

## ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

<sup>1</sup>УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
<sup>2</sup>УЗ «1-я городская клиническая больница» г. Минска

*Плацентарная недостаточность (ПН) является причиной перинатальной заболеваемости и смертности, что диктует необходимость раннего прогнозирования. Авторы статьи проанализировали возрастные, антропометрические, социальные и анамнестические факторы риска развития плацентарной недостаточности.*

**Ключевые слова:** плацентарная недостаточность, факторы риска, беременность.

**L. F. Mazeika<sup>1</sup>, I. V. Tsikhanenka<sup>2</sup>**

### **PLACENTAL INSUFFICIENCY, S RISK FACTORS**

*Since placental insufficiency results in perinatal mortality and morbidity it requires an early prognosis. The importance of overweight, smoking, termination of the first pregnancy, gynaecological and cardiovascular diseases as risk factors of placental insufficiency has been revealed.*

**Key words:** placental insufficiency, risk factors, pregnancy.

Плацентарная недостаточность (ПН) является важным фактором риска перинатальной заболеваемости и смертности [5, 6]. Представления о влиянии различных факторов на развитие плацентарной недостаточности создают предпосылки для научно обоснованного прогнозирования этого осложнения беременности до наступления ее клинических проявлений [1].

**Цель исследования:** выявить возрастные, антропометрические, социальные и анамнестические факторы риска развития плацентарной недостаточности.

#### **Материалы и методы**

Обследована 291 беременная: I группа (157 пациенток) – с осложнением беременности плацентарной недостаточностью, II группа (сравнения) – 134 беременные без плацентарной недостаточности. Изучались возраст, социальное положение,

антропометрические данные, данные общего и акушерско-гинекологического анамнезов, экстрагенитальная патология; рассчитывался индекс массы тела (ИМТ) беременных.

#### **Результаты и обсуждение**

Средний возраст пациенток не различался между группами, составляя в I группе  $26,2 \pm 0,3$  лет, в группе сравнения –  $26,7 \pm 0,5$  лет.

Масса беременных с плацентарной недостаточностью ( $62,5 \pm 1,0$  кг) была достоверно выше массы женщин группы сравнения ( $59,7 \pm 0,8$  кг),  $p < 0,05$ . Индекс массы тела у пациенток I-й группы ( $22,6 \pm 0,3$ ) достоверно не отличался от ИМТ беременных II-й группы ( $21,7 \pm 0,3$ ) при отсутствии различий роста пациенток I-й ( $1,66 \pm 0,005$  м) и II-й ( $1,66 \pm 0,004$  м) групп. Недостаточная масса тела (ИМТ  $< 18,5$  кг/м<sup>2</sup>) была отмечена у пациенток II-й

группы (11,9%) в 1,4 раза чаще, чем у беременных I-й группы (8,3%),  $p > 0,05$ . Избыточная масса тела и ожирение ( $\text{ИМТ} \geq 25 \text{ кг/м}^2$ ) отмечались в 1,6 раза чаще у женщин, чья беременность осложнялась плацентарной недостаточностью (21%), в сравнении с пациентками II-й группы (13,5%), что согласуется с данными Ракишевой А.Г. (2010), Imdad A. с соавт. (2011) о том, что на фоне избыточной массы тела вследствие морфологических изменений в плаценте развивается плацентарная недостаточность.

Преимущественная часть пациенток обеих групп были служащими (61,8% в I-й группе и 63,5% – во II-й). Доли учащих в I-й группе (10,2%) и в группе сравнения (11,9%), процент неработающих женщин (11,4% против 13,4%), как и доля рабочих (16,6% против 11,2%), также не различались ( $p > 0,05$ ).

Наркозависимости, употребления алкогольных напитков среди обследованных женщин отмечено не было. Табакокурение отмечалось достоверно чаще у беременных женщин I-й группы (11,5%) в сравнении с пациентками II-й группы (1,5%),  $p = 0,002$  для  $\chi^2$  с поправкой Йейтса, что согласуется с мнением о том, что курение во время беременности относится к факторам риска плацентарной недостаточности [7, 9, 2, 3].

Анализ акушерского анамнеза показал, что неразвивающаяся беременность встречалась у женщин с ПН в 1,6 раза чаще в сравнении с пациентками II-й группы (10,8% против 6,7%). Антенатальная гибель плода отмечалась лишь у 1 (0,6%) беременной I-й группы при отсутствии указанного осложнения во II-й группе. На самопроизвольные выкидыши в анамнезе указали 9,6% женщин I-й группы и 8,2% пациенток группы сравнения. Искусственное прерывание беременности отмечалось в анамнезе 28,7% беременных I-й группы и 25,4% пациенток группы сравнения, но первая беременность заканчивалась медицинским абортom у женщин с развитием ПН достоверно чаще (24,2%), чем у пациенток группы сравнения (13,4%),  $p < 0,05$  для  $\chi^2$ . Поэтому в обеих группах процент первородящих женщин (66,9% и 63,4%, соответственно) превышал процент первобеременных (42,7% и 50%). Наши данные согласуются с данными Ракишевой А.Г. (2010), придающей медицинским абортom в анамнезе важное значение при оценке прогноза развития ПН. На преждевременные роды в анамнезе указывали 5,7% пациенток I-й и группы 3% женщин II-й группы.

Женщины основной группы достоверно чаще указывали на перенесенную гинекологическую патологию в сравнении с пациентками II-й группы (64,3% против 47%),  $p = 0,005$  для  $\chi^2$ . Наиболее распространенной у всех обследованных была патология шейки матки, отмечавшаяся у 31,2% женщин I-й группы и у 25,4% пациенток группы сравнения. Частота перенесенного хронического аднексита достоверно не различалась, составляя 16,6% у женщин с ПН и 12,7% у пациенток группы сравнения. Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), отмечались достоверно чаще в анамнезе женщин с плацентарной недостаточностью по сравнению с беременными II-й группы (13,4% против 3,7%),  $p = 0,03$  для  $\chi^2$  с поправкой Йейтса, причем пациентки с ПН достоверно чаще страдали хламидийной инфекцией нижних отделов мочеполового тракта и трихомонозом (9,6% и 6,4%) в сравнении с женщинами II-й группы (1,5% и 2,2%, соответственно),  $p = 0,008$  для  $\chi^2$  с поправкой Йейтса. Сочетание инфекций, передающихся половым путем, отмечалось у женщин с ПН чаще, чем у женщин группы сравнения (8,3% против 1,5%),  $p = 0,02$  для  $\chi^2$  с поправкой Йейтса. Нарушение менструальной функции отмечалось в анамнезе 7% пациенток I-й группы, а у женщин группы сравнения в 6%; частота миомы матки у женщин обеих групп была сопоставима (5,7% и 7,5%, соответственно). Первичное бесплодие в анамнезе женщин с плацентарной недостаточностью отмечено в 1,3% случаев, а врожденные пороки развития половых органов – в 1,9% случаев при отсутствии этой патологии у женщин группы сравнения. На перенесенные оперативные вмешательства на половых органах указали 29 (18,5%) пациенток I-й группы и 26 (19,4%) женщины группы сравнения. Вероятно, перенесенные гинекологические заболевания, особенно их сочетание с ИППП, являются неблагоприятным фоновым фактором, способствующим развитию плацентарной недостаточности.

группы (11,9%) в 1,4 раза чаще, чем у беременных I-й группы (8,3%),  $p > 0,05$ . Избыточная масса тела и ожирение ( $\text{ИМТ} \geq 25 \text{ кг/м}^2$ ) отмечались в 1,6 раза чаще у женщин, чья беременность осложнялась плацентарной недостаточностью (21%), в сравнении с пациентками II-й группы (13,5%), что согласуется с данными Ракишевой А.Г. (2010), Imdad A. с соавт. (2011) о том, что на фоне избыточной массы тела вследствие морфологических изменений в плаценте развивается плацентарная недостаточность.

Обследование на наличие инфекций половых органов до беременности было проведено лишь 37,6% женщинам I-й группы, в группе сравнения частота обследования была достоверно выше – 60,5%,  $p = 0,0001$  для  $\chi^2$ . Вероятно, отсутствие обследования на наличие генитальных инфекций до беременности приводит к их выявлению в процессе гестации, когда они способствуют развитию плацентарной недостаточности, и сложно проводить лечение в полном объеме. Наше мнение согласуется с данными исследований Боровковой Е.И. (2005) о взаимосвязи воздействия инфекционного агента с различными осложнениями беременности.

При анализе экстрагенитальной патологии выявлено, что у женщин I-й группы несколько чаще (однако, при отсутствии достоверной разницы) встречались болезни глаз (29,3%), патология органов дыхания (11,5%); болезни эндокринной системы и нарушения обмена веществ (18,5%) в сравнении с пациентками II-й группы (20,2%, 6,0% и 10,5%, соответственно). Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы у беременных с ПН отмечена в 3,4 раза чаще в сравнении с пациентками II-й группы (5,1% против 1,5%). Частота болезней органов пищеварения (11,5% против 10,5%), мочевой (12,7% против 11,9%), костно-мышечной систем и соединительной ткани (7% против 6,7%) достоверно не различалась между обследованными группами. Доля женщин, страдающих болезнями системы кровообращения, в I-й группе в 1,6 раза превышала долю беременных с аналогичной патологией в группе сравнения (29,9% против 18,7%),  $p = 0,03$  для  $\chi^2$ , что согласуется с мнением многих авторов, считающих, что заболевания сердечно-сосудистой системы являются одной из причин развития плацентарной недостаточности [4, 8]. Прочая соматическая патология в анамнезе отмечена у 20 (12,7%) женщин I-й группы и у 6 (4,5%) пациенток группы сравнения. Сочетание двух и более экстрагенитальных заболеваний было отмечено среди беременных с ПН достоверно чаще (41,4%), чем среди пациенток группы сравнения (24,6%),  $p = 0,003$  для  $\chi^2$ . Общая частота экстрагенитальной патологии у беременных I-й группы была достоверно выше, чем у женщин группы сравнения (72,6% против 52,2%),  $p = 0,0003$  для  $\chi^2$ .

#### Выводы

1. Масса тела женщин с плацентарной недостаточностью была достоверно выше, чем у беременных группы сравнения ( $p < 0,05$ ), причем избыточная масса тела и ожирение I-II степени отмечались в 1,6 раза чаще у беременных I-й группы (21%) в сравнении с пациентками II-й группы (13,5%). Вероятно, избыточная масса тела, связанная чаще всего с эндокринными нарушениями, является одним из факторов риска развития плацентарной недостаточности.

2. Табакокурение, отмечающееся достоверно чаще среди женщин с плацентарной недостаточностью, следует расценивать как фактор риска осложнения беременности плацентарной недостаточностью.

3. Первая беременность прерывалась посредством медицинского аборта у женщин основной группы (24,2%) достоверно чаще, чем в группе сравнения (13,4%),  $p < 0,05$ , что, вероятно, может свидетельствовать о неблагоприятном влиянии медицинского аборта при первой беременности на течение последующих беременностей.

4. Пациентки с плацентарной недостаточностью достоверно чаще страдали гинекологическими заболеваниями, в частности, инфекциями, передающимися половым путем,  $p < 0,05$ . Вероятно, перенесенные гинекологические заболевания, ИППП могут способствовать возникновению плацентарной недостаточности, что вызывает необходимость своевременного выявления и лечения генитальных инфекций при проведении прегравидарной подготовки женщин репродуктивного возраста.

5. Частота экстрагенитальных заболеваний, их сочетание и частота патологии системы кровообращения у беременных

## Оригинальные научные публикации

с плацентарной недостаточностью превышала эти показатели среди женщин группы сравнения,  $p < 0,05$ . Очевидно, экстрагенитальная патология и, в частности, болезни сердечно-сосудистой системы могут являться факторами риска развития плацентарной недостаточности.

### Литература

1. Клементе, А., Пак С.В., Гречканев Г.О. и др. Новый метод прогнозирования, диагностики и контроля эффективности терапии хронической плацентарной недостаточности // Клиническая медицина. 2010. № 2. С. 50-52.

2. Серов, В.Н., Тютюнник В.Л., Михайлова О.И. Современные представления о лечении плацентарной недостаточности // РМЖ. 2010. № 4. с. 157-162.

3. Симрок, В.В., Гордиенко Е.В., Симрок-Старчева Д.В. Плацентарная недостаточность: новый взгляд на старую проблему // Конспект гинеколога. Часть 1. Под ред. Заславского А.Ю., Куприненко Н.В. Донецк. 2010. С. 5-16.

4. Сорокина, С. Э., Искрицкий А. М.. Плацентарная недостаточность // Медицинские новости. 1997. № 3. С. 12-16.

5. Филиппов, О.С. Плацентарная недостаточность. М: МЕДпресс-информ, 2009. 160 с.

6. Baschat, A. Neurodevelopment following fetal growth restriction and its relationship with antepartum parameters of placental dysfunction // UOG. 2011.V. 37. I. 5. P. 501-514.

7. Delpisheh, A., Brabin L., Drummond S. et al. Prenatal smoking exposure and asymmetric fetal growth restriction // Ann Hum Biol. 2008. V. 35. I. 6. P. 573-83.

8. Haram, K., Svendsen E. and Myking O. Growth Restriction: Etiology, Maternal and Neonatal Outcome. A Review // Current Women's Health Reviews. 2007. V.3. P. 145-160.

9. Romo, A., Carceller R., Tobajas J. Intrauterine growth retardation (IUGR): epidemiology and etiology // Pediatr Endocrinol Rev. 2009. V.6 Suppl 3. P. 332-6.

Поступила 10.01.2013 г.