1,17%). Основной причиной травматизма крупных плодов были затяжные роды и перенашивание беременности. Парезы и параличи плечевого сплетения, как результат затруднения при выведении плечевого пояса крупных плодов, отмечены у 0,7% новорожденных; в контрольной группе они не встречались. У одного новорожденного (мальчик 5200 г., 1956 года рождения) отмечен стойкий паралич Эрба-Дюшена.

По литературным и нашим данным, величина плаценты имеет влияние на течение родового акта (Е. С. Кушнирская и Е. Ф. Иванова, 1958; В. Г. Вартопетова, 1960).

Мы изучали вес плаценты, размеры ее, площадь материнской поверхности и характер ветвления сосудов плаценты. Данные изучения плаценты приводим в сводной таблице 4.

Таблица 4.

1	При крупных плодах		В контрольной группе	
	к-во наблю- дений	средние данные	к-во наблю- дений	средние данные
	2	3	4	5
Вес плаценты в г	234	697,8	36	585,2
Площадь материнской поверхности плаценты, вычисленная по формуле в см <sup>2</sup>	300	311,07	300	256,2
Площадь материнской поверхности плаценты, вычисленная с помощью пленки в см <sup>2</sup>	166	279,25	36	346,5
Кровопотеря в третьем периоде в мл	741	288,3	294	151,3
Количество котиледонов плаценты	67	21,1	16	17,8
Магистральный характер ветвления вен	12		2	
Рассыпной характер	17		6	
Смешанный характер	26		7	
Дихотомический характер	2		1	
Диаметр вен в мм	57	9,1	16	6,8
Диаметр артерии в мм	24	3	8	3,0

	2	3	4	5
Среднее количество ветвей первого порядка пупочной вены	57	4	16	3,2
Биконфлюэнтная венозная система	11		3	
Триконфлюэнтная	17		9	
Поликонфлюэнтная	29		4	
Центральное прикрепление пуповины	19		5	
Боковое прикрепление пуповины	39		8	
Краевое прикрепление пуповины	8		2	
Оболочное прикрепление пуповины	1		1	

Нами предлагается простая методика определения площади материнской поверхности плаценты с помощью прозрачной пленки.

Прозрачная пленка (или небьющееся стекло) расчерчивается на сантиметровые квадратики. Для удобства подсчета выделяются жирной линией квадраты площадью в 25 см<sup>2</sup>. Отделившийся послед укладывается на стол, к материнской поверхности прикладывается расчерченная пленка и производится подсчет количества больших квадратов, полностью и не полностью покрытых плацентой и обе суммы плюсятся, площадь выражается в квадратных сантиметрах. Для сравнения результатов предложенной методики мы провели измерения с помощью пленки и вычисляли площадь материнской поверхности плаценты по формуле. Исследование показало, что действительные размеры площади материнской поверхности плаценты меньше на 50—60 см<sup>2</sup>, чем при вычислении по формуле.

Для быстрого вычисления площади плаценты мы составили таблицу с указанием площади материнской поверхности ее в зависимости от величины диаметров (от 13 x 14 до 30 x 30 см.).

Из полученных данных по изучению плаценты мы пришли к следующим выводам:

1. С увеличением веса новорожденного увеличивается вес и площадь материнской поверхности плаценты.

2. С увеличением веса родившегося плода, веса и площади материнской поверхности плаценты увеличивается кровопотеря в третьем периоде родов.

3. Среднее количество котиледонов плаценты при крупных плодах больше (21,1), чем при плодах весом 3000 — 3500 г (17,8), с увеличением количества котиледонов вес плода увеличивается. При крупных плодах чаще встречались мезолобулярные и полилобулярные плаценты, в контрольной группе — олиголобулярные.

4. Характерным является увеличение калибра основного венозного ствола с увеличением веса плодов: от 6,8 мм при плодах весом 3000—3500 г до 10,2 мм при весе 5000 г и выше. Венозная система плацент крупных плодов чаще была поликонфлюэнтная (многоветвистая).

5. При центральном прикреплении пупочного канатика к плаценте венозная система чаще была поликонфлюэнтной, с дисперсным и смешанным характером ветвления сосудов. При боковом и краевом прикреплении пупочного канатика к плаценте характер ветвления венозных сосудов чаще был смешанным и магистральным, количество ветвей первого порядка при этом было меньше, чем при центральном прикреплении.

Исходя из литературных и собственных данных, при ведении родов крупным плодом рекомендуем придерживаться следующей тактики: при поступлении беременной или роженицы с подозрением на крупный плод определить предположительный вес его, применяя методы А. В. Рудакова, А. Г. Перадзе, а также составленные нами таблицы и предложенные методы. Обязательно подсчитать продолжительность беременности по анамнестическим данным, а также используя объективные данные при первой явке в женскую консультацию, при выдаче дородового отпуска. По совокупности данных (предположительный вес плода, размеры, таза, переносимость беременности, акушерский анамнез, характер родовой деятельности) необходимо записать в историю родов прогноз для матери и плода и составить план их ведения. При преждевременном и раннем отхождении околоплодных вод сразу же создать эстрогеннокальциевый фон, а при слабых схватках начать стимуляцию родовой деятельности. Поперечное положение или тазовое предлежание крупного плода является показанием для неотложного направления беременной в акушерское отделение,

с целью исправления положения и предлежания плода. В родах с поперечным положением или тазовым предлежанием при наличии других отягощающих моментов (старая первородящая, узкий таз, отягощенный анамнез, аномалии отхождения вод и родовой деятельности) рекомендуем кесарево сечение. При переносенной беременности более двух недель и крупном плоде необходимо проводить возбуждение родовой деятельности. В родах гигантским плодом в сочетании с другими отягощающими моментами (перенашивание беременности, отягощенный акушерский анамнез) или без них, при тазовом предлежании, с целью получения не только живого, но здорового ребенка, необходимо применять кесарево сечение, учитывая большую перинатальную смертность этих плодов, а также тяжелый детский травматизм в процессе родоразрешения через естественные пути. С целью профилактики обильных кровопотерь в последовом и раннем послеродовом периодах, необходимо применять в момент прорезывания головки крупных плодов введение 5 мл. 3% раствора пахикарпина внутримышечно.

Своевременная диагностика крупных плодов позволит более рационально вести роды. В настоящее время основным методом ведения родов крупным плодом является консервативно-выжидательный, оперативное родоразрешение применяется по строгим показаниям.

### ВЫВОДЫ

1. Частота родов крупным плодом, по нашим данным, составила 11,35%, гигантским плодом — 0,16%.

2. В развитии крупного плода определенное значение имеет перенашивание беременности. Средняя продолжительность беременности при крупном плоде составляла 287,9 дней. Переносенная беременность свыше 294 дней встречалась в 23,61%. В контрольной группе средняя продолжительность беременности — 284,5 дня, беременность свыше 294 дней — в 18,21%.

3. При родах крупным плодом по сравнению с родами плодом средних размеров более часто встречались осложнения в родах: аномалии отхождения вод и затяжные роды в два раза, клинически узкий таз в три раза и значительно более тяжелый и частый материнский травматизм.

4. В последовом и раннем послеродовом периоде при родах крупным плодом чаще встречались осложнения (атонические и гипотонические кровотечения 4,8%, частичное при-

крепление плаценты 1,9%, задержка частей детского места 2,8%). Пуэрперальные заболевания встречались в три раза чаще и в более тяжелых формах.

5. При ведении родов крупным плодом оперативное родоразрешение применялось почти в два раза чаще, чем при родах плодом средних размеров.

6. У крупных плодов в два раза чаще чем у плодов среднего веса была угрожающая и начинающаяся внутриутробная асфиксия и асфиксия при рождении, детский травматизм, что обуславливает почти в три раза более высокую перинатальную смертность.

7. Для профилактики развития крупных и гигантских плодов в женской консультации следует рекомендовать беременным женщинам рациональную диету и физические упражнения.

8. Наиболее рациональными методами определения предположительного веса внутриутробного плода являются способы, предложенные А. Г. Перадзе и А. П. Рудаковым с учетом дополнений, разработанных нами для диагностики крупных и гигантских плодов.

К концу беременности в женской консультации необходимо определять предположительный вес плода и при наличии крупных размеров в сочетании с перенашиванием направлять в родильный дом для возбуждения родовой деятельности.

9. С целью профилактики слабости родовой деятельности, затяжных родов у женщин с крупным плодом при преждевременном и раннем отхождении околоплодных вод следует создавать эстрогеннокальциевый фон с дачей рутина и аскорбиновой кислоты, а при слабых схватках шире применять рациональные методы родоускорения с целью сокращения безводного периода, опасного для крупного и особенно переносимого плода.

10. При выявлении несоответствия между размерами головки плода и таза матери необходимо своевременно ставить вопрос о родоразрешении кесаревым сечением в интересах матери и плода.

11. Сочетание поперечного положения крупного и особенно гигантского плода или тазового предлежания его с другими отягощающими моментами (перенашивание беременности, преждевременное и ранее отхождение околоплодных вод, слабость родовой деятельности, даже незначительное сужение таза, у старых первородящих, при отягощенном акушерском анамнезе) показано родоразрешение путем кесарева сечения. При гигантском плоде в головном предлежании и сочетании с перечисленными отягощающими моментами обосновано более широкое применение кесарева сечения.

12. Плацента при крупных плодах по сравнению с плацентой при плодах среднего веса характеризуется увеличением веса, площади материнской поверхности, калибра основных сосудов и количества ветвей первого порядка у них, многодольчатостью. Венозная система плаценты чаще была поликонфлюентной.

13. Кровопотеря в раннем послеродовом периоде зависит от величины материнской поверхности плаценты. Предложенная нами методика определения площади материнской поверхности плаценты с помощью расчерченной прозрачной пленки проста и достоверна. Наши данные показывают, что при площади материнской поверхности больше  $280 \text{ см}^2$  с целью профилактики кровотечений в раннем послеродовом периоде целесообразно применять сокращающие матку средства (питунтрин, пахикарпин и др.) сразу же после рождения последа и определения величины площади материнской поверхности плаценты.

---

## СПИСОК

### Опубликованных работ по теме диссертации

1. Роды гигантским плодом — Здравоохранение Белоруссии, 1960г., 9, 40—41
2. К вопросу о методах определения величины плода у рожениц — Здравоохранение Белоруссии, 1960, 11, 14—17
3. Частота и характер асфиксии крупных плодов Советская медицина, 1961, 5, 132—138
4. Об осложнениях родов крупным плодом в последовом и раннем послеродовом периодах — Здравоохранение Белоруссии, 1961, 9, 37—41
5. Особенности течения беременности и ведения родов у женщин при крупном плоде Акушерство и гинекология, 1961, 5, 72—78
6. Причины смерти крупных плодов Тезисы докладов, предназначенных для обсуждения на второй Всесоюзной конференции патологоанатомов, Минск, 1962, 13—14
7. О травматизме крупных плодов Педиатрия, акушерство и гинекология, 1962, 2, 52—55
8. О перинатальной смертности крупных плодов и новорожденных — Здравоохранение Белоруссии, 1962, 4, 39—42
9. Некоторые особенности плаценты при крупном плоде Тезисы докладов, предназначенных для обсуждения на 1-й республиканской научной конференции практических врачей, Минск, 1962, 50—51 .
10. Причины развития крупных и гигантских плодов. Вопросы охраны материнства и детства, 1963, 3, 61—64.