

МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Грудницкая Е. Н.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Беларусь, Минск

Введение. Около 15 % беременным ежегодно оказывается медицинская помощь в условиях стационара в связи с угрожающим абортom (УА). Лечение УА требует значительных материальных и организационных ресурсов системы здравоохранения, увеличивает нагрузку на специализированные отделения и медицинский персонал. Последовательные неблагоприятные исходы беременности приводят к формированию привычного выкидыша (ПВ). Перспективным направлением снижения частоты случаев ПВ является идентификация ключевых факторов, связанных с развитием УА.

Цель. Установить предикторы развития угрожающего аборта у женщин с невынашиванием беременности в анамнезе.

Методы исследования. Выполнено ретроспективное наблюдательное аналитическое исследование «случай-контроль» с участием 72 женщин в сроке беременности 12–15 недель. Группу «случай» сформировали 36 женщин, госпитализированных в гинекологическое отделение УЗ «КРДМО» в связи с УА. Группу «контроль» составили 36 женщин, наблюдавшихся в связи с беременностью в УЗ «КРДМО» без УА. В исследование включены беременные женщины в сроке 12–15 недель репродуктивного возраста от 18 до 49 лет. Критерии включения в группу с УА: наличие у женщины признаков отслойки хориона: кровянистые выделения из половых путей, боль внизу живота и/или пояснице, ретрохориальная гематома. Факторы, которые могли бы исказить результаты, исходно были отнесены к критериям исключения и отсутствовали у исследуемых пациенток. В первый день госпитализации в стационар осуществляли сбор акушерско-гинекологического, соматического анамнеза и выполняли клинико-лабораторные исследования, согласно клиническому протоколу. Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ «Statistica 12.0», «Microsoft Office, Excel 2016». При проверке гипотез статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Основные клинико-демографические показатели пациентов сравниваемых групп, включающие возраст, образование, социальный статус и менструальную функцию статистически значимо не различались ($p > 0,05$). Для количественной оценки взаимосвязи предполагаемых факторов риска и развитием УА был использован метод отношения шансов. Установлена статистически значимая связь между невынашиванием беременности в анамнезе и развитием УА (ОШ = 9,8 95 % ДИ 2,6–38,0), стандартная ошибка шансов (S) составила 0,7. Значение хи-квадрат (χ^2) для фактора риска «невынашивание беременности в анамнезе» составило 13,6 ($p = 0,001$). Важно отметить, что течение беременности у женщин, прошедших прегравидарную подготовку,

статистически значимо реже ($p = 0,007$) осложнялось развитием УА (ОШ = 0,2, 95 % ДИ 0,1–0,7, $S = 0,6$). Статистически значимая связь с развитием УА обнаружена при наличии заболеваний почек, гипотиреозом и варикозной болезнью вен. У пациентов с заболеваниями мочевой системы (пиелонефрит, нефроптоз) шанс развития УА был в 5,5 раза выше (ОШ = 5,5, 95 % ДИ 1,4–21,7, $S = 0,7$), $\chi^2 = 6,8$ ($p = 0,009$), а у страдающих от заболеваний щитовидной железы (гипотиреоз) — в 5,7 раз выше (ОШ = 5,7, 95 % ДИ 1,1–28,5, $S = 0,8$), значение критерия $\chi^2 = 5,3$ ($p = 0,022$), при наличии варикозной болезни вен (нижних конечностей, малого таза) — в 10,0 раз выше (ОШ = 10,0, 95 % ДИ 1,2–84,8, $S = 1,1$), значение критерия $\chi^2 = 6,2$ ($p = 0,013$). Несмотря на статистическую значимость различий, полученную по увеличению вероятности возникновения УА в 10,0 раз при наличии фактора риска «варикозная болезнь вен», шанс обнаружения этого признака в группе с УА является неопределенным, из-за большого разброса данных в диапазоне значений доверительного интервала. Анализ взаимосвязи между ИМТ и вероятностью развития УА показал наличие определенных корреляций. У пациентов с избытком массы тела шанс развития УА был в 5,7 раза выше (ОШ = 5,7, 95 % ДИ 1,1–28,5, $S = 0,8$). Значение критерия χ^2 для фактора риска «избыток массы тела» составило 5,2 ($p = 0,022$). Причем, у пациентов с массой тела в пределах физиологической нормы (ИМТ = 18,5–24,9 кг/м²) течение беременности статистически значимо реже ($p = 0,026$) осложнялось развитием УА (ОШ = 0,3, 95 % ДИ 0,1–0,9, $S = 0,5$).

Выводы. Статистически значимыми факторами риска развития УА у беременных в сроке 12-15 недель являлись: невынашивание беременности в анамнезе (ОШ = 9,8, 95 % ДИ 2,6–38,0; $\chi^2 = 13,6$, $p = 0,001$), избыток массы тела (ОШ = 5,7, 95 % ДИ 1,1–28,5; $\chi^2 = 5,2$, $p = 0,022$), патология почек (ОШ = 5,5, 95 % ДИ 1,4–21,7; $\chi^2 = 6,8$, $p = 0,009$) и гипотиреоз (ОШ = 5,7, 95 % ДИ 1,1–28,5; $\chi^2 = 5,2$, $p = 0,022$). При этом течение беременности реже осложнялось УА у пациентов с массой тела в пределах физиологической нормы (ОШ = 0,3, 95 % ДИ 0,1–0,9; $\chi^2 = 5,1$, $p = 0,026$) и при прохождении прегравидарной подготовки (ОШ = 0,2, 95 % ДИ 0,1–0,7; $\chi^2 = 7,4$, $p = 0,007$).