

Клинико-анамнестические особенности различных типов преждевременных родов (ретроспективный обзор)

Н.Ю. Каткова, О.И. Бодрикова, И.М. Безрукова, О.И. Гусева,
Н.В. Лебедева, К.Б. Покусаева, О.А. Михайленко

Адрес для переписки: Надежда Юрьевна Каткова, katkova_nu@inbox.ru

Были выявлены наиболее значимые факторы риска при различных типах преждевременных родов. К факторам риска истинных преждевременных родов (развитие регулярной родовой деятельности при целом плодном пузыре) относятся высокий инфекционный индекс во время первой беременности и хроническая плацентарная недостаточность. Основной инициирующим фактором преждевременных родов, начавшихся с преждевременного разрыва плодных оболочек, – обострение инфекции или остро возникшая инфекционная патология. Предрасполагающими факторами развития преждевременных родов при истинно-цервикальной недостаточности могут быть проявления недифференцированной дисфункции соединительной ткани, преобладание в структуре соматических заболеваний малых аномалий развития сердца, варикозной болезни вен и др.

Ключевые слова: беременность, преждевременные роды, факторы риска

Введение

Проблема преждевременных родов – одна из наиболее актуальных тем в современном акушерстве. Несмотря на прогресс в оказании медицинской помощи, частота преждевременных родов за последние годы не снижается, а в некоторых странах даже растет [1]. По данным Всемирной организа-

ции здравоохранения, 15 млн детей ежегодно рождаются преждевременно (до полных 37 недель беременности). Частота преждевременных родов варьирует от 5 до 18% в разных странах мира [1]. В РФ она составляет 6–15% в различных регионах, а на территории Нижегородской области в последние пять лет колеблется от 4,7 до 6,1%.

Актуальность данной проблемы определяется не только медицинской, но и социальной значимостью, так как высокая частота осложнений беременности и самих преждевременных родов обуславливает значительную неонатальную заболеваемость и смертность новорожденных. На долю недоношенных детей приходится 60–70% случаев ранней неонатальной смертности и 50% неврологических заболеваний. Мертворождение среди недоношенных встречается в 8–13 раз чаще по сравнению с доношенными детьми [2, 3].

Преждевременные роды подразделяются на спонтанные (70–80%) и индуцированные (20–30%). Последние связаны с состоянием здоровья беременной и/или плода [4–6]. Самопроизвольные роды могут начинаться как с развития регулярной родовой деятельности при целом плодном пузыре (истинные преждевременные роды, на их долю приходится около 40–50% случаев), так и с преждевременного разрыва плодных оболочек при отсутствии регулярной родовой деятельности [2, 7–9].



Преждевременные роды в патогенетическом отношении – клинический синдром, характеризующийся полиэтиологичностью, хроническим течением процесса, участием плода в патогенезе [6]. К ведущим факторам преждевременных родов относят инфекцию, ишемию, перерастяжение матки, заболевания шейки матки, эндокринные нарушения у матери, реакцию отторжения трансплантата, которым является плод [6]. По данным литературы, около 40% преждевременных родов обусловлено инфекционным процессом в организме женщины [2, 6, 7]. Немаловажное значение имеет истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) во время текущей беременности.

В настоящее время все известные факторы (социально-гигиенические, клиничко-анамнестические, осложнения данной беременности) позволяют выделить группу высокого риска по развитию преждевременных родов. Однако до сих пор мало изучено, что именно служит инициатором и каковы факторы риска развития спонтанной родовой деятельности при преждевременных родах, а также не ясно, как прогнозировать разрыв плодных оболочек при сохраненной шейке матки и недоношенной беременности.

Цель исследования

Изучение факторов риска при различных типах преждевременных родов.

Материал и методы

В соответствии с поставленной целью нами была проведена экспертная ретроспективная оценка 100 историй преждевременных родов (основная группа). Контрольную группу составили 28 историй своевременных родов. Исследование проводили на базе родильного дома № 3 и Дзержинского перинатального центра (Нижегородская область) в течение 2016 г.

Ретроспективный анализ включал оценку паспортных, анамнестических, клинических данных, сведений о паритете, особенностях

течения предыдущих и настоящей беременности, а также подробную характеристику родового процесса. В соответствии с типами преждевременных родов в основной группе были выделены три подгруппы. Первую подгруппу (1А) составили 53 женщины с преждевременным разрывом плодных оболочек (ПРПО) при отсутствии регулярной родовой деятельности на сроке 22–36 недель беременности. Вторую подгруппу (1В) составили 33 роженицы с развитием регулярной родовой деятельности при целом плодном пузыре в сроке 22–36 недель (истинные преждевременные роды). Третью подгруппу (1С) составили 14 беременных с признаками ИЦН.

Статистический анализ проводился при помощи программ Statistica 10. Применялись критерии Стьюдента и хи-квадрат Пирсона (χ^2). Если число ожидаемого признака было меньше 10 при анализе четырехпольных таблиц, то использовали критерий хи-квадрат (χ^2) с поправкой Йейтса, при частотах меньше 5 – двусторонний точный критерий Фишера (p). Для оценки связи конкретного фактора риска с развитием преждевременных родов вычисляли величину отношения шансов (ОШ) с 95%-ным доверительным интервалом (ДИ). Количественные данные представлены в виде среднего арифметического и среднеквадратичного отклонения ($M \pm \sigma$). Для всех видов анализа достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Ретроспективный анализ показал, что возраст беременных в ос-

новной и контрольных группах не имел принципиальных различий ($p > 0,05$) и колебался от 18 до 42 лет. Данные распределения по возрасту в подгруппах представлены в табл. 1.

При оценке массо-ростовых показателей выяснилось, что средний рост женщин в основной и контрольной группах также статистически значимо не различался: $165,2 \pm 0,61$ и $165,3 \pm 0,53$ см соответственно ($p > 0,05$). Однако анализ роста в подгруппах показал, что в подгруппе 1С (ИЦН) беременные в среднем были достоверно выше ($p < 0,01$).

Среднее значение индекса массы тела было достоверно выше у пациенток основной группы – $24,4 \pm 0,82$ против $22,8 \pm 0,42$ кг/м² в контрольной ($p = 0,018$). При этом статистически значимых отличий в данном показателе внутри основной группы не было (см. табл. 1).

Нами также проведен анализ социально-гигиенических факторов риска преждевременных родов. Оказалось, что 65% женщин основной группы имели среднее и незаконченное среднее образование, в то время как в контрольной группе этот показатель составил 28,6% ($\chi^2 = 10,4$, $p = 0,0012$). Таким образом, отсутствие высшего образования увеличивает риск развития преждевременных родов: ОШ 4,64 (95% ДИ 1,8–11,6). Анализ социального положения показал, что неработающих пациенток в основной группе было 32%, а в контрольной группе – 10,7% (ОШ 3,92, 95% ДИ 1,1–13,9, $p = 0,03$).

Указаний на вредные привычки, такие как курение, употребление

Таблица 1. Распределение беременных по возрасту, росту, индексу массы тела ($M \pm \sigma$)

Показатель	Основная группа (n = 100)			Контрольная группа (n = 28)
	1А (n = 53)	1В (n = 33)	1С (n = 14)	
Возраст, годы	29,2 ± 4,9	27,8 ± 5,3	30,6 ± 5,0	29,03 ± 4,2
Рост, см	164,5 ± 5,7	164,8 ± 6,7	169 ± 4,2 ^{1,2}	165,3 ± 2,8
Индекс массы тела, кг/м ²	24,7 ± 4,0	25,1 ± 3,3	23,7 ± 3,1	22,9 ± 3,1

¹ Отличие от подгруппы 1А достоверно ($p = 0,009$).

² Отличие от подгруппы 1В достоверно ($p = 0,028$).

К ведущим факторам преждевременных родов относят инфекционный процесс, ишемию, перерастяжение матки, заболевания шейки матки, эндокринные нарушения у матери, реакцию отторжения трансплантата, которым является плод

алкоголя и наркотических препаратов во время беременности, было больше в основной группе. Так, пациентки в основной группе чаще злоупотребляли табакокурением, чем в контрольной: 30 против 7,1%. Очевидно, курение увеличивает риск наступления преждевременных родов: ОШ 5,57 (95% ДИ 1,2–25,0, $p = 0,013$), что соответствует данным литературы [10].

При изучении акушерско-гинекологического анамнеза выяснилось, что у 17% женщин основной группы были в анамнезе преждевременные роды (в контрольной группе – 0). Таким образом, наличие преждевременных родов в анамнезе достоверно увеличивает риск развития преждевременных родов в текущей беременности: ОШ 11,9 (95% ДИ 0,7–205,1, $p = 0,023$).

В анамнезе пациенток основной группы значительно чаще встречались указания на два и более медицинских аборта:

31 против 7,1% в группе контроля, что свидетельствует о существенном влиянии данного фактора риска на развитие преждевременных родов (ОШ 5,3, 95% ДИ 1,2–23,8, $p = 0,023$). При оценке перечисленных факторов риска (два и более внутриматочных вмешательств и указаний на преждевременные роды в анамнезе) статистически значимых различий между подгруппами с различными типами преждевременных родов не выявлено ($p > 0,05$).

Количество первобеременных женщин в основной и контрольной группах было сходно. Однако при сравнении подгрупп существенно больше первобеременных было среди пациенток с истинными преждевременными родами – 48,5% (1В), а меньше – среди пациенток с ПРПО (1А) – 24,5% ($\chi^2 = 4,20$, $p = 0,04$).

Анализ сценария развития преждевременных родов в подгруппе беременных с ИЦН (1С) показал, что у восьми из них преждевременно излились воды с последующим развитием родовой деятельности и у шести пациенток преждевременные роды проходили на фоне сохраненного плодного пузыря.

Воспалительные заболевания органов малого таза в анамнезе имели 23% пациенток основной группы, что сопоставимо с контрольной группой – 14,3% ($p = 0,3$). Следует отметить, что женщины, имеющих в анамнезе воспалительные заболевания органов

малого таза, было статистически значимо больше в подгруппе 1В (истинные преждевременные роды) – 39,4% по сравнению с 1А и 1С подгруппами (13,2 и 21,4% соответственно, $\chi^2 = 7,89$, $p < 0,05$). Особенности акушерско-гинекологического анамнеза представлены в табл. 2.

В основной и контрольной группах одинаково часто встречались заболевания сердечно-сосудистой (артериальная гипертензия, нейроциркуляторная дистония, варикозная болезнь вен), дыхательной, пищеварительной и мочевыделительной систем ($p > 0,05$). В основной группе было больше женщин с избыточной массой тела и ожирением первой-второй степени (34%) по сравнению с контрольной группой (10,7%) (ОШ 2,3, 95% ДИ 0,8–6,8, $p = 0,018$). Между подгруппами статистически значимые различия выявлены по распространенности малых аномалий развития сердца. Данная патология чаще наблюдалась у женщин с ИЦН ($\chi^2 = 13,58$, $p < 0,01$). У пациенток с истинными преждевременными родами чаще встречались хронические специфические инфекционные заболевания: вирусный гепатит и ВИЧ-инфекция ($\chi^2 = 7,75$, $p = 0,0053$).

Интересным, с нашей точки зрения, оказалось изучение особенностей течения беременности. Так, боли внизу живота статистически чаще отмечались в основной группе – 45% по сравнению с контрольной группой – 17,9%

Таблица 2. Анализ акушерско-гинекологических факторов риска

Фактор риска	Подгруппа 1А (n = 53)		Подгруппа 1В (n = 33)		Подгруппа 1С (n = 13)		Контрольная группа (n = 28)		ОШ (95% ДИ)
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Преждевременные роды в анамнезе	9	17,0	4	12,1	4	28,6	0	–	11,9 (0,7–205,1)
Внутриматочные вмешательства (два и более)	14	28,3	11	33,3	6	35,7	2	7,1	5,3 (1,2–23,8)
Воспалительные заболевания органов малого таза	7	13,2	13	39,4 ¹	3	21,4	4	14,3	1,45 (0,4–4,23)
Первобеременные	13	24,5	16	48,5 ²	6	42,9	7	25,0	1,6 (0,6–4,1)
Первородящие	28	52,8	17	51,5	8	57,1	11	39,3	1,7 (0,7–4,1)

¹ Отличие от подгрупп 1А и 1С достоверно ($p < 0,05$).

² Отличие от подгруппы 1А достоверно ($p = 0,04$).



Таблица 3. Анализ особенностей течения беременности

Особенности течения беременности	Подгруппа 1А (n = 53)		Подгруппа 1В (n = 33)		Подгруппа 1С (n = 13)		Контрольная группа (n = 28)		ОШ (95% ДИ)
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Боли внизу живота	22	41,5	12	36,3	11	78,6 ¹	5	17,9	3,7 (1,3–10,7)
Анемия	21	39,6	14	42,4	5	35,7	7	25	2 (0,7–5,1)
Признаки хронической фетоплацентарной недостаточности, включая СЗРП	8	15,1	12	36,4 ²	–	–	–	–	14,5 (0,8–247,8)
Обострение пиелонефрита	9	17,0	4	12,1	–	–	1	3,6	4,0 (0,5–32,3)
Кольпит	6	11,3	4	12,1	1	7,1	2	7,1	1,6 (0,3–7,7)
Острая респираторная вирусная инфекция	12	22,6 ³	3	9,1	1	7,1	–	–	11,1 (0,6–191,5)

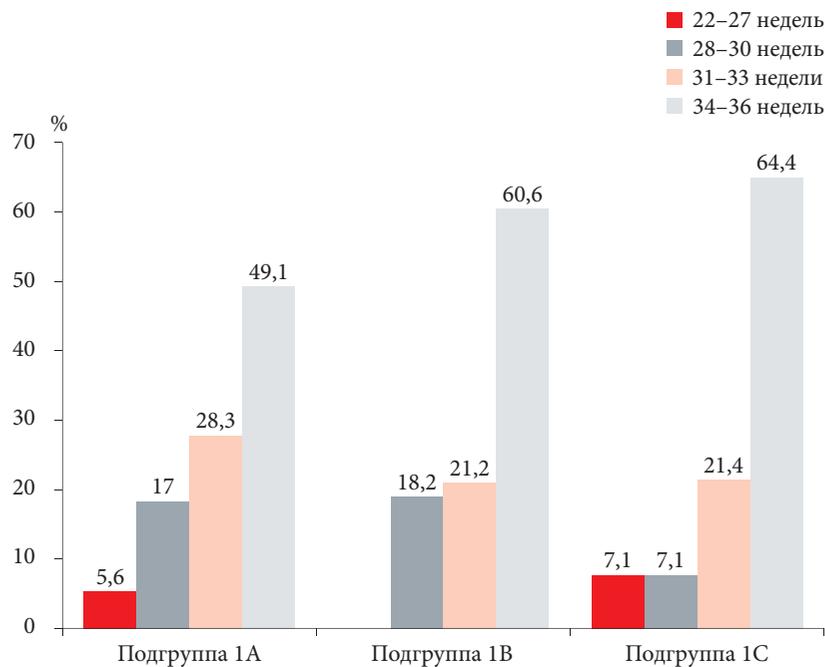
¹ Отличие от подгрупп 1А и 1В достоверно ($p < 0,05$).

² Отличие от подгруппы 1А достоверно ($p = 0,044$).

³ Отличие от подгрупп 1А и 1С достоверно ($p < 0,05$).

($\chi^2 = 5,68$, $p = 0,017$, ОШ 3,7, 95% ДИ 1,3–10,7). 78,6% пациенток подгруппы 1С (ИЦН) во время данной беременности госпитализировались по поводу абдоминального болевого синдрома, что достоверно чаще по сравнению с подгруппами 1А и 1В ($\chi^2 = 7,631$, $p < 0,05$).

Признаки хронической фетоплацентарной недостаточности, включая синдром задержки развития плода (СЗРП), зарегистрированы только в основной группе (20%), что может свидетельствовать о связи данного осложнения с развитием преждевременных родов (ОШ 14,5, 95% ДИ 0,8–247,8, $p = 0,006$). При этом данное осложнение чаще наблюдалось у пациенток с истинными преждевременными родами ($\chi^2 = 4,032$, $p = 0,044$). Указаний на перенесенное острое инфекционное заболевание во время беременности (острую вирусную инфекцию, инфекции мочевыводящих путей – обострение хронического пиелонефрита, цистита, бессимптомную бактериурию, цервик-вагинальную инфекцию) также было больше среди пациенток основной группы – 40% по сравнению с 10,7% в контрольной группе (ОШ = 5,5, 95% ДИ 1,5–19,6, $p = 0,0032$). Следует отметить, что в подгруппе 1А (ПРПО) такие заболевания зафиксированы в 50,9% случаев, в то время как



Распределение преждевременных родов по срокам в основной группе

в подгруппах 1В и 1С статистически меньше – 33,3 и 14,2% соответственно ($\chi^2 = 7,113$, $p < 0,05$). Особенности течения беременности в исследуемых группах представлены в табл. 3.

Во всех подгруппах преждевременные роды развивались чаще всего на 34–37-й неделе беременности. Очень ранние преждевременные роды были отмечены в подгруппах 1А (ПРПО) и 1С (ИЦН) и со-

ставили 5,6 и 7,1% соответственно. Таким образом, наибольшее количество преждевременных родов зафиксировано на сроке 34 недели и выше ($p < 0,01$). Распределение по срокам преждевременных родов основной группы представлено на рис.

В подгруппе 1А (ПРПО) на сроке беременности 22–36 недель родоразрешены *per vias naturales* 44 (83%) женщины, оставшиеся

акушерство

девять (17%) пациенток – путем операции кесарева сечения. Показаниями для оперативного родоразрешения были признаки несостоятельности рубца на матке (n = 3), хроническая декомпенсированная плацентарная недостаточность, включая СЗРП (n = 3), а также по одному случаю – преждевременное излитие вод при поперечном положении плода, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, появление симптомов хориоамнионита. Обращает на себя внимание, что у 42 (79,2%) пациенток подгруппы 1А преждевременное излитие вод произошло на «незрелых» родовых путях.

Выводы

В ходе ретроспективного анализа были выявлены наиболее значимые и общепринятые факторы

риска развития преждевременных родов в основной группе пациенток. К ним относятся:

- указание на преждевременные роды в анамнезе: ОШ 11,9 (0,7–205,1);
- два и более медицинских аборта в анамнезе;
- курение;
- низкий социально-экономический статус беременных;
- избыточная масса тела и ожирение: ОШ 2,3 (0,8–6,8);
- острые инфекции и обострение хронических экстрагенитальных заболеваний.

Каждый из типов преждевременных родов имеет особенности. Истинные преждевременные роды достоверно чаще встречаются у первобеременных женщин, при этом наиболее распространенным гестационным осложнением является хроническая фе-

топлацентарная недостаточность: ОШ = 14,5 (0,8–247,8), что позволяет предположить связь истинных преждевременных родов с плодово-плацентарным фактором.

У пациенток с преждевременными родами, начавшимися с ПРПО, основной инициирующий фактор – обострение инфекции или остро возникшая инфекционная патология.

Предрасполагающими факторами развития преждевременных родов у пациенток с ИЦН становятся проявления недифференцированной дисфункции соединительной ткани – более высокий рост, более низкий индекс массы тела, преобладание в структуре соматических заболеваний малых аномалий развития сердца, варикозной болезни вен. В результате в этой подгруппе наблюдается быстрое течение родового акта. ❁

Литература

1. Хофмейр Д.Ю., Нейлсон Д.П., Алфирович З. и др. Кокрановское руководство. Беременность и роды / под ред. Г.Т. Сухих. М.: Логосфера, 2010. С. 152–184.
2. Серов В.Н., Сухорукова О.И. Профилактика преждевременных родов // РМЖ. 2014. Т. 22. № 1. С. 3–6.
3. Mattison D.R., Damus K., Fiore E. et al. Preterm delivery: a public health perspective // Paediatr. Perinatol. Epidemiol. 2001. Vol. 15. Suppl. 2. P. S7–16.
4. Баев О.Р., Васильченко О.Н., Кан Е.Н. и др. Преждевременный разрыв плодных оболочек (преждевременное излитие вод): клиническое руководство. М., 2013.
5. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. М.: Изд-во журнала StatusPraesens, 2012.
6. Romero R., Goncalves L.F., Chaiworapongsa T. et al. Mechanisms of preterm labor and preterm premature rupture of the membranes // Textbook of perinatal medicine / ed. by A. Kurjak, F. Chervenak. 2nd ed. New York, 2012. P. 1379–1393.
7. Власова Т.А., Вальдман С.Ф., Иванова Н.В. и др. Факторы риска и особенности ведения преждевременных родов // Репродуктивное здоровье женщины. 2000. № 2. С. 153–160.
8. Кан Н.Е., Санникова М.В., Амирасланов Э.Ю., Тютюнник В.Л. Клинические предикторы прогнозирования преждевременного разрыва плодных оболочек // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2013. Т. 12. № 3. С. 12–18.
9. Practice bulletin No. 160: premature rupture of membranes // Obstet. Gynecol. 2016. Vol. 127. № 1. P. 39–51.
10. Радзинский В.Е., Семятов С.М., Тотчиев Г.Ф., Шишкин Е.А. Табакокурение и беременность // Вестник РУДН. Серия «Медицина». 2009. № 7. С. 334–340.

Clinical and Anamnestic Features of Different Types of Premature Birth (Retrospective Review)

N.Yu. Katkova, O.I. Bodrikova, I.M. Bezrukova, O.I. Guseva, N.V. Lebedeva, K.B. Pokusayeva, O.A. Mikhaylenko
Nizhny Novgorod State Medical Academy

Contact person: Nadezhda Yuryevna Katkova, katkova_nu@inbox.ru

The most important risk factors for various types of premature birth were identified. The risk factors of true premature birth (development of the regular labor with the whole fetal bladder) include highly infectious index during first pregnancy and chronic placental insufficiency. The main triggering factor for premature birth started with premature rupture of membranes – intensification of infection or acute-onset infectious pathology. Predisposing factors for the development of premature birth with cervical incompetence may be manifestations of the undifferentiated dysfunction of the connective tissue, the prevalence of minor cardiac abnormalities in the structure of somatic diseases, varicose veins, etc.

Key words: pregnancy, premature birth, risk factors