

ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Г. Проклова¹,

Е. Сокова², кандидат медицинских наук,

Р. Чилова¹, доктор медицинских наук, профессор,

Э. Жукова¹,

Н. Трифонова¹, кандидат медицинских наук,

Е. Ерошенко¹,

Н. Гончаренко¹

¹Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)

²Научный центр экспертизы средств медицинского применения
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

E-mail: rtchilova@gmail.com

Правильно собранный у беременных анамнез позволяет формировать группы с высокой угрозой преждевременных родов с целью проведения профилактических мероприятий.

Ключевые слова: акушерство и гинекология, преждевременные роды, анамнестические данные, факторы риска.

Преждевременными считаются роды в сроки с 22–36 нед беременности. В МКБ-10 нет диагноза «угрожающие преждевременные роды». Отсутствие четкого определения препятствует научному обоснованию тактики лечения и часто ведет к неправильной оценке этого состояния, которое развивается на этапе, когда выраженных клинических проявлений еще нет. Тем не менее в России это наиболее распространенный диагноз, с которым беременных направляют для стационарного лечения [1].

Несмотря на современные методы диагностики и лечения угроза преждевременных родов (ПР) не только не уменьшается, но в некоторых странах (США, Великобритания, Франция, Россия) даже увеличивается [2, 3]. Исследователи выделяют у беременных ряд анамнестических признаков, по которым можно определить вероятность развития ПР. К этим признакам относятся возраст, этническая принадлежность и социально-экономическое положение матери, ее психологические особенности, характер питания, вредные привычки и опасные формы поведения, акушерский анамнез, особенности течения данной беременности, инфекционные заболевания. Анамнестических факторов риска слишком много, чтобы с их помощью отнести женщин в группу высокого риска и начать незамедлительное лечение, однако именно они помогают сформировать такие группы и вести усиленный мониторинг в период беременности [3].

Мы провели сравнительный анамнестический ретроспективный анализ данных, касающихся 176 беременных, из которых у 114 были ПР и у 62 – самопроизвольные (≥ 36 нед) роды. Все обследованные женщины были разделены на 3 группы: 114 пациенток с активными ПР составили 2 основные группы, в которых роды отмечены до 36 нед гестации, при этом в 1-ю группу вошли 65 пациенток с ранними ПР – 33 нед, во 2-ю – 49 женщин с ПР на сроке 34–36 нед. Группу сравнения (3-ю) составили 62 беременные с самопроизвольными родами (>36 нед), не получавшие токолитическую терапию.

Большинство пациенток являлись служащими и домохозяйками при равном распределении в 2 основных и сравняваемой группах. Условия труда не были связаны с профессиональными вредностями.

Возраст обследованных 3 групп варьировал от 18 до 46 лет (в среднем $29,3 \pm 0,9$ года); по среднему возрасту группы были сопоставимы (соответственно $26,6 \pm 0,7$; $29,9 \pm 0,8$ и $30,6 \pm 0,2$ года), но при анализе в указанных группах выявились определенные различия. Так, у женщин моложе 20 лет в сравниваемой группе роды происходили статистически достоверно ($p < 0,05$) реже (4,8%), чем в 1-й и 2-й (соответственно 10,7 и 8,2%), а в возрасте 25–29 лет – наоборот, в 3-й группе – чаще (54,9%), чем в 2 первых (23,1 и 16,3%); в возрасте 35–46 лет ПР достоверно чаще встречались в 1-й и 2-й группах (13,8 и 30,6%), чем в 3-й (4,8%).

Нами был исследован социальный статус женщин: одинокая, состоит ли в браке, зарегистрирован брак или нет. ПР у одиноких женщин встречались чаще ($p < 0,05$), чем у состоящих в браке (в 1-й группе – у 24,6%, во 2-й – у 16,3 и в 3-й – у 1,6%). Такая тенденция может быть связана с тем, что одинокой женщине приходится больше работать, позже уходить в декретный отпуск; дополнительным стрессом является также сам факт отсутствия отца ребенка. В то же время значимой разницы в зависимости от того, зарегистрирован брак или нет, не отмечено.

Изучение семейного анамнеза показало, что он чаще ($p < 0,05$) был отягощен у женщин с ПР (в 1-й группе – у 24,6%, во 2-й – у 14,3%), чем в группе сравнения (4,8%). При этом и сами женщины также чаще ($p < 0,05$) рождались недоношенными в основных группах, чем в контрольной (своевременные роды) – соответственно 12,3 и 10,2 и 3,2%. Интересно, что семейный анамнез мужа был отягощен у женщин из групп с ПР, а недоношенность мужа была характерна (20%) для группы с ранними ПР.

Менструальная функция – один из показателей репродуктивного и соматического здоровья женщины, а в связи с этим – и возраст наступления менархе, продолжительность менструации и менструального цикла, характер менструального кровотечения и менструального цикла. Сравнительный анализ характера менструальной функции продемонстрировал некоторые различия. Так, регулярный цикл с менархе чаще устанавливался у женщин из группы со своевременными родами (48,4%), в то время как в группе с очень ранними ПР его становление требовало >1 года (у 23,1% обследованных 1-й группы).

Выяснили также анамнез заболеваний, перенесенных до беременности. Нарушение жирового обмена статистически достоверно чаще отмечалось у женщин с ПР (в 2 первых группах – 24,6 и 12,3%; в 3-й – 3,2%); такая же закономерность выявлена для болезней верхних отделов органов дыхания – ангина, фарингит (соответственно 16,9; 12,2 и 4,8%) и болезни почек, мочевыделительной системы (12,3; 12,2 и 6,5%).

Нами изучены анамнестические данные о частоте и характере гинекологических заболеваний и оперативных вмешательств. Выяснено, что гинекологические заболевания и оперативные вмешательства оказывают неблагоприятное воздействие на организм женщин, что приводит к ПР. Статистический анализ показал, что у женщин с ранними ПР чаще, чем в контроле (своевременные роды), встречались синдром поликистозных яичников – СПКЯ (в 1-й группе – 13,8%, в 3-й – 3,2%), хронический эндометрит (соответственно 21,5 и 4,8%) и сальпингоофорит (26,2 и 4,8%), причем перенесенный эндометрит статистически достоверно чаще ($p < 0,05$)

встречался в 1-й группе, чем во 2-й (соответственно 21,5 и 6,1%). Уреаплазмоз и микоплазмоз также чаще выявляли при ПР (в 1-й и 2-й группах), чем у родивших своевременно (соответственно уреаплазмоз – у 20,0; 28,6 и 3,2%; микоплазмоз – у 20,0; 10,2 и 3,2%). Хламидиоз статистически достоверно чаще встречался у женщин с ранними ПР (7,7% – в 1-й группе и 1,6% – в контроле). Кроме того, оперативные вмешательства на матке и придатках статистически достоверно чаще отмечены у женщин с ПР (соответственно 18,5; 22,4 и 3,2%; $p < 0,05$).

Таким образом, младший и старший репродуктивный возраст являются статистически значимыми факторами угрозы ПР, причем для младшего репродуктивного возраста характерны ранние ПР. Отягощающим фактором оказались ПР в семейном анамнезе как у мужчин, так и у женщин. У одиноких женщин ПР отмечены статистически достоверно чаще, чем у женщин, состоящих в браке. Имеют значение также особенности менструального цикла: позднее его начало и длительное становление месячных у пациенток из группы ПР служат косвенными признаками гормонального дисбаланса, который, в свою очередь, является одним из факторов риска ПР. Достоверными факторами угрозы ПР являются ранее перенесенные болезни верхних дыхательных путей (16,9% – при ранних ПР и 4,8% – при своевременных родах), а также патология почек и выделительной системы (соответственно 12,3 и 6,5%).

При анализе перенесенной гинекологической патологии у обследованных были выявлены статистически значимые признаки угрозы ПР: хронический эндометрит и сальпингоофорит, наличие микоплазменной, хламидийной и уреаплазменной инфекции в значимом титре, а также операции на матке и придатках, которые косвенно указывают на наличие патологии и сами по себе могут вызывать инфекционно-воспалительные осложнения.

С учетом полученных данных считаем необходимым в женских консультациях формировать группы беременных с факторами высокого риска ПР (ранний репродуктивный возраст, одиночество, недоношенность как со стороны матери, так и отца, а также перенесенные инфекции мочеполовых путей и верхних дыхательных путей в анамнезе). Это позволит снизить угрозу ПР за счет проведения профилактических мероприятий.

Литература

1. Радзинский В.Е., Еремичев Р.Ю. Острый токолиз при преждевременных родах. Доказательства и перспективы // Рос. вестн. акушера и гинеколога. – 2014; 6: 24–6.
2. Morin M., Arnaud C., Germany L. et al. Preterm birth: Evolution 1994 to 2006 // Gynecol. Obstet. Fertil. – 2012; 40 (12): 746–52.
3. Ходжаева З.С., Федотовская О.И., Донников А.Е. Клинико-анамнестические особенности женщин с идиопатическими преждевременными родами на примере славянской популяции // Акушерство и гинекол. – 2014; 3: 28–32.

RISK FACTORS OF PREMATURE BIRTH

G. Proklova¹; E. Sokova², Candidate of Medical Sciences; Professor R. Chilova¹, MD; E. Zhukova¹; N. Trifonova¹, Candidate of Medical Sciences; E. Eroshenko¹; N. Goncharenko¹

¹I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

²Research Center for Examination of Medical Products, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow

The medical history data correctly collected from pregnant women allow groups at high risk for premature birth to be formed to implement preventive measures.

Key words: obstetrics and gynecology, medical history data, risk factors.