



© И. Ю. Баева,
О. Д. Константинова

РОДЫ КРУПНЫМ ПЛОДОМ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Оренбургская государственная
медицинская академия

УДК: 618.531

■ Статья представляет собой аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы по тактике ведения родов при крупном плоде. Рассмотрены различные аспекты этой проблемы, сопоставлены разные точки зрения. Приведены аргументы в пользу той или иной тактики ведения родов — планового кесарева сечения, индукции родов, выжидательной тактики.

■ **Ключевые слова:** роды; крупный плод; перинатальные исходы.

В процессе развития любой научной дисциплины или отдельной проблемы наступают периоды, когда накопленный объем научных и практических данных требует обобщения, анализа и выделения на этой основе направлений и вопросов, на решение которых необходимо направить дальнейшие исследования.

К числу таких проблем относится проблема крупного плода в современном акушерстве, проблема многозначная, включающая различные фундаментальные и практические аспекты.

Роды крупным плодом дали основание многим авторам характеризовать их как пограничные между физиологическими и патологическими. По мнению большинства авторов, осложнения в родах при макросомии связаны с двумя основными факторами: несоответствием размеров головки плода и таза матери и нарушением сократительной деятельности матки. По мнению большинства исследователей, риск осложнений в родах при макросомии напрямую зависит от веса плода [2, 38, 40, 45]. В большинстве случаев риск осложнений резко увеличивается при весе плода 4500 г и более [30]. Между тем исследователи указывают на отсутствие существенных различий осложнений в родах крупным плодом весом до 4500 г и нормотрофичными детьми. Кроме того, в родах возникает осложнение, характерное именно для макросомии, — дистотия плечиков. Плечики плода, имея большие размеры и округлую форму, как бы застревают на тазовом дне, что значительно увеличивает риск натальных повреждений [29, 56, 37, 59, 41].

В родах, по данным В. В. Абрамченко и соав. (1997) [1], частота осложнений при макросомии достигает 68 % против 57 % в контроле. К основным осложнениям в родах при макросомии относят травмы мягких родовых путей, несвоевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности [6, 23]. Между тем А. Л. Черепнина и соав. (2005) [21] отмечают значительно меньший процент осложнений в родах при наличии крупного плода. Так, при макросомии этот показатель составил 38 %, в группе нормотрофичных детей — 47 %. При этом автор подчеркивает, что наибольшие показатели перинатальной заболеваемости среди пациенток с крупным плодом отмечаются при массе плода 4000–4250 г, что обусловлено недостаточной точностью антенатального определения его предполагаемой массы.

Продолжительность родового акта при родах крупным плодом составляет 12–15 часов, что несколько больше по сравнению с родами доношенными плодами массой менее 4000 г [10, 14]. Кроме того, для макросомии характерна вторичная слабость родовой деятельности, выше частота наложения вакуум-экстрактора и акушерских щипцов [58].

По мнению Макфой К. (1989) [13], несвоевременное излитие околоплодных вод часто приводит к затяжному течению родов. А. Л. Черепнина и соав. (2005) [21] приводят данные о практически одинаковой частоте встречаемости несвоевременного излития вод при макросомии и нормосомии (37,5 и 39,7% соответственно). Безводный промежуток в первой группе был от 20 мин до 15 ч, а во второй — от 20 мин до 12 ч, в обеих группах он составил в среднем $5 \pm 3,2$ ч.

По данным Ж. Нуркасымова (1973) [14], частота слабости родовой деятельности при макросомии достигает 8,5%. Среди первородящих эта патология была в 3 раза чаще, чем среди повторнородящих. При крупном плоде к факторам, способствующим развитию слабости родовой деятельности, относят функциональную и анатомическую неполноценность нервно-мышечного аппарата вследствие перерастяжения мышц матки и передней брюшной стенки.

По мнению N. Heiskanen et al. (2001) [40], отсутствует прямая зависимость между сократительной деятельностью матки и массой плода. В то же время целый ряд отечественных исследователей подчеркивают, что одним из основных осложнений в родах крупным плодом является слабость родовой деятельности, частота которой колеблется от 10,4 до 43% [16]. В исследовании А. Л. Черепниной с соав. (2005) [21] подчеркивается, что слабость родовой деятельности осложнила течение родов у 12% пациенток с макросомией, что несущественно выше, чем в группе контроля (9,4%). При этом в связи с упорной слабостью родовой деятельности родоразрешены путем операции кесарева сечения 36% пациенток с крупным плодом.

Необходимо учитывать и то обстоятельство, что нередко клинические проявления диспропорции размеров плода и таза матери в родах рассматриваются акушерами как слабость родовой деятельности. По данным М. А. Morgan (1988) [49], среди женщин с первичной слабостью родовой деятельности в 28% наблюдений была выявлена диспропорция головки плода и таза роженицы, а при вторичной слабости — в 45%. В то же время И. С. Сидорова и соав. (1989) [19] отмечают, что клинически узкий таз — одна из причин дискоординации родовой деятельности.

По данным I. C. Rogers et al. (2003) [53], частота кесарева сечения при макросомии зависит не только от веса плода, но и от веса матери. Так, при сочетании ожирения 1-й степени и макросомии частота кесарева сечения составила 15,7%, при 2-й степени — увеличивалась до 25,8%.

В современной литературе приводится достаточно широкий диапазон частоты оперативного

родоразрешения при макросомии. При этом основной причиной оперативного родоразрешения при макросомии является несоответствие размеров плода и таза матери [26]. Именно за счет расширения показаний к кесареву сечению, по мнению Л. А. Черепниной (2006) [20], за последние 20 лет перинатальная смертность среди плодов с крупной массой снизилась в 15 раз (с 20 до 1,3%), частота родового травматизма — в 3 раза (с 18,2 до 5,9%), гипоксически-травматических поражений ЦНС — в 2 раза (с 5,9 до 2,6%). Этому есть логическое объяснение, связанное с традиционным взглядом на повреждения ЦНС плода и новорожденного в процессе родов, осложняющихся пространственным несоответствием головки плода и таза матери, механическим воздействием на головной мозг в результате чрезмерного сжатия головки тазовым кольцом, грубой деформацией костей черепа. Однако Ю. И. Барашнев (1991) [4] отмечает, что с точки зрения механического воздействия невозможно найти удовлетворительного объяснения тем ситуациям, когда и при умеренной, и при значительных степенях функционально узкого таза рождаются дети, при исключении влияния других факторов, с явными повреждениями ЦНС. В основе лежат повреждения, обусловленные интранатально перенесенной гипоксией, вызванной другими факторами.

В структуре показаний к кесареву сечению при макросомии за последние два десятилетия произошли некоторые изменения. Так, по данным Т. К. Шевченко и Н. К. Кан (1991) [26], клинически узкий таз при макросомии послужил показанием к кесареву сечению в 53,1% случаев, слабость родовой деятельности — в 28%, рубец на матке после кесарева сечения — в 9,3%.

По данным А. Л. Черепниной (2005) [21], клинически узкий таз в структуре показаний к кесареву сечению составил 23,2%, аномалии родовой деятельности — 19%. Существенно увеличилось показание к кесареву сечению по поводу рубца на матке (18%) и тазового предлежания плода (12,5%).

В исследовании, проведенном в госпиталях Марселя (Франция) с января 2004 г по май 2005 г, частота кесарева сечения при макросомии составила 18,3% [47]. При этом показаниями к кесареву сечению послужили: слабость родовой деятельности — 55,6%, клинически узкий таз — 22,2%, дистресс плода — 6,7%.

Нужно отметить, что если в последние десятилетия отмечалось снижение частоты анатомически узкого таза, особенно выраженных степеней сужения, то частота клинически узкого таза практически не изменялась и составляла 1,3–1,7% [19, 22, 24]. С одной стороны, это обстоя-

тельство можно объяснить тем, что современные женщины чаще стали рожать детей с массой тела 4000 г и более [10, 27, 32, 33], с другой появлением «стертых» форм анатомически узкого таза, часто неблагоприятных для исхода родов [3, 11]. При «стертых» формах анатомически узкого таза единственным признаком его функциональной неполноценности может быть только нарушение мозгового кровообращения новорожденного [23].

В то же время целый ряд исследователей отмечают, что в современных условиях в структуре причин функциональной неполноценности таза первое место принадлежит отнюдь не женскому тазу, а головке плода вследствие увеличения ее размеров или плохой конфигурации при переносности [1, 17]. В исследовании 150 беременных крупным плодом, проведенном Ю. А. Ждановой (2005) [7], установлено, что частота функционально узкого таза (ФУТ) той или иной степени при родах крупным плодом составляет 100%. В структуре причин формирования ФУТ ведущая роль принадлежит плодовым факторам: макросомии — 52,67%, сочетанию крупного плода с сужением таза I степени — 22,67%, заднего вида затылочного предлежания с крупным плодом — 16%, аномалиям вставления головки — 5,32%, перенашиванию беременности в сочетании с макросомией — 3,34%. По мнению автора, при возникновении выраженной и абсолютной диспропорции между головкой и тазом в первом периоде родов, преимущественно в конце активной фазы или в начале фазы замедления, возникает феномен ранних децелераций, который регистрируется во втором периоде родов. Регулярные ранние децелерации в активную фазу родов, сопровождающие более чем 20% схваток, считались проявлением значительной степени функционально узкого таза и показанием к операции кесарева сечения. Исследователь разработала двухэтапный алгоритм ведения родов при крупном плоде и высоком риске ФУТ на основе расширенного фетального мониторинга. На первом этапе оценка течения родов осуществлялась по следующим критериям: характеру вставления головки плода, симптому Вастена, характеру сократительной деятельности матки. Роды через естественные родовые пути возможно вести при наличии заднего асинклитизма, «отрицательном» симптоме Вастена, чрезмерно активной родовой деятельности. Выявление на данном этапе переднего асинклитизма, аномалий вставления головки (высокое прямое стояние головки, разгибательные вставления) в сочетании с симптомом Вастена «вровень» или «положительным» свидетельствовали о значительной степени функционально узкого таза и являлись

показанием для операции кесарева сечения. Второй этап включал в себя, наряду со всеми выше перечисленными характеристиками клинического течения родов оценку конфигурации головки и данных кардиотокографии плода. При наличии заднего асинклитизма и «отрицательном» симптоме Вастена чрезмерно выраженная конфигурация головки и появление ранних децелераций являлись показанием для операции кесарева сечения.

В исследованиях В. В. Ковалева (2001) [9] указывается, что в 86,7% случаев, несмотря на наличие определенной диспропорции между головкой плода и тазом матери, роды завершаются через естественные родовые пути. В связи с этим в последние годы большое внимание уделяется использованию математического подхода к решению проблемы диспропорции таза и головки плода с построением математических моделей [8, 17]. В частности, В. В. Ковалевым (2003) [8] был разработан метод диагностики характера вставления головки плода с помощью интранатального ультразвукового исследования. Создан 2-этапный алгоритм ведения родов при высоком риске функционально узкого таза на основе расширенного фетального мониторинга, включающего в себя интранатальное ультразвуковое исследование сердца, оценку вставления головки плода, сократительной деятельности матки и сердечной деятельности плода.

По данным Ж. Нуркасымова (1973) [14], различия в частоте оперативного родоразрешения при макросомии и массе новорожденного менее 4000 г. незначительные и составляют соответственно 6,4% и 5,8%. Между тем В. И. Ямпольская (1972) [28] отмечает, что частота кесарева сечения при крупноплодии в 4 раза выше, акушерские щипцы — в 2,5 раза, а вакуум-экстракция и плодоразрушающие операции — в 3 раза чаще, чем при родах плодами средненормальной массой. По другим данным отечественных акушеров, частота кесарева сечения колеблется от 0,86 до 6,8% [3, 18, 20]. Между тем Н. А. Ратнер и Л. Ф. Башарова (2002) [18] отметили отсутствие увеличения частоты кесарева сечения при макросомии с увеличением веса новорожденных. А. Л. Черепнина (2006) [20] при анализе исхода родов крупным плодом за период с 1997 по 2003 гг. по ЦПСИР выявила увеличение частоты кесарева сечения с 12,4% до 16,5%.

Высокую частоту кесарева сечения при родах крупным плодом ряд авторов объясняют и истинным перенашиванием беременности, приводящим к пониженной конфигурабельности головки плода [23, 46].

По данным литературы, частота наложения акушерских щипцов при родах крупным плодом

колебалась от 3,5% до 12% случаев, вакуум-экстракция — в 1,7% [12] и в 9,3%.

В системном обзоре L. Sancher-Ramos (2002) [54] были представлены данные 29 исследований исхода родов при макросомии с элементами мета-анализа за 10-летний период. В общей сложности было исследовано 3751 случай родов крупным плодом. На основании представленных данных авторы пришли к выводу, что частота кесарева сечения существенно увеличивалась при индукции родов.

В исследованиях A. H. Nassar et al. (2003) [34] приведены данные исхода 231 родов с весом новорожденных 4500 г и более за 13-летний период. Частота кесарева сечения составила 36,9%. При этом частота дистоции плечиков при вагинальных родах составила 3,7%.

Проблема дистоции плечиков (shoulder dystocia — затрудненное выведение плечиков — ЗВП, вколоченные плечики) обсуждается в зарубежной и отечественной литературе уже в течение нескольких столетий. Е. А. Чернуха с соав. (1998) [25] указывают, что еще в 1730 г. Smellie отмечал гибель плода в таких ситуациях.

В США за 10-летний период 10-кратно увеличилась частота дистоции плечиков, несмотря на увеличение частоты кесарева сечения [58].

Дистоция плечиков — это осложнение второго периода родов. После рождения головки происходит задержка переднего плечика за симфизом или вколочивание (вклинивание) его в таз, а заднее плечико в это время или плотно сжато в крестцовой впадине, или же находится над промонто-рием, в результате чего дальнейшее продвижение плода по родовым путям матери прекращается. Если в ближайшее время не произвести родоразрешение, то плод погибает от асфиксии.

По данным современной литературы, макросомия является основной причиной развития дистоции плечиков плода в родах [24, 36, 42, 50, 57]. При этом частота задержки выхода плечиков при массе плода более 4000 г колеблется от 0,5% до 27,7% [5], а при массе плода более 4500 г — составляет от 10,6% до 30% [5, 44].

В связи с этим при определении плана ведения родов очень важно своевременно диагностировать крупный плод. В родах при макросомии существует ряд моментов, предрасполагающих к развитию данной патологии [51], — это медленное продвижение головки, переход головки из заднего вида в передний.

В то же время O. Gregorion et al. (1989) [43] сообщают, что на 16259 родов нарушение движения плечевого пояса плода отмечено у 0,4% женщин. Масса тела более 4 кг была у 36 новорожденных. Перелом ключицы отмечен у 12 детей, судоро-

ги — у 8, паралич типа Эрба — у 7. Смертности новорожденных не было.

К другим факторам дистоции плечиков относятся сахарный диабет, дистоция плечиков в анамнезе, пролонгированные роды, затянувшийся II период родов, большая ширина плеч плода независимо от массы тела, узкий таз, а также разрыв матки [39, 35, 52, 60].

T. F. Baskett et A. C. Allen (1995) [31] приводят клинико-статистические данные о дистоции плечиков в 254 случаях на 40518 родов в головном предлежании, частота которой составила 0,6%. При этом парез плечевого сплетения диагностирован у 15% новорожденных, переломы костей — у 5,1%. Перинатальной смертности, обусловленной дистоцией плечиков, не зарегистрировано. Авторы указывают, что риск дистоции возрастает при перенесенной беременности (троекратно), при пролонгированном втором периоде родов (троекратно), при наложении щипцов (десятикратно) и макросомии плода (пятикратно).

Дистоция плечиков является результатом наличия крупного плода и узкого таза и по своему механизму является формой клинически узкого таза — такой вывод делают Е. А. Чернуха с соавт. (1998) [25].

По данным исследователей, частота дистоции плечиков при доношенной беременности составила 1,61%. Она сопровождалась высоким материнским и детским травматизмом. Так, разрыв шейки матки диагностирован у 11% женщин, разрыв промежности — у 50%. Гипоксия отмечена у 61% новорожденных (в группе сравнения — у 24,9%). У 19% детей выявлен перелом ключицы, у 5% — парез плечевого сплетения, у 3% — перелом плеча, у 25% — нарушение мозгового кровообращения.

Для лечения дистоции плечиков предложено большое количество приемов, которые отличаются своей эффективностью и степенью опасности травматизации в родах как матери, так и плода. Е. А. Чернуха с соав. (1998) [25] подчеркивают необходимость проведения всех ручных манипуляций последовательно по мере увеличения их сложности с обязательным опорожнением мочевого пузыря, рассечением промежности под адекватным обезболиванием (предпочтительно — срединно-латеральная эпизиотомия). Особенно неблагоприятно в плане развития дистоции плечиков сочетание крупного плода, слабость потуг и наложение полостных акушерских щипцов или вакуум-экстрактора. При этом затрудненное выведение плечиков (ЗВП) отмечается в 23% случаев. Е. Sanberg (1999) [55] считает неблагоприятным фактором, приводящим к ЗВП, родоразрешение с применением полостных акушерских щипцов,

так как внутренний поворот плечиков при этом нарушается. Неправильное пособие в родах, в том числе форсированные тракции головки плода вверх, поворот головки в сторону, противоположную позиции плода, в ряде случаев ведут к затруднениям при выведении плечевого пояса.

Между тем ЗВП в родах следует дифференцировать с другими состояниями, которые приводят к задержке продвижения плечиков после рождения головки плода [5, 29, 37, 59, 41]. К ним относятся абсолютная и относительная короткость пуповины, значительное увеличение диаметра туловища плода в результате опухоли анасарки, опухоль шеи, сцепленные или сросшиеся близнецы и др.

В исследовании исхода 6157 родов, проведенном в Болгарии К. Milanova et al. (2006) [48], макросомия составила 4,45% (274 случая). Через естественные родовые пути роды завершились у 157 женщин (57,3%). При этом в 86,33% роды протекали без осложнений, 21 пациентке (13,37%) — потребовалось оперативное вмешательство (вакуум-экстракция, акушерские щипцы, ручное обследование стенок полости матки). Кесарево сечение было проведено у 117 пациенток с макросомией (42,7%): из них плановое кесарево сечение — у 89 (32,48%), экстренное — у 28 (10,2%). Автор пришел к выводу, что перинатальные исходы улучшаются в случае дородовой диагностики макросомии. Это позволяет уже в первом периоде родов своевременно диагностировать признаки клинически узкого таза. Кроме того, в связи с высоким риском родового травматизма новорожденного целесообразно проведение планового кесарева сечения при сочетании гестационного диабета и макросомии в 4500 г, а также в случаях отсутствия диабета с предполагаемым весом 5000 г. Индуцированные роды при макросомии на любом сроке гестации увеличивали частоту кесарева сечения и оперативных вмешательств (акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода, ручное обследование стенок полости матки), а также частоту дистонии плечиков. Индукция родов показана при сочетании макросомии с акушерскими осложнениями или пороками развития плода. При этом целесообразно интрацервикальное применение простагландинов.

Таким образом, в литературе представлены различные точки зрения на тактику ведения родов при крупном плоде. Приведены аргументы в пользу той или иной тактики ведения родов — планового кесарева сечения, индукции родов, выжидательной тактики. Плановое кесарево сечение уменьшает частоту плекситов и травм промежности у матери. Ряд авторов призывают к проведению планового кесарева сечения у перво-

родящих женщин с весом плода 4500 г и более. Большинство акушеров считают, что индукция родов при макросомии приводит к увеличению числа осложнений. Между тем ряд авторов призывают относиться взвешенно и к выжидательной тактике ведения родов [29, 30]. Необходимо учитывать вес плода, ИМТ матери, акушерский анамнез. Наличие дистонии плечиков в первых родах, рубец на матке, сахарный диабет в сочетании с макросомией являются показаниями для оперативного родоразрешения.

Литература

1. *Абрамченко В. В., Гладкая Е. О.* Тактика ведения родов при крупном плоде и патологии беременности и родов // Тезисы докладов III межобластной научно-практической конференции. — Саратов, 1997. — С. 18–19.
2. *Багаусова С. Г., Яктушкина М. М.* Анализ родов крупным плодом // Некоторые актуальные вопросы акушерства и гинекологии. — Уфа, 1974. — С. 34–35.
3. *Бажирова М. С.* Диагностика форм и размеров малого таза у беременных и рожениц с помощью цифровой сканирующей установки: Автореф. дис.... канд. мед. наук. — М., 1982. — 22 с.
4. *Баращнев Ю. И.* Беременность высокого риска: факты, гипотезы, домыслы // Акушерство и гинекология. — 1991. — № 1. — С. 13–21.
5. *Ващилко С. Л.* Особенности течения беременности и родов у женщин при крупном плоде // Акушерство и гинекология. — 1961. — № 5. — С. 72–73.
6. *Грищенко В. И., Яковцева А. Ф.* Крупный плод (клинико-морфологическое исследование). — Киев, 1991.
7. *Жданова Ю. А.* Оптимизация диагностики функционально узкого таза при родах крупным плодом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Екатеринбург, 2005. — 23 с.
8. *Ковалев В. В.* Перинатальные аспекты функционально узкого таза: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Екатеринбург, 2003. — 43 с.
9. *Ковалев В. В., Ломовских В. А.* Оценка возможности ультразвукового исследования в диагностике характера вставления головки плода // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. — 2001. — № 1. — С. 24–25.
10. *Круч А. И.* Клиническое прогнозирование и ведение родов при крупном плоде: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1984. — 44 с.
11. *Кулаков В. И., Чернуха Е. А., Комисарова Л. М.* Кесарево сечение. — М.: Медицина, 1998. — 192 с.
12. *Лукашевич Г. А., Герасимович Г. И., Китунович Н. Б.* Определение массы плода с целью прогнозирования родов // Здравоохранение Белоруссии. — 1981. — № 4. — С. 63–64.
13. *Макфой К.* Прогностическое значение исследования околоплодных вод при крупном плоде: Автореф. дис. ... Канд. мед. наук. — М., 1989. — 19 с.
14. *Нуркасымов Ж.* Сократительная деятельность матки при родах крупным плодом // Здравоохранение Казахстана. — 1973. — № 11. — С. 35–37.

15. Омарова А. К., Глазун Л. Н. Влияние веса плода на прогноз родов // Здоровоохранение Казахстана. — 1980. — № 7. — С. 57–58.
16. Омеляненко А. О. Клинико-функциональная оценка состояния крупных плодов во время беременности и родов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Екатеринбург, 1978. — 27 с.
17. Пучко Т. К. Узкий таз (диагностика, ведение родов и прогнозирование их исхода для матери и плода): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2003. — 46 с.
18. Ратнер Н. А., Баширова Л. Ф. Клинико-рентгенологические особенности детей, рожденных с крупной массой тела // Казанский медицинский журнал. — 2002. — Т. 83, № 6. — С. 433–438.
19. Сидорова И. С., Ботвин М. А. Узкий таз в современном акушерстве // Советская медицина. — 1989. — № 10. — С. 44–49.
20. Черепнина А. Л. Крупный плод: современная тактика ведения беременности и родов. Перинатальные исходы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2006. — 21 с.
21. Черепнина А. Л., Панина О. Б., Олешкевич Л. Н. Ведение беременности и родов при крупном плоде // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2005. — № 1. — С. 15–19.
22. Чернуха Е. А. Анатомически и клинически узкий таз // Акушерство и гинекология. — 1991. — № 4. — С. 67–73.
23. Чернуха Е. А., Аюпьян Л. А. Беременность и роды у женщин с крупным плодом // Акушерство и гинекология. — 1991. — № 11. — С. 64–67.
24. Чернуха Е. А., Волобуев А. И., Бажирова М. С. Прогнозирование исхода родов для плода у женщин с анатомически узким тазом // Акушерство и гинекология. — 1991. — № 10. — С. 70–71.
25. Чернуха Е. А., Пучко Т. К., Пряхин А. М. Дисточия плечиков: прогноз и ведение родов // Акушерство и гинекология. — 1998. — № 4. — С. 22–28.
26. Шевченко Т. К., Кан Н. И. Крупный плод в современном акушерстве. — Ташкент, 1991. — 92 с.
27. Яковцева А. Ф., Гриценко В. И., Губина Г. И. К проблеме крупного плода // Архив патологии. — 1983. — № 4. — С. 11–16.
28. Ямпольская В. И. Беременность, роды и некоторые показатели обмена веществ при крупном плоде: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л., 1972. — 27 с.
29. A scoring system for detection of macrosomia and prediction of shoulder dystocia a disappointment / Chauhan S. P. [et al.] // J. Matern. Fetal. Neonatal. Med. — 2006. — Vol. 19, N 11. — P. 699–705.
30. Antepartum detection of macrosomic fetus: clinical versus sonographic, including soft-tissue measurements / Chauhan S. P. [et al.] // Obstet. Gynecol. — 2000. — Vol. 95. — P. 639–642.
31. Baskett T. F., Allen A. C. Perinatal implications of shoulder dystocia // Obstet. Gynecol. — 1995. — Vol. 86. — P. 14–17.
32. Bleichenbacher M., Haenel A. F. Das perinatal Risiko bei erheblicher Makrosomie. Untersuchung aufgrund der Datenbank Arbeitsgemeinschaft schweizerischer Frauenkliniken (ASF) 1983–1992 // Geburtshilfe Frauenheilkd. — 1995. — Bd. 55, N 6. — S. 339–344.
33. Ferber A. Maternal complication of fetal macrosomia // Clin. Obstet. Gynecol. — 2000. — Vol. 43, N 2. — P. 335–339.
34. Fetal macrosomia (> or = 4500 g): perinatal outcome of 231 cases according to the mode delivery / Nassar A. N. [et al.] // J. Perinatol. — 2003. — Vol. 23, N 2. — P. 136–41.
35. Geographical variation in relationships between parental body size and offspring phenotype at birth / Leary S. [et al.] // Acta Obstet. Gynecol. Scand. — 2006. — Vol. 85. — P. 1066–1079.
36. Gherman R. B. Resolving shoulder dystocia // J. Reprod. Med. — 1998. — Vol. 43, N 5. — P. 439–443.
37. Ginsberg N. A., Moisisdis C. How to predict recurrent shoulder dystocia // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2001. — Vol. 184. — P. 1427–1429.
38. Gonen R., Bader D., Ajami M. Effects of a policy of elective cesarean delivery in cases of suspected fetal macrosomia on the incidence of brachial plexus injury and the rate of cesarean delivery // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2000. — Vol. 183. — P. 1296–1300.
39. Hannah W. J. Management of relative fetopelvic disproportion // Problems of the pelvic Passageway: Intern. Symposium. — Bremen, 1985. — P. 92–102.
40. Heiskanen N., Raatikainen K., Heinonen S. Fetal macrosomia — a continuing obstetric challenge // Biol. Neonate. — 2006. — Vol. 90, N 2. — P. 98–103.
41. Is abnormal labor associated with shoulder dystocia in nulliparous women? / Mehta S. H. [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2004. — Vol. 190. — P. 1604–1607.
42. Johnston L. B., Clark A. L., Savage M. O. Genetic factors contributing to birth weight // Arch. Dis. Child. Fetal. Neonatal. — 2002. — Vol. 86. — P. F2–3.
43. La dystocia des epaules / Gregorion O. [et al.] // J. Gynecol. Obstetr. Biol. Reprod. — 1989. — Vol. 18, N 2. — P. 255–261.
44. Langnickel D. Problems of the Pelvic Passage-wat. — N.-Y., 1987.
45. Lipscomb K. R., Gregory K., Shaw K. The outcome of macrosomia infants weighing at least 4500 grams: Los Angeles County, University of southern California experience // Obstet. Gynecol. — 1995. — Vol. 85. — P. 558.
46. Litemstone for preinduction cervical ripening beyond 41 weeks gestation: a randomized controlled trial / Wing D. A. [et al.] // Obstet. Gynecol. — 2000. — Vol. 96, N 4. — P. 543–548.
47. Maternal morbidity associated with obstetrical maneuvers in shoulder dystocia / Mazouni C. [et al.] // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. — 2006. — Vol. 129, N 1. — P. 15–18.
48. Milanova K., Marinov B., Borisov I. The incidence of foetal macrosomia and method of delivery for a two-year period in the University Hospital of Obstetrics and Gynecology Maichin Dom—Sofia // Akush. Gynecol. — 2006. — R. 45, N 6. — S. 3–6.
49. Morgan M. A., Thunau G. R. Efficacy of the fetal-pelvic index in patients requiring labor induction // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1988. — Vol. 159, N 3. — P. 621–625.
50. Poma P. A. Correlation of birth weights with cesarean rates // Int. J. Gynaecol. Obstet. — 1999. — Vol. 65, N 2. — P. 117–123.

51. Principles and Practice of Obstetrics and Perinatology / eds. L. Iffy, H. A. Kaminetzky. — New York, 1981.
52. *Rempen A. Z.* Obstetrical—neonatal emergency: shoulder dystocia // *Geburtshilfe Neonatol.* — 1998. — Bd. 202, N 4. — S. 176–178.
53. *Rogers I.* The influence of birthweight and intrauterine environment on adiposity and fat distribution in later life // *Int J. Obes. Relat. Metab. Disord.* — 2003. — Vol. 27. — P. 755–777.
54. *Sanchez-Ramos L., Bernstein S., Kaunitz A. M.* Expectant management versus labor induction for suspected fetal macrosomia a systematic review // *Obstet. Gynecol.* — 2002. — Vol. 100, N 5, pt. 1. — P. 997–1002.
55. *Sandberg E. C.* The Zavanelli maneuver: 12 years of recorded experience // *Obstet. Gynecol.* — 1999. — Vol. 93, N 2. — P. 312–317.
56. Shoulder dystocia risk identification / Dildy G. A. [et al.] // *Clin. Obstet. Gynecol.* — 2000. — Vol. 43, N 2. — P. 265–282.
57. *Spellacy W. N.* Shoulder dystocia risks // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 1999. — Vol. 180, N 4. — P. 1047.
58. The influence of macrosomia on the duration of labor the mode of delivery and intrapartum complications / Siggelkow W. [et al.] // *Arch. Gynecol. Obstet.* — 2008. — Vol. 278. — P. 547–553.
59. The Zavanelli maneuver for relief of abnormal dystocia associated with gastroschisis / Hensleigh P. A. [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 1995. — Vol. 172, N 1, pt. I. — P. 221–222.
60. *Zisow D. L.* Uterine rupture as a cause of shoulder dystocia // *Obstet. Gynecol.* — 1996. — Vol. 87, № 5, pt. 2. — P. 818–819.

Статья представлена Т. У. Кузьминых,
НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗО РАМН,
Санкт-Петербург

CHILDBIRTH BY A LARGE FRUIT: A CONDITION OF A PROBLEM AND DEBATABLE QUESTIONS

Baeva I. J., Konstantinova O. D.

■ **Summary:** Article represents the state-of-the-art review of the domestic and foreign literature on tactics of conducting sorts at a large fruit. Various aspects of this problem are considered, the different points of view are compared. Arguments in favor of this or that tactics of conducting sorts — planned Cesarean section, an induction of sorts, waiting tactics are resulted.

■ **Key words:** childbirth; a large fruit; perinatal outcomes.

■ Адреса авторов для переписки

Баева Ирина Юрьевна — к. м. н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии. ГОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России. 460018, г. Оренбург, ул. Невельская, 24. **E-mail:** baeva37@mail.ru.

Константинова Ольга Дмитриевна — д. м. н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии. ГОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России. 460018, г. Оренбург, ул. Невельская, 24. **E-mail:** const55@mail.ru.

Baeva Irina Jurevna — the candidate of medical sciences, the assistant to chair of obstetrics and gynecology. GOU VPO Orenburg state medical academy Minzdravsozrazvitija of Russia. 460000, Orenburg, street Soviet 6, obstetrics chair and gynecology. **E-mail:** baeva37@mail.ru.

Konstantinova Olga Dmitrievna — the doctor of medical sciences, the professor, managing chair of obstetrics and gynecology. GOU VPO Orenburg state medical academy Minzdravsozrazvitija of Russia. 460000, Orenburg, street Soviet 6, obstetrics chair and gynecology. **E-mail:** const55@mail.ru.