

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У ЖЕНЩИН С НЕДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Семенов Ю.А., Чулков В.С., Сахарова В.В., Москвичева М.Г.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск, Россия (454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64), e-mail: vschulkov@rambler.ru

На основании ретроспективного анализа медицинской документации за 2000-2015 гг. проведена оценка социально-гигиенических и клинико-анамнестических факторов у женщин, беременность которых завершилась преждевременными родами. В группу 1 вошли 89 женщин с перинатальными потерями, в группу 2 - 1039 женщин с преждевременными родами и рождением живого ребенка, в контрольную группу (группа 3) вошла 101 женщина, беременность у которых закончилась своевременными родами с рождением живого ребенка. Среди женщин с перинатальными потерями в данную беременность чаще встречались пациентки раннего репродуктивного возраста, неработающие, незамужние, имеющие среднее образование, употреблявшие алкоголь и курившие при беременности, чаще имели личный анамнез по преждевременным родам, нарушения менструального цикла, раннее начало половой жизни, хронические воспалительные заболевания органов малого таза, урогенитальные инфекции, синдром потери плода, преждевременные роды в анамнезе, заболевания желудочно-кишечного тракта, исходный дефицит массы тела, избыточная масса тела и ожирение по сравнению с контрольной группой. Пациентки с преждевременными родами и рождением живого ребенка чаще имели такие медико-социальные характеристики, как ранний репродуктивный возраст, среднее образование, неработающие, служащие, раннее начало половой жизни, первый брак, хронические воспалительные заболевания органов малого таза, личный анамнез по преждевременным родам, табакокурение при беременности, заболевания сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта, расстройства питания и нарушения обмена веществ по сравнению с контрольной группой.

Ключевые слова: преждевременные роды, перинатальные потери, социально-гигиенические факторы, экстрагенитальная патология.

ASSESSMENT OF RISK FACTORS FOR PRETERM BIRTH IN WOMEN WITH PRETERM PREGNANCY

Semenov U.A., Chulkov V.S., Sakharova V.V., Moskvicheva M.G.

Chelyabinsk, South Ural State Medical University, e-mail: vschulkov@rambler.ru

Retrospective analysis of medical records from 2000 to 2015 years. We have studied socio-hygienic and clinical-anamnestic factors in women with premature birth. Group 1 included 89 women with perinatal loss, group 2 - 1039 women with premature birth and live child birth, the control group (group 3) included 101 women with term delivery with live child birth. Among women with perinatal loss in this pregnancy were more patients with early reproductive age, unemployed, single, with secondary education, who consumed alcohol and smoked during pregnancy, more often had a personal history of premature delivery, menstrual disorders, early sexual activity, chronic inflammatory diseases of the pelvic organs, urogenital infections, and fetal loss syndrome, premature birth, gastro-intestinal diseases, underweight, overweight and obesity compared with a control group. Patients with preterm labor and live child birth often had such social-medical characteristics as early reproductive age, secondary education, unemployed, employees, early sexual debut, first marriage, chronic inflammatory diseases of the pelvic organs, a personal history of preterm birth, smoking during pregnancy, diseases of cardiovascular system and gastrointestinal diseases, disorders of nutrition and metabolism disorders compared with a control group.

Keywords: premature birth, perinatal loss, social-hygienic factors, extragenital pathology

Актуальность. Распространенность преждевременных родов в мире остается на высоком уровне и составляет в среднем от 5 до 11% [2; 3; 8; 10]. Уровень перинатальной смертности при преждевременных родах в 10 раз выше таковой при родах в срок и достигает 75% всех случаев перинатальной гибели [7; 9]. У недоношенных детей высока частота

нарушений функции дыхания, развития бронхолегочной дисплазии, сепсиса, внутрижелудочковых кровотечений и в дальнейшем детского церебрального паралича, что в конечном итоге приводит к стойким расстройствам здоровья с нарушением поведенческих и когнитивных функций вплоть до инвалидности [4; 8]. Наиболее значимыми факторами со стороны матери, определяющими вероятность возникновения преждевременных родов, являются возраст, уровень образования, социально-экономические факторы, акушерский анамнез, соматические заболевания, вредные привычки, особенности течения данной беременности [1; 2; 5; 6]. Вклад различных факторов может также отличаться в зависимости от географического региона и этнической принадлежности.

Цель. Оценить факторы риска развития преждевременных родов у женщин с недоношенной беременностью.

Материалы и методы. Тип исследования: «случай-контроль» с ретроспективной когортой. Исследуемая популяция: беременные, родившие преждевременно в городском центре по преждевременным родам ГБУЗ «Областная клиническая больница № 2» и «Областной перинатальный центр г. Челябинска» за период с 2000 по 2015 г.

На основании ретроспективного анализа медицинской документации за указанный период проведена оценка социально-гигиенических и клиничко-анамнестических факторов у женщин, беременность которых завершилась преждевременными родами (22-36 недель): в группу 1 вошли 89 женщин с перинатальными потерями, в группу 2 - 1039 женщин с рождением живого ребенка, в контрольную группу (группа 3) вошла 101 женщина, беременность у которых закончилась своевременными родами (≥ 37 недель) с рождением живого ребенка.

Статистический анализ данных проводился при помощи пакета статистических программ Statistica for Windows 7.0 (StatSoftInc., США). Применялись критерии Стьюдента и хи-квадрат Пирсона (χ^2). Данные в тексте представлены в виде средней арифметической и ее среднеквадратичного отклонения ($M \pm \sigma$). Для всех видов анализа статистически достоверными считались значения $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Возраст женщин варьировал от 16 до 42 лет и составил $26,5 \pm 4,8$ года в группе 1, $28,1 \pm 4,6$ года в группе 2, $30,5 \pm 5,7$ года в группе 3. Количество женщин раннего репродуктивного возраста (менее 20 лет) было выше в группе 1 (19,1%, $p_{1-3} = 0,006$) и в группе 2 (14%, $p_{2-3} = 0,01$) по сравнению с контрольной группой (5%). В то же время женщины старшего репродуктивного возраста (старше 35 лет) в группах встречались примерно с одинаковой частотой (10,1%, 9,2% и 8,9% соответственно).

Уровень образования является одним из важных факторов, влияющих на медицинскую активность, которая проявляется в регулярности посещений врача,

выполнении рекомендаций и соблюдении режимных моментов. Пациентки в группе 1 чаще имели среднее образование (43,8% против 31,3% в группе 2 и 17,8% в контроле, $p_{1-3}<0,001$), значительно реже - высшее образование (12,4% против 26,7% в группе 2 и 44,6% в группе 3, $p_{1-2,3}<0,001$).

Социальное положение женщины отражает определенные условия, уровень и качество жизни, имеющие важное значения для нормального течения беременности. Изучение социального статуса беременных в сравниваемых группах показало, что в группе 1 чаще встречались неработающие женщины (62,5% против 39,5% в группе 2 и 22,8% в группе 3, $p_{1-2,3}<0,001$). В группе 2 преобладали служащие (44,9% против 27% в группе 1 и 52,5% в группе 3, $p_{2-1}<0,001$), а доля рабочих во всех группах была сопоставима (10,1% в группе 1, 12,5% в группе 2 и 13,9% в группе 3). Указаний на работу, связанную с профессиональными вредностями, среди исследуемых женщин не было.

При оценке семейного положения половина пациенток группы 1 были не замужем (50,6% против 25,3% в группе 2 и 13,9% в контрольной группе, $p_{1-2,3}<0,001$). В первом браке были зарегистрированы большая часть пациенток в группе 2 (66,2%, $p_{1-2}<0,001$) и контрольной группе (76,2%, $p_{1-3}<0,001$, $p_{2-3}=0,047$). В повторном браке состояло 5,6% женщин в группе 1, 8,2% - в группе 2 и 9,9% - в группе 3.

Личный анамнез по преждевременным родам отметили 6,7% женщин в группе 1 ($p_{1-3}=0,01$) и 8,5% женщин в группе 2 ($p_{2-3}=0,004$) при отсутствии такового в контрольной группе.

Частота вредных привычек, влияющих не только на исходы беременности, но и на состояние здоровья новорожденных, представлена в таблице 1.

Таблица 1

Частота вредных привычек у исследуемых пациенток

	Группа 1 (n 89)		Группа 2 (n 1039)		Группа 3 (n 101)	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Табакокурение	23	25,8 * **	212	20,4 **	4	4
Употребление алкоголя	4	4,5 * ** ****	16	1,5	0	0
Без вредных привычек	62	69,7	811	78,1	97	96 * **

Примечание: * - $p_{1-3}<0,05$, ** - $p_{2-3}<0,05$, *** - $p_{1-2}<0,05$.

У беременных в группах 1 и 2 чаще отмечалось табакокурение и указание на употребление алкоголя при беременности по сравнению с таковыми в контрольной группе.

При изучении гинекологического анамнеза установлено, что средний возраст наступления менархе был практически одинаковым в исследуемых группах и составил соответственно $13,3 \pm 1,3$ года в группе 1, $13,1 \pm 1,4$ года в группе 2 и $12,7 \pm 1,0$ года в группе 3 ($p > 0,05$). Пациентки группы 1 чаще отмечали нарушение менструального цикла в сравнении с группами 2 и 3 (24,5% против 11,4% и 10% соответственно, $p_{1-2} < 0,001$, $p_{1-3} = 0,007$).

Беременные в группах 1 и 2 чаще начинали половую жизнь до 16 лет по сравнению с таковыми в группе 3 (32,6%, 18,6% и 5,9% соответственно, $p_{1-2} = 0,013$, $p_{1-3} < 0,001$, $p_{2-3} < 0,001$). 22,5% пациенток 1-й группы имели трех и более половых партнеров, что значительно отличалось от группы 2 (12,7%, $p = 0,01$) и группы контроля (8,9%, $p = 0,01$).

Хронические воспалительные заболевания органов малого таза (хронический эндометрит, сальпингоофорит) чаще встречались у женщин в группе 1 (33,7%, $p_{1-3} < 0,001$) и группе 2 (32,2%, $p_{2-3} < 0,001$) по сравнению с контрольной группой (7,9%). Указания на наличие урогенитальных инфекций - уреоплазменной (20,2, 22,2 и 5% соответственно) и микоплазменной (18, 18,3 и 4% соответственно) чаще отмечено у женщин в группах 1 и 2 по сравнению с контрольной группой. Различий по частоте бесплодия и гормональных нарушений в исследуемых группах не выявлено.

При оценке акушерского анамнеза в исследуемых группах было выявлено, что среди женщин в группе 1 чаще встречались первобеременные по сравнению с контрольной группой (43,8% против 30,7%, $p_{1-3} < 0,05$). В то же время в группе 2 было больше первобеременных (41,1% против 30,7%, $p_{2-3} = 0,04$) и первородящих (24,9% против 14,9%, $p_{2-3} = 0,024$) по сравнению с контрольной группой. Среди пациенток группы 1 чаще выявлялся синдром потери плода по сравнению с таковыми в группах 2 и контрольной (5,6%, 1,4% и отсутствие в контрольной группе, $p_{1-2} = 0,004$, $p_{1-3} = 0,02$). Преждевременные роды в исходе предыдущей беременности чаще встречались в группах 1 и 2 по сравнению с контрольной (9, 11,8 и 1,8% соответственно, $p_{1-3} = 0,004$, $p_{2-3} = 0,014$). Значимых различий по частоте искусственных абортов, эктопической беременности, неразвивающейся беременности в анамнезе в исследуемых группах не выявлено.

Большой вклад в частоту материнской и перинатальной заболеваемости и смертности вносит наличие экстрагенитальной патологии, удельный вес которой неуклонно растет [1; 5; 6]. Частота экстрагенитальной патологии в исследуемых группах представлена в таблице 2.

Таблица 2

Частота экстрагенитальной патологии в исследуемых группах

Заболевания	Группа 1 (n 89)		Группа 2 (n 1039)		Группа 3 (n 101)	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%

Сердечно-сосудистые заболевания	12	13,5	309	29,7 ** ***	15	14,9
Заболевания желудочно-кишечного тракта	34	38,2 *	377	36,3 **	24	23,8
Заболевания мочевыделительной системы	22	24,7	242	23,3	27	26,7
Избыточная масса тела и ожирение	17	19,1 *	169	16,3 **	7	6,9
Исходный дефицит массы тела	24	27 **	247	23,8 **	10	10

Примечание: * - $p_{1-3} < 0,05$, ** - $p_{2-3} < 0,05$, *** - $p_{1-2} < 0,05$.

В структуре соматической патологии в группе 1 наиболее часто встречались заболевания желудочно-кишечного тракта, расстройства питания и нарушение обмена веществ в виде избыточной массы тела и ожирения, а также исходного дефицита массы тела по сравнению с контрольной группой. В группе 2 преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы в виде варикозного расширения вен нижних конечностей и хронической артериальной гипертензии, заболевания желудочно-кишечного тракта и нарушения обмена веществ.

Таким образом, оценка социально-гигиенических и клиничко-анамнестических факторов может служить дополнительным критерием прогноза развития преждевременных родов у женщин как на предгравидарном этапе, так и с ранних сроков беременности.

Выводы. 1. Анализ социально-гигиенических факторов показал, что среди женщин с перинатальными потерями в данную беременность чаще встречались пациентки раннего репродуктивного возраста, неработающие, незамужние, имеющие среднее образование, употреблявшие алкоголь и курившие при беременности. 2. При изучении клиничко-анамнестических факторов у женщин с перинатальными потерями в данную беременность чаще отмечались личный анамнез по преждевременным родам, нарушения менструального цикла, раннее начало половой жизни, хронические воспалительные заболевания органов малого таза, урогенитальные инфекции, синдром потери плода, преждевременные роды в анамнезе, заболевания желудочно-кишечного тракта, исходный дефицит массы тела, избыточная масса тела и ожирение по сравнению с контрольной группой. 3. Пациентки с преждевременными родами и рождением живого ребенка чаще имели такие медико-социальные характеристики, как ранний репродуктивный возраст, среднее образование, неработающие, служащие, раннее начало половой жизни, первый брак, хронические воспалительные заболевания органов малого таза, личный анамнез по преждевременным родам, табакокурение при беременности, заболевания сердечно-сосудистой системы и

желудочно-кишечного тракта, расстройства питания и нарушения обмена веществ по сравнению с контрольной группой.

Список литературы

1. Вереина Н.К. Роль заболеваний внутренних органов, факторов тромботического риска и состояния гемостаза в развитии осложнений беременности, ассоциированных с тромбофилией : автореф. дис.. д-ра мед. наук. - Челябинск, 2012. - 46 с.
2. Ляличкина Н.А. Причинные факторы преждевременных родов (новый взгляд на проблему) / Н.А. Ляличкина, Л.П. Пешев, Г.В. Фоминова // Фундаментальные исследования. - 2015. - №1-2. - С. 294-297.
3. Пекарев О.Г. Проблема XXI века: преждевременные роды / О.Г. Пекарев, Н.В. Оноприенко, П.Ю. Штуккина, Н.В. Стариков Н.В. и др. // Медицина и образование в Сибири. - 2013. - № 4. - С. 39.
4. Семенова М.В. Преждевременные роды: некоторые грани проблемы / М.В. Семенова, И.В. Федорова, Д.А. Набеева // Проблемы экспертизы в медицине. - 2013. - Т. 13. - № 4 (52). - С. 19-20.
5. Ходжаева З.С. Клинико-анамнестические особенности женщин с идиопатическими преждевременными родами на примере славянской популяции / З.С. Ходжаева, О.И. Федотовская, А.Е. Донников // Акушерство и гинекология. - 2014. - № 3. - С. 28-32.
6. Чулков В.С. Беременность, роды и перинатальные исходы у женщин с избыточной массой тела и ожирением / В.С. Чулков, Н.К. Вереина, С.П. Сеницын // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2011. - № 10 (2). – С. 29-32.
7. Щербаков В.И. Преждевременные роды и новые стратегии их коррекции: обзор литературы / В.И. Щербаков, Л.И. Еремеева // Бюллетень СО РАМН. - 2008. - № 30 (131). - С. 38-44.
8. Goldenberg R.L. Epidemiology and causes of preterm birth / R.L. Goldenberg, J.F. Culhane, J.D. Iams, R. Romero // Lancet. – 2008. - Vol. 371. – P. 75–84.
9. McManemy J. Recurrence risk for preterm delivery / J. McManemy, E. Cooke, Amon E., Leet T. // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2007. - Vol. 196 (6). – P. e1–6.
10. Morin M. Preterm birth: evolution 1994 to 2006 / M. Morin, C. Arnaud, L. Germany, C. Vayssiere // Gynecol. Obstet. Fertil. – 2012. – Vol. 40 (12). – P. 746–752.

Рецензенты:

Узлова Т.В., д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии, ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск;
Авилов О.В., д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск.