

ИСХОДЫ РОДОВ У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РОСТА

Малолеткина О. Л., Русакевич П. С.

*Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Реферат. В статье представлен сравнительный анализ исходов родов и осложнений родоразрешения у женщин различного роста. Констатировано, что в условиях акселерации у женщин высокого роста наиболее часто диагностируется вторичная слабость родовой деятельности с родоразрешением и операцией кесарева сечения. У женщин ниже среднего роста спектр осложнений более обширный: первичная слабость родовой деятельности с неудачными попытками стимуляции родов медикаментозными средствами, острая гипоксия плода в родах и более частое абдоминальное родоразрешение. С уменьшением роста женщин наиболее часто в сравнительном аспекте наблюдался преждевременный разрыв плодных оболочек.

Ключевые слова: беременность, акселерация, осложнения родов, кесарево сечение.

Введение. Осложнения родов – это состояния и/или процессы, которые возникают в течение родов и влияют на их исходы [1]. Осложнения родов могут сопровождаться следующими нарушениями: изменениями сократительной

активности миометрия и кровотечениями, изменениями частоты сердечных сокращений плода и выходом мекония в амниотическую жидкость, патологическим состоянием пуповины, дистрессом плода во время родов и родоразрешения.

Причинами осложнений родов могут быть: сопутствующая экстрагенитальная патология, осложнения, возникшие во время беременности (воспалительные изменения органов малого таза, неправильное положение и предлежание плода и так далее), узкий таз, анатомические особенности родовых путей (изменение эластичности тканей с возрастом), возраст матери также рассматривается как предполагаемый фактор неблагоприятных исходов беременности и родов. По литературным данным мы не нашли осложнений родов, причиной которых являются антропометрические данные, в частности рост как показатель физического развития.

Общеизвестно, что в связи с процессами акселерации произошли изменения в сторону увеличения антропометрических показателей женщин, в частности роста. Прослеживается тенденция к увеличению количества женщин с более высоким ростом (167 см и выше) с 50,49 % в 2010–2011 гг. до 60,69 % в 2019–2020 гг. Наблюдаются достоверные отличия в массе и длине тела новорожденных обоих полов за 2010–2020 гг.: масса новорожденных мальчиков и девочек за 2019–2020 гг. достоверно больше массы новорожденных мальчиков и девочек за 2010–2011 гг. [2].

В процессе родов и рост, и физическое развитие пациентки имеют определенное значение. Увеличение группы женщин высокого роста и увеличение массы новорожденных не может не отразиться на осложнениях родов и родоразрешения. В отечественной и зарубежной литературе мы не нашли примеров влияния роста на развитие акушерской патологии. Это и определило цель нашего исследования.

Цель работы – провести сравнительный анализ исходов родов, осложнений родоразрешения, частоты оперативных вмешательств и показаний к оперативному родоразрешению у женщин разного роста.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ исхода родов и их осложнений у 770 пациенток, родоразрешившихся с 2011 по 2022 гг. в учреждениях здравоохранения «Клинический родильный дом Минской области», «Дзержинская центральная районная больница» и «Жодинская центральная городская больница».

Согласно данным ВОЗ (2012) общепризнана следующая рубрикация роста для женщин: карликовый – ниже 140 см, очень низкий 140–149,9 см, низкий – 150–157,9 см, ниже среднего – 158–162,9 см, средний – 163–166,9 см, выше среднего – 167 см и выше [3].

В соответствии с этим женщины по росту были разделены на 4 группы: А, В, С и D. В группу А вошли женщины (n=43), рост которых был определен как низкий; в группу В (n=103) – ниже среднего; в группу С включены женщины (n=232) среднего роста, и группу D (n=392) составили пациентки выше среднего роста (более 167 см).

Критерием включения женщин в исследование являлась доношенная одноплодная беременность.

Статистическая обработка материала осуществлялась с использованием прикладных компьютерных программ Microsoft Excel и STATISTICA (версия 10.0). Применяли непараметрические методы статистического анализа. Относительные величины (частота, удельный вес) представлены в виде $M \pm m$, где M – относительная величина, m – ошибка репрезентативности (стандартная ошибка). Сравнение качественных признаков проводили с применением точного критерия Фишера (Fisher exact, one-tailed) при значениях менее 30 и с поправкой Йейтса при значениях более 30 (Yates corrected Chi-square). Различия считали достоверными при значении $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В результате анализа исходов родов и осложнений родоразрешения у женщин высокого, среднего и низкого роста были получены следующие данные, представленные в таблице 1. Анализируя данные таблицы 1 установлено, что преждевременный разрыв плодных оболочек чаще наблюдался у женщин с низким ростом в группе А, чем у пациенток группы С (средний рост): 14 (32,6±4,7) и 39 (16,8±3,7) беременных соответственно ($p < 0,05$; $p = 0,017$).

При этом в группе В первичная слабость родовой деятельности встречалась чаще, чем в группах А и D: 21 (20,4±4,0), 3 (6,9±2,6) и 43 (10,9±3,1) беременных соответственно ($p < 0,05$).

В то же время вторичная слабость родовой деятельности встречалась чаще в группах А и D, чем в группе С: 5 (11,6±3,2) и 40 (10,2±3,0), 5 (2,2±1,5) пациенток соответственно ($p < 0,05$).

Манипуляции и операции, применяемые в родах у пациенток разного роста представлены в таблице 2. В группах А, В, С, D количество выполненных манипуляций и операций статистически значимо не различалось между собой ($p > 0,05$). Перечень показаний к операции кесарева сечения и их распределение по группам у пациенток представлены в таблице 3.

Таблица 1 – Осложнения родов у женщин разного роста, n (M±m, %)

Осложнения беременности, родов (код по МКБ-10)	A (n=43)	B (n=103)	C (n=232)	D (n=392)	P
О42.0 Преждевременный разрыв плодных оболочек	14 ^{***} (32,6±4,7)	25 (24,3±4,3)	39 (16,8±3,7)	81 (20,1±4,9)	A,C=0,0170
О62.0 Первичная слабость родовой деятельности	3 ^{**} (6,9±2,6)	21 [*] (20,4±4,0)	29 (12,5±3,3)	43 (10,9±3,1)	A,B=0,0350 B,D=0,0110
О62.1 Вторичная слабость родовой деятельности	5 ^{***} (11,6±3,2)	10 (9,7±2,9)	5 [*] (2,2±1,5)	40 (10,2±3,0)	A,C=0,0001 C,D=0,0003

Примечание: * Различия статистически значимы в сравнении с соответствующим показателем в группе D, p<0,05. ** Различия статистически значимы в сравнении с соответствующим показателем в группе B, p<0,05. *** Различия статистически значимы в сравнении с соответствующим показателем в группе C, p<0,05.

Таблица 2 – Манипуляции и операции, проведенные во время беременности и в начале первого периода родов, n (M±m, %)

Манипуляции, операции		A (n=43)	B (n=103)	C (n=232)	D (n=392)	P
Кесарево сечение	плановое	5 (11,6±3,2)	17 (16,5±3,7)	23 (9,9±2,9)	42 (10,7±3,1)	–
	экстренное	6 (13,9±3,5)	23 (22,3±4,2)	24 (10,3±3,1)	60 (15,3±3,6)	–
Амниотомия на 1–4 см раскрытия шейки матки		17 (39,5±4,9)	41 (39,8±4,9)	75 (32,3±4,7)	157 (40,1±4,9)	–

Таблица 3 – Показания к операции кесарева сечения, n (M±m, %)

Наименования показаний	A (n=43)	B (n=103)	C (n=232)	D (n=392)	P
О62.0 Первичная слабость родовой деятельности	0 ^{***} (0,0±0,8)	8 (7,8±2,7)	9 [*] (3,9±1,9)	22 (5,6±2,3)	
О62.1 Вторичная слабость родовой деятельности	4 (9,3±2,9)	2 (1,9±1,4)	3 (1,3±1,1)	19 (4,8±2,2)	A,C=0,013; C,D=0,036
О45.0 Преждевременная отслойка плаценты	0 (0,0±0,8)	1 (0,9±0,98)	4 (1,7±1,3)	3 (0,7±0,8)	–
О34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери (рубец на матке)	0 (0,0±0,8)	6 (5,8±2,4)	11 (4,7±2,1)	20 (5,1±2,2)	–
О32.1 Ягодичное предлежание плода	1 (2,3±1,5)	2 (1,9±1,4)	2 (0,9±0,9)	2 (0,5±0,7)	–
О33.3 Сужение выхода таза, приводящее к диспропорции, требующей предоставления медицинской помощи матери	1 (2,3±1,5)	3 (2,9±1,7)	1 (0,4±0,7)	3 (0,7±0,9)	–
О15.0 Эклампсия во время беременности	0 (0,0±0,8)	0 (0,0±0,5)	0 (0,0±0,3)	1 (0,2±0,5)	–
О32.2 Поперечное или косое положение плода	0 (0,0±0,8)	2 (1,9±1,4)	0 (0,0±0,3)	1 (0,2±0,5)	–

Окончание табл. 3

О36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери (хроническая гипоксия плода)	1 (2,3±1,5)	0 (0,0+0,5)	0 (0,0+0,3)	1 (0,2±0,5)	-
О36.6 Избыточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери (крупный плод)	1 (2,3±1,5)	1 (0,9±0,98)	1 (0,4±0,7)	9 (2,3±1,5)	-
О68.0 Острая гипоксия плода	4 (9,3±2,9)	10* (9,7±2,9)	16 (6,8±2,5)	13 (3,3±1,8)	B,D=0,01
О61 Неудачная попытка стимуляции родов медикаментозными средствами	2 (4,6±2,1)	5 (4,8±2,2)	2** (0,9±0,9)	7 (1,8±1,3)	B,C=0,031
Соматические заболевания, требующие исключения потуг (осложненная миопия высокой степени)	0 (0,0+0,8)	0 (0,0+0,5)	2 (0,9±0,93)	0 (0,0+0,25)	-
Вспомогательные репродуктивные технологии при осложненном акушерско-гинекологическом анамнезе	0 (0,0+0,8)	0 (0,0+0,5)	0 (0,0+0,3)	4 (1,0±1,0)	-
О26.7 Подвывих лонного сочленения во время беременности, родов и в послеродовом периоде	0 (0,0+0,8)	1 (0,9±0,98)	2 (0,9±0,93)	4 (1,0±1,0)	-

Примечание: * Различия статистически значимы в сравнении с соответствующим показателем в группе D, $p < 0,05$. ** Различия статистически значимы в сравнении с соответствующим показателем в группе B, $p < 0,05$. *** Различия статистически значимы в сравнении с соответствующим показателем в группе C, $p < 0,05$.

Как показывают данные таблицы 3, наиболее частыми показаниями для выполнения операции кесарева сечения в экстренном порядке были первичная и вторичная слабость родовой деятельности, рубец на матке (после выполненной миомэктомии или кесарева сечения в анамнезе), крупный плод, острая гипоксия плода в родах, неудачная попытка стимуляции родов медикаментозными средствами.

Вторичная слабость родовой деятельности чаще являлась показанием для операции кесарева сечения в группах А и D, чем в группе С: 4 (9,3±2,9) и 19 (4,8±2,2), 3 (1,3±1,1) пациентки соответственно ($p < 0,05$).

В группе В острая гипоксия плода чаще являлась показанием для операции кесарева сечения, чем в группе D: 10 (9,7±2,9) и 13 (3,3±1,8) беременных соответственно ($p < 0,05$; $p = 0,01$).

Неудачная попытка стимуляции родов медикаментозными средствами чаще являлась показанием для операции кесарева сечения

в группе В, чем в группе С: 5 (4,8±2,8) и 2 (0,9±0,9) пациентки соответственно ($p < 0,05$; $p = 0,031$).

Манипуляции и операции, проведенные в родах и в послеродовый период у женщин исследуемых групп представлены в таблице 4.

Анализ таблицы 4 показал, что в группе А ручное отделение и выделение последа выполняли чаще, чем в группах В, С, D: 4 (9,3±2,9) и 1 (0,9±0,98), 0 (0,0+0,3), 9 (2,3±1,5) беременных соответственно ($p < 0,05$). Также в группе D данную манипуляцию выполняли чаще, чем в группе С: 9 (2,3±1,5) и 0 (0+0,3) пациенток соответственно ($p < 0,05$; $p = 0,048$).

Вакуум-экстракция плода чаще выполнялась в группе А, чем в группах В и С: 3 (6,9±2,6), 0 (0,0+0,5) и 0 (0,0+0,3) женщин соответственно ($p < 0,05$). Разрыв слизистой влагалища чаще наблюдался в группе D, чем в группе С: 40 (10,2±3,0) и 11 (4,7±2,1) пациенток соответственно ($p < 0,05$; $p = 0,023$).

Таблица 4 – Манипуляции и операции, проведенные во втором и третьем периодах родов, n (M±m, %)

Наименования оперативных вмешательств	A (n=43)	B (n=103)	C (n=232)	D (n=392)	P
Эпизиотомия	6 (13,9±3,5)	6 (5,8±2,4)	23 (9,9±2,9)	40 (10,2±3,0)	–
Ручное отделение и выделение последа	4 ^{*,**,***} (9,3±2,9)	1 (0,9±0,98)	0 (0,0±0,3)	9 ^{***} (2,3±1,5)	A,B=0,0270; A,D=0,0310; A,C=0,0005; D,C=0,0480
Выскабливание полости матки	1 (2,3±1,5)	2 (1,9±1,4)	5 [*] (2,2±1,5)	7 (1,8±1,3)	–
Вакуум экстракция плода	3 ^{**} (6,9±2,6)	0 (0,0±0,5)	0 (0,0±0,3)	7 (1,8±1,3)	A,B=0,0240; A,C=0,0036

Примечание: * Различия статистически значимы в сравнении с соответствующим показателем в группе D, p<0,05. ** Различия статистически значимы в сравнении с соответствующим показателем в группе B, p<0,05. *** Различия статистически значимы в сравнении с соответствующим показателем в группе C, p<0,05.

Таблица 5 – Осложнения второго периода родов и раннего послеродового периода, n (M±m, %)

Наименование осложнений	A (n=43)	B (n=103)	C (n=232)	D (n=392)	P
Разрыв шейки матки 1-й степени	6 (13,9±3,5)	6 (5,8±2,4)	16 (6,8±2,5)	25 (6,4±2,4)	–
Разрыв слизистой влагалища	3 (6,9±2,6)	8 (7,8±2,7)	11 (4,7±2,1)	40 ^{**} (10,2±3,0)	D,C=0,023
Разрыв промежности 1-й степени	0 (0,0±0,8)	3 (2,9±1,7)	2 [*] (0,9±0,9)	13 (3,3±1,8)	–
Раннее гипотоническое кровотечение	0 (0,0±0,8)	0 (0,0±0,5)	2 (0,9±0,93)	0 (0,0±0,25)	–

Примечание: * Различия статистически значимы в сравнении с соответствующим показателем в группе B, p<0,05. ** Различия статистически значимы в сравнении с соответствующим показателем в группе C, p<0,05.

Заключение.

1. За последние 10 лет (2010–2020 гг.) чаще наблюдаются следующие осложнения родов и родоразрешения:

- у женщин группы А (низкий рост) чаще, чем в других группах констатировали преждевременный разрыв плодных оболочек;
- разрыв слизистой влагалища чаще наблюдался в группе D (женщины высокого роста), чем в группе С;
- у женщин, рост которых был определен как выше среднего (группа D), чаще диагностируется вторичная слабость родовой деятельности, которая и является наиболее частым показанием для операции кесарева сечения;

– у женщин группы В (рост ниже среднего) более часто, чем в других группах, встречаются: первичная слабость родовой деятельности, острая гипоксия плода, неудачная попытка стимуляции родов медикаментозными средствами, которые и являлись показанием для выполнения операции кесарева сечения.

2. За последние 10 лет (2010–2020 гг.) чаще выполнялись следующие манипуляции и операции в родах и в послеродовый период:

- операция кесарева сечения в плановом порядке и по экстренным показаниям проводилась чаще в группе В, чем в группах А, С и D;
- ручное отделение и выделение последа чаще выполняли в группах А и D, чем в группах В и С.



Список цитированных источников

1. Чернуха, Е. А. Современные методы исследования во время беременности и родов / Е. А. Чернуха // Родовой блок : руководство для врачей / Е. А. Чернуха; под ред. В. А. Голубева. – Москва, 2003. – Гл. 2. – С. 65–158.
2. Малолеткаина, О. Л. Динамика изменения во времени основных антропометрических показателей физического развития беременных женщин и их новорожденных / О. Л. Малолеткаина // Сборник ГУ «РНПЦ «Мать и дитя»» «Современные перинатальные медицинские технологии в решении проблем демографической безопасности». – 2021. – № 14 . – С. 195–205.
3. Wighton, K. Dutch men and Latvian women are now the tallest in the world, height study reveals. Where do you stand on the global height chart? [Электронный ресурс] / К. Wighton. – 2016. – Режим доступа: <https://www.imperial.ac.uk/news/173634/dutch-latvian-women-tallest-world-according>. – Дата доступа: 03.07.2021.

Birth outcomes in women depending on height

Maloletkina O. L., Rusakevich P. S.

Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus

The article presents a comparative analysis of the outcomes of childbirth and complications of delivery in women of different heights. It was stated that in conditions of acceleration in tall women, secondary weakness of labor activity with cesarean section delivery is most often diagnosed. In women of lower than average height, the spectrum of complications is more extensive: primary weakness of labor with unsuccessful attempts to stimulate labor with medications, acute fetal hypoxia during childbirth and more frequent abdominal delivery. With a decrease in the height of women, premature rupture of the membranes was most often observed in a comparative aspect.

Keywords: pregnancy, acceleration, complications of childbirth, cesarean section.