

Особенности экстрагенитальной патологии у женщин с индуцированными родами

Тесакова М. Л.

*Государственное учреждение образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Реферат. Индуцированные роды являются распространенной процедурой в современном акушерстве. Оценка факторов риска осложнений для матери и плода в индуцированных родах позволяет улучшить материнские и перинатальные исходы. Хронические экстрагенитальные заболевания у женщин негативно влияют на развитие беременности, нарушают процесс подготовки организма беременной к родам, вызывают осложнения родового процесса. Исследование проведено с целью изучения особенностей экстрагенитальной патологии у беременных с индуцированными родами. Анализ результатов исследования позволил установить, что женщины с индуцированными родами имеют более высокий удельный вес различных экстрагенитальных заболеваний в сравнении с женщинами с физиологическими родами. У женщин с индуцированными родами по сравнению с женщинами с физиологическими родами в 11,9 раза чаще встречается хронический тубулоинтерстициальный нефрит ($p < 0,05$), в 9,7 раза чаще — ожирение ($p < 0,05$). Диффузный (эндемический) зуб, связанный с йодной недостаточностью, достоверно чаще — в 8 раз ($p < 0,05$) — выявлялся в группе женщин с осложненными индуцированными родами в сравнении с самопроизвольными осложненными родами. Гипотиреоз более чем в 11 раз ($p < 0,05$) чаще наблюдался при завершении индуцированных родов кесаревым сечением, чем при осложненных самопроизвольных родах.

Ключевые слова: экстрагенитальная патология, индуцированные роды, физиологические роды, хронический тубулоинтерстициальный нефрит, ожирение, диффузный (эндемический) зуб, гипотиреоз.

Введение. Индуцированные роды представляют собой роды через естественные родовые пути, инициированные искусственными средствами по показаниям со стороны матери и/или плода. Индукция родов в настоящее время является распространенным акушерским вмешательством. Большинство авторов, занимающихся этой проблемой, считают, что процедура родовозбуждения, предполагающая завершение родов через естественные родовые пути, является более безопасной для беременных и новорожденных в сравнении с выжидательной тактикой до начала спонтанной родовой деятельности [1, 2, 3]. Частота родовозбуждения в последние десятилетия неуклонно растет и составляет в России 10–20 %, в Германии — 12–14 % [2], в Великобритании — 20 % [3], в Австралии — 29,1 % [4], в США — 20–50 % [4].

По данным ряда авторов, беременным высокого перинатального риска, к которым относятся женщины с экстрагенитальной патологией и осложнениями беременности, при доношенном сроке



и отсутствии абсолютных показаний к кесареву сечению, методом родоразрешения, в том числе и досрочного, чаще всего определяются индуцированные роды [2, 3].

Основополагающим фактором успешного родоразрешения при индуцированных родах является готовность организма беременной к родам. Хронические экстрагенитальные заболевания у беременных оказывают негативное влияние не только на развитие беременности, но и нарушают процесс подготовки организма беременной к родам, приводят к необходимости проведения индукции родовой деятельности [5, 6].

Цель работы — изучение особенностей экстрагенитальной патологии у женщин с индуцированными родами в сравнении с женщинами с физиологическими родами.

Материалы и методы. В исследование включены 360 беременных женщин с доношенной беременностью на сроке 37–42 недели (259–294 дня) и рожденные ими дети, с индуцированной или самопроизвольной родовой деятельностью, госпитализированные и родоразрешенные в УЗ «Клинический родильный дом Минской области» в период с января 2011 г. по декабрь 2015 г. Все включенные в исследование женщины были разделены на три группы — основная группа, группа сравнения и группа контроля. Основную группу (ОГ) составили 215 беременных женщин, которым были определены в качестве метода родоразрешения индуцированные роды. В зависимости от исходов индуцированных родов основная группа (ОГ) разделена на подгруппу I (ОГ I) — индуцированные роды осложненные, в которую вошли 138 беременных, и подгруппу II (ОГ II) — индуцированные роды без осложнений, в которую вошли 77 беременных.

Подгруппа I основной группы индуцированных родов осложненных (ОГ I) в зависимости от видов осложнений разделена на две подгруппы: подгруппа А (ОГ IA, $n = 59$) — индуцированные роды, запланированные через естественные родовые пути вследствие осложнений родового процесса были завершены операцией кесарева сечения (дистресс плода в родах с последующей асфиксией новорожденного или без нее, отсутствие эффекта от родовозбуждения, слабость родовой деятельности) и подгруппа Б (ОГ IB, $n = 79$) — осложнения родового процесса в индуцированных родах не привели к смене плана родоразрешения и роды были завершены через естественные родовые пути: слабость родовой деятельности, травмы мягких родовых путей (разрывы шейки матки, влагалища, промежности, эпизиотомия), асфиксия новорожденного и связанные с ней осложнения раннего неонатального периода, родовой травматизм (кефалогематома, перелом ключицы).

Группа сравнения (ГС, $n = 58$) — самопроизвольные роды осложненные — была разделена по такому же принципу на две подгруппы: ГСА ($n = 41$) — роды, закончившиеся операцией кесарева сечения (осложнения, как и в подгруппе ОГ IA) и ГСБ ($n = 17$), закончившиеся через естественные родовые пути (осложнения, как и в подгруппе ОГ IB).

Группа контроля в исследовании (ГК, $n = 87$) включала беременных с физиологическими родами (доношенная беременность, спонтанное начало родовой деятельности, отсутствие в родах и раннем послеродовом периоде осложнений у матери и плода).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программ Statistica 8, с помощью анализа долей ($p\%$), медианы (Me) и интерквартильного размаха (IQR). Общее межгрупповое различие качественных признаков определяли с помощью критерия χ^2 с поправкой Йетса на непрерывность, для малых выборок — с помощью точного критерия Фишера. Статистически значимыми считались результаты при значении $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Возраст беременных в основной группе, группе сравнения и группе контроля составил: 27,0 (25,0–30,0), 26,0 (24,0–28,0), 26,0 (23,0–29,0) лет соответственно. Перечисленные группы были сопоставимы по возрастному составу между собой, $p > 0,05$.

Удельный вес соматической патологии в группах исследования представлен в таблице 1.

Анализ экстрагенитальной патологии в исследуемых группах проводился в соответствии с классами МКБ-10.

При анализе соматических заболеваний в анамнезе у женщин основной, контрольной и группы сравнения в классе IX «Болезни системы кровообращения» по отдельным нозологиям (пролапс митрального клапана 1-й степени, варикозное расширение вен нижних конечностей, существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды, послеродовый период, кардиомиопатия, неспецифический брыжеечный лимфаденит) различий выявлено не было. Исключение составили расстройства вегетативной нервной системы (вегетососудистая дистония), которая более, чем в 4 раза реже встречалась в подгруппе I основной группы, чем в группе сравнения — 7 ($12,1 \pm 4,3\%$) против 4 ($2,9 \pm 1,4\%$), $p = 0,0171$ и в подгруппе А группы сравнения, чем в подгруппе IA основной группы — 1 ($1,7 \pm 1,7\%$) против 6 ($14,6 \pm 5,6\%$), $p = 0,0180$.

Таблица 1 — Соматическая патология в анамнезе у женщин сравниваемых групп, n ($M \pm m$, %)

Соматическая патология (классы МКБ-10)	Основная группа ($n = 215$) ОГ			Группа сравнения (ГС) ($n = 58$)		Группа контроля (ГК) ($n = 87$)	p
	Подгруппа I основной группы (ОГ I) ($n = 138$)		Подгруппа II основной группы (ОГ II) ($n = 77$)	А ($n = 41$)	Б ($n = 17$)		
	IA ($n = 59$)	IB ($n = 79$)					
Класс IX Расстройства вегетативной нервной системы (вегетосудистая дистония)	1* (1,7 ± 1,7)	3 (3,8 ± 2,2)	3 (3,9 ± 2,2)	6 (14,6 ± 5,6)	1 (5,9 ± 5,9)	4 (4,6 ± 2,3)	ОГ I, ГС = 0,0171 IA, A = 0,0180
Класс XIV Хронический тубулоинтерстициальный нефрит	7* (11,9 ± 4,2)	9 (11,4 ± 3,6)	8 (10,4 ± 3,5)	0 (0 + 2,3)	2 (11,8 ± 8,1)	5 (5,8 ± 2,5)	IA, A = 0,0210

* Различия статистически значимы в сравнении с соответствующим показателем в подгруппе А группы сравнения, $p < 0,05$.

В классе XI «Болезни органов пищеварения» по отдельным нозологиям (хронический гастрит, хронический гастродуоденит, язва двенадцатиперстной кишки, дискинезия желчевыводящих протоков, камни желчного пузыря с холециститом) различий между основной группой, группой сравнения и группой контроля не выявлено.

При анализе патологии в сравниваемых группах в классе XIV «Болезни мочеполовой системы» (хронический тубулоинтерстициальный нефрит, камни почки и мочеточника, диффузный мезангиокапиллярный гломерулонефрит, острый цистит) достоверные различия были определены для хронического тубулоинтерстициального нефрита в анамнезе, который наблюдался статистически значимо чаще у пациентов подгруппы IA основной группы 7 (11,9 ± 4,2 %) в сравнении подгруппой А группы сравнения 0 (0 + 2,3 %) — в 11,9 раза, $p = 0,0210$.

По двум нозологическим единицам класса XII «Болезни кожи и подкожной клетчатки» (псориаз и узловая эритема) различий между основной, контрольной и группой сравнения не выявлено.

По заболеваниям класса XIII «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» (узлы (грыжа) Шморля, остеохондроз позвоночника, полиартрит, сколиоз грудного отдела позвоночника) достоверных различий между тремя группами в исследовании не выявлено.

В классе X «Болезни органов дыхания» (хронический тонзиллит, хронический фарингит, пневмония уточненная, острый бронхит) достоверных различий между всеми группами в исследовании не выявлено.

В классе I «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни» (энтерит, вызванный *Yersinia enterocolitica*, острый гепатит А, хронический вирусный гепатит В, хронический вирусный гепатит С) различия в сравниваемых группах были недостоверны.

При сравнительном анализе основной, группы сравнения и группы контроля по заболеваниям класса VII «Болезни глаза и его придаточного аппарата» различия были недостоверны (миопия слабой степени, миопия высокой степени, астигматизм, болезни сосудистой оболочки сетчатки (ангиопатия сетчатки), гиперметропия).

Женщины основной группы, группы сравнения и группы контроля были сопоставимы по заболеваниям класса III «Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм» (анемия и тромбоцитопения).

В связи с тесным взаимоопределяющим функционированием репродуктивной и эндокринной систем в организме женщины, влиянием заболеваний эндокринных органов на беременность, роды и лактацию эндокринная патология проанализирована отдельно. Заболевания органов эндокринной системы представлены таблице 2.



Таблица 2 — Заболевания органов эндокринной системы в анамнезе у женщин сравниваемых групп, $n (M \pm m, \%)$

Соматическая патология	Основная группа ($n = 215$) ОГ			Группа сравнения ($n = 58$) (ГС)	Группа контроля ГК ($n = 87$)		p	
	подгруппа I основной группы (ОГ I) ($n = 138$)		подгруппа II основной группы (ОГ II) ($n = 77$)		А ($n = 41$)	Б ($n = 17$)		
	IA ($n = 59$)	IB ($n = 79$)						
Класс IV и нарушения обмена веществ	Диффузный (эндемический) зоб, связанный с йодной недостаточностью	7 ⁽²⁾ (11,9 ± 4,2)	4 (5,1 ± 2,5)	5 (6,5 ± 2,8)	0 (0 + 2,3)	0 (0 + 5,0)	2 (2,3 ± 1,6)	ГС, ОГ I = 0,0186 IA, A = 0,0213
	Многоузловой (эндемический) зоб, связанный с йодной недостаточностью	0 (0 + 1,6)	1 (1,3 ± 1,3)	1 (1,3 ± 1,3)	0 (0 + 2,3)	0 (0 + 5,0)	0 (0 + 1,1)	—
	Тиреотоксикоз	0 (0 + 1,6)	0 (0 + 1,2)	1 (1,3 ± 1,3)	0 (0 + 2,3)	0 (0 + 5,0)	1 (1,1 ± 1,1)	—
	Гипотиреоз	2 (3,4 ± 2,4)	7 (8,9 ± 3,2)	1 (1,3 ± 1,3)	0 (0 + 2,3)	0 (0 + 5,0)	1 (1,1 ± 1,1)	ГС, ОГ I = 0,0393
	Аутоиммунный тиреоидит	3 (5,1 ± 2,9)	2 (2,5 ± 1,8)	0 (0 + 1,3)	0 (0 + 2,3)	1 (5,9 ± 5,9)	0 (0 + 1,1)	—
	Ожирение	6 (10,2 ± 4,0)	7 (8,9 ± 3,2)	10 (13,0 ± 3,9)	2 (4,9 ± 3,4)	3 (17,7 ± 9,5)	1 ^(1,3) (1,1 ± 1,1)	Б, ГК = 0,0134 ОГ, ГК = 0,0023
	Гиперпролактинемия	0 (0 + 1,6)	0 (0 + 1,2)	0 (0 + 1,3)	0 (0 + 2,3)	0 (0 + 5,0)	1 (1,1 ± 1,1)	—

Примечание. ⁽¹⁾ — различия статистически значимы в сравнении с соответствующим показателем в основной группе, $p < 0,05$; ⁽²⁾ — различия статистически значимы в сравнении с соответствующим показателем в подгруппе А группы сравнения, $p < 0,05$; ⁽³⁾ — различия статистически значимы в сравнении с соответствующим показателем в подгруппе Б группы сравнения, $p < 0,05$.

При анализе анамнеза пациентов сравниваемых групп по классу «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ» у женщин основной группы (ОГ) ожирение встречалось в 9,7 раза чаще, чем в группе контроля — соответственно 23 (10,7 ± 2,1 %) и 1 (1,1 ± 1,1 %), $p = 0,0023$. Также ожирение достоверно чаще встречалось в подгруппе Б группы сравнения, чем у женщин группы контроля — 3 (17,7 ± 9,5 %) и 1 (1,1 ± 1,1 %), $p = 0,0134$. Также следует отметить, что патология щитовидной железы, определяющая ее гипофункцию (диффузный (эндемический) зоб, связанный с йодной недостаточностью, и гипотиреоз) достоверно чаще выявлялась соответственно в ОГ I=11(8,0 ± 2,3 %) в сравнении с ГС=0 (0 + 1,6 %), $p = 0,0186$, касаясь гипотиреоза — в подгруппе IA=7 (11,9 ± 4,2 %) в сравнении с подгруппой A=0 (0 + 2,3 %), $p = 0,0213$ и в подгруппе ОГ I=9 (6,5 ± 2,1 %) против группы сравнения ГС=0 (0 + 1,6 %), $p = 0,0393$.

Заключение. В ходе исследования экстрагенитальной патологии у женщин с индуцированными родами было выявлено:

- наибольший удельный вес в структуре экстрагенитальной патологии у женщин с индуцированными родами занимают болезни мочеполовой системы и болезни эндокринной системы, расстройства питания;
- в структуре болезней мочеполовой системы достоверные различия были определены для хронического тубулоинтерстициального нефрита в анамнезе, который наблюдался статистически значи-



мо чаще у пациентов подгруппы IA основной группы 7 ($11,9 \pm 4,2$ %) в сравнении подгруппой A группы сравнения 0 ($0 + 2,3$ %) — в 11,9 раза ($p = 0,0210$);

- в классе болезней эндокринной системы, расстройств питания у женщин основной группы с индуцированными родами в 9,7 раза чаще, чем в группе контроля встречалось ожирение — соответственно 23 ($10,7 \pm 2,1$ %) и 1 ($1,1 \pm 1,1$ %) $p = 0,0023$. Также достоверно чаще ожирение встречалось в подгруппе Б группы сравнения, чем у женщин группы контроля — 3 ($17,7 \pm 9,5$) и 1 ($1,1 \pm 1,1$) $p = 0,0134$;

- патология щитовидной железы в структуре класса болезней эндокринной системы, расстройств питания, определяющая ее гипофункцию, — диффузный (эндемический) зоб, связанный с йодной недостаточностью, достоверно чаще — в 8 раз — выявлялся соответственно в ОГ I=11 ($8,0 \pm 2,3$ %) в сравнении с ГС=0 ($0 + 1,6$ %), $p = 0,0186$, касаясь гипотиреоза — в основной группе подгруппе IA=7 ($11,9 \pm 4,2$ %) в сравнении с группой сравнения подгруппой A=0 ($0 + 2,3$ %), $p = 0,0213$ в 11,9 раза и в подгруппе ОГ I=9 ($6,5 \pm 2,1$ %) против группы сравнения ГС=0 ($0 + 1,6$ %) более, чем в 6 раз чаще, $p = 0,0393$.

Таким образом, был изучен удельный вес различных заболеваний в структуре экстрагенитальной патологии у женщин с индуцированными родами, негативно влияющих на процессы дородовой перестройки в организме беременной, что приводит к неудовлетворительному уровню готовности к родам. Все перечисленное выше определяет у этого контингента беременных необходимость проведения индуцированных родов.

Литература

1. Methods of classification for women undergoing induction of labour: a systematic review and novel classification system / T. A. Nippita [et al.] // BJOG. — 2015. — Vol. 122, № 10. — P. 1284–1293.
2. Induction of labour indications and timing: A systematic analysis of clinical guidelines / D. Coates [et al.] // Women and Birth. — 2020. — Vol. 33, № 3. — P. 219–230.
3. Induction of Labor: An Overview of Guidelines / I. Tsakiridis, A. Mamopoulos, A. Athanasiadis, T. Dagklis // Obstet. Gynecol. Surv. — 2020. — Vol. 75, № 1. — P. 61–72.
4. Тесакова, М. Л. Готовность к родам: научные перспективы и практические возможности диагностики / М. Л. Тесакова // Охрана материнства и детства. — 2020. — № 1. — С. 78–90.
5. Характеристика различных методов индукции родов / С. Л. Воскресенский [и др.] // Охрана материнства и детства. — 2012. — № 1. — С. 29–35.
6. Новикова, О. Н. Индуцированные роды: исходы беременностей и родов, влияние на состояние новорожденных / О. Н. Новикова // Фундам. и клин. медицина. — 2018. — Т. 3, № 3. — С. 59–64.

Features of extragenital pathology in women delivered by induction of labor

Tesakova M. L.

*State Educational Institution «The Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education»,
Minsk, Republic of Belarus*

Chronic extragenital diseases in women negatively affect the development of pregnancy, disrupt the process of preparing the body of a pregnant woman for childbirth, and cause complications of the birth process. In women with induced labor, compared with women with physiological labor, chronic tubulointerstitial nephritis is 11.9 times more common ($p < 0.05$), and obesity is 9.7 times more common ($p < 0.05$). Diffuse (endemic) goiter associated with iodine deficiency was significantly more frequent—8 times ($p < 0.05$) — in the group of women with complicated induced labor compared to spontaneous complicated labor. Hypothyroidism was more than 11 times ($p < 0.05$) more often observed at the end of induced labor by caesarean section than in complicated spontaneous labor.

Keywords: extragenital pathology, induced labor, physiological labor, chronic tubulointerstitial nephritis, obesity, diffuse (endemic) goiter, hypothyroidism.

Поступила 23.06.2021

