

Н.Н. Медведева

**АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ И СОМАТИЧЕСКИЙ
АНАМНЕЗ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН РАЗНОГО РОСТА**

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. О.В. Прибушеня

РНПЦ «Мать и дитя», г. Минск

УЗ «Клинический родильный дом Минской области», г. Минск

N.N. Medvedeva

**OBSTETRIC, GYNECOLOGICAL AND SOMATIC ANAMNESIS
OF PREGNANT WOMEN OF DIFFERENT HEIGHTS**

Tutor: professor O.V. Pribushenya

RSPC "Mother and Child", Minsk

Health care institution " Clinical Maternity Hospital of the Minsk region ", Minsk

Резюме. Рост беременной женщины оказывает значимое влияние на течение беременности и ее исход. Знание особенностей акушерско-гинекологического и соматического анамнеза беременных женщин в зависимости от роста позволяет своевременно проводить профилактику осложнений беременности и улучшить перинатальные исходы.

Ключевые слова: рост, беременность, осложненный акушерский анамнез, самопроизвольный аборт, аномалии таза, анемия, артериальная гипертензия, болезни вен, пиелонефрит

Resume. The height of a pregnant woman has a significant impact on the course of pregnancy and its outcome. Knowledge of the peculiarities of the obstetric-gynecological and somatic anamnesis of pregnant women, depending on their height, allows for timely prevention of pregnancy complications and improvement of perinatal outcomes.

Keywords: growth, pregnancy, complicated obstetric history, spontaneous abortion, pelvic abnormalities, anemia, arterial hypertension, venous disease, pyelonephritis

Актуальность. Рост – это антропометрический признак, который формируется под влиянием генетических и эпигенетических факторов [1]. Установлена связь между ростом матери и рядом неблагоприятных исходов беременности и родов [2, 3]. Учитывая межпопуляционные и внутрипопуляционные различия в росте, важно изучать акушерско-гинекологические особенности, характерные для беременных женщин в Республике Беларусь.

Цель: установить особенности акушерско-гинекологического и соматического анамнеза беременных женщин в зависимости от роста.

Задачи:

1. Изучить акушерско-гинекологический анамнез беременных женщин различной ростовой категории.
2. Изучить особенности соматического статуса беременных женщин в зависимости от роста.

Материалы и методы. В исследование были включены женщины, родившие в учреждении здравоохранения «Клинический родильный дом Минской области» в 2020 году. Данные для анализа были получены из истории родов форма № 096/у. Статистическая обработка проводилась с использованием программного обеспечения Statistica10.

Результаты и их обсуждение. В группу исследования вошли 3705 женщин. Значение среднего роста составило $166 \text{ см} \pm 5,9 \text{ см}$.

Для изучения акушерско-гинекологического и соматического анамнеза беременных женщин в зависимости от роста, мы выделили 3 группы:

- группа 1 - низкорослые женщины ниже 154 см ($M-2 \text{ SD}$) - 65 беременных
- группа 2 – женщины среднего роста ($-2 \text{ SD} < +2 \text{ SD}$) - 3553 беременных
- группа 3 – высокие женщины выше 177 см ($M+2\text{SD}$) - 87 беременных.

Акушерский анамнез:

При анализе акушерского анамнеза не было выявлено статистически значимых различий между группами по количеству первобеременных женщин, при этом в группе высоких женщин реже встречались пациенты, для которых текущая беременность была четвертая или более $\text{ОШ}_{1-2}=3, 95\% \text{ ДИ } (1,3-6,4)$, $\text{ОШ}_{1-3}=4, 95\% \text{ ДИ } (1,6-10)$.

Хотя нам не удалось обнаружить различий между группами по количеству родов в анамнезе, следует отметить, что среди высоких женщин доля первородящих составила 50%, а доля многорожавших - 17%. В то же время в группах низкорослых и женщин среднего роста распределение беременных по категориям первородящая, повторнородящая и многорожавшая было примерно одинаковым.

Обратило на себя внимание то, что у низкорослых женщин чаще отмечается более одного эпизода погибшего плодного яйца в анамнезе по сравнению с женщинами среднего роста $\text{ОШ}_{1-2}=3,5, 95\% \text{ ДИ } (1,2-10)$.

По количеству медицинских аборт, внематочных беременностей и самопроизвольных абортов в анамнезе статистически значимых различий между группами выявлено не было.

Статистический анализ доли женщин с осложненным акушерским анамнезом в виде рубца на матке (ОАА (рубец на матке)) не выявил значимых различий между группами исследования, однако следует учесть, что образование рубца на матке возможно как в результате предшествовавшего кесарева сечения (КС), так и в результате имевшихся в анамнезе гинекологических операций (миомэктомия). Дальнейший анализ показал, что миомэктомия была выполнена 16 женщинам (14 беременных из группы 2 и 2 беременные из группы 3). Мы добавили новую переменную для анализа - ОАА (рубец на матке в результате предшествующего КС) и получили статистически значимые различия между группами исследования (таблица 4) $\text{ОШ}_{1-3}=3,2, 95\% \text{ ДИ } (1,3-8,1)$.

Гинекологические заболевания

При статистическом анализе таких гинекологических патологий как аномалии развития половых органов, рубцовая деформация шейки матки, миома матки, эндометриоз, бесплодие с применением методов экстракорпорального оплодотворения, воспалительные заболевания шейки матки, влагалища и вульвы различий между группами выявлено не было.

Статистически значимые различия между группами обнаружены в частоте встречаемости аномалий таза, к которым отнесены общеравномерносуженный таз (ОРСТ), поперечносуженный таз, кососмещенный таз, простой плоский таз, симфизит, симфизиопатия. Доля низкорослых женщин с аномалиями таза составляет 23%, женщин среднего роста с аномалиями таза – 4%, доля высоких женщин с

аномалиями таза – 2%, $ОШ_{1-2}=7,8$, 95% ДИ (4,3-14,2), $ОШ_{1-3}=12,8$, 95% ДИ (2,8-58). Единственной нозологией, встречающейся у высоких женщин, был симфизит. У женщин среднего роста в 43% случаев встречался ОРСТ, в 33% случаев – поперечносуженный таз, в 17% случаев – симфизиопатия. Для низкорослых женщин основной нозологической единицей аномалий таза был ОРСТ – 87%, по 6,5% приходилось на поперечносуженный таз и симфизиопатию (рисунок 1).

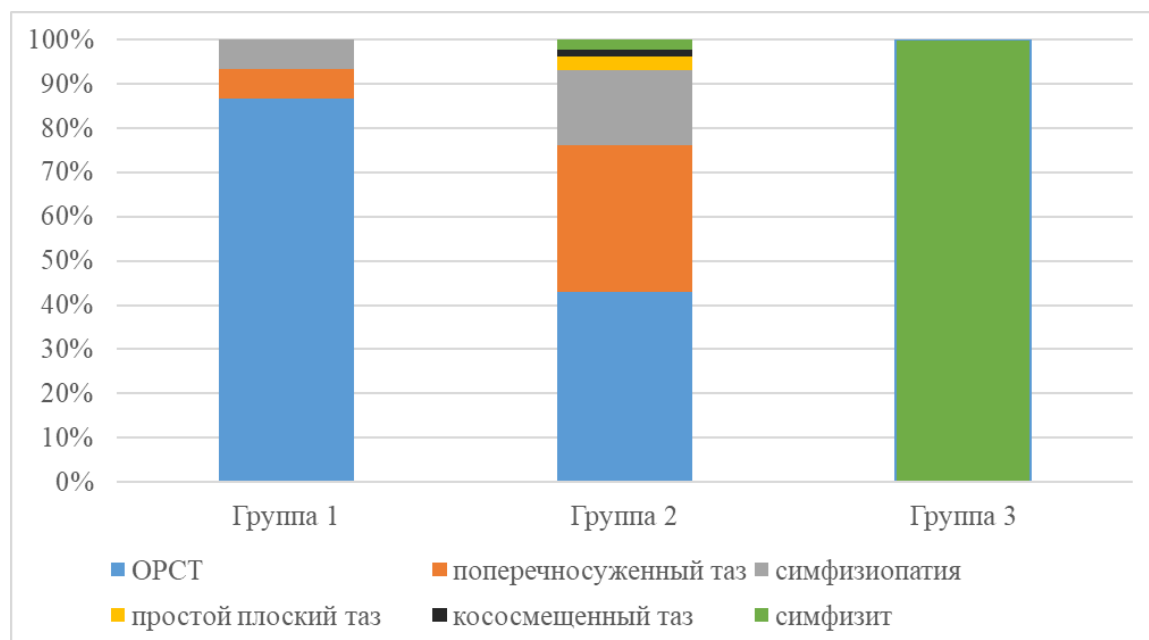


Рис. 1 – Соотношение различных нозологий аномалий таза в группах исследования

Сопутствующая патология. Нами была проанализирована наиболее часто встречающаяся сопутствующая патология у беременных. На первом месте по частоте выявления у женщин из групп исследования находятся болезни крови и кроветворных органов, представленные анемией. Удельный вес анемии среди всех женщин составил 35%. Удалось обнаружить статистически значимые различия между группами 1 и 2 по доле беременных с анемией $ОШ_{1-2}=2$, 95% ДИ (1,2-3,2).

Доля болезней системы кровообращения составила 9% и не отличалась между группами. Болезни системы кровообращения представлены малыми аномалиями сердца, врожденными пороками развития сердца, нарушениями ритма, ишемической болезнью сердца, хронической ревматической болезнью сердца. В силу достаточного количества наблюдений и значимости патологии артериальная гипертензия (АГ) и болезни вен были проанализированы отдельно.

АГ включает в себя существовавшую до беременности и впервые возникшую до 22 недель гестации. Статистически значимых отличий между группами выявлено не было, но обращает на себя внимание тот факт, что по мере перехода к группе женщин с более высоким ростом увеличивается доля беременных с АГ.

Болезни вен включают в себя варикозное расширение вен нижних конечностей, геморрой, тромбофлебит. Несмотря на то, что рассчитанный уровень значимости не позволяет утверждать об обнаружении статистически значимых различий, следует отметить, что доля беременных с болезнями вен возрастает в группе женщин среднего роста по сравнению с низкорослыми и достигает наибольшего значения в

группе высоких беременных.

Болезни эндокринной системы в большинстве случаев представлены патологией щитовидной железы. Статистически значимых различий между наиболее часто встречающимися нозологиями выявлено не было. Аутоиммунный тиреоидит встречался среди всех обследованных беременных в 6% случаев, многоузловой зоб в 4%, распространенность гипотиреоза составила 13%.

Наиболее часто встречающимися у беременных болезнями мочевой системы были пиелонефрит (хронический и гестационный), инфекция мочевыводящих путей (ИМВП), мочекаменная болезнь (МКБ). Статистически значимые различия между группами удалось обнаружить по количеству беременных с пиелонефритом. Доля женщин с пиелонефритом в группе 1 - 11%, в группе 2 – 5%, в группе 3 – (1%) ОШ₁₋₃=10,4, 95% ДИ (1,2-86,6). Нам удалось обнаружить статистически значимую слабую отрицательную корреляцию ($r=-0,03$, $p=0,04$) между ростом беременных и наличием у них пиелонефрита. Доля женщин с ИМВП и МКБ между группами статистически значимо не отличалась.

Анализ долей беременных с миопией, спаечным процессом органов брюшной полости, острыми респираторными инфекциями показал отсутствие статистически значимых различий между группами сравнения.

Выводы:

1. У беременных женщин низкого роста чаще встречается ОАА, представленный погибшим плодным яйцом и рубцом на матке в результате предшествующего КС. При составлении плана родов необходимо учитывать высокую распространенность аномалий таза среди низкорослых женщин.

2. Высокий рост беременной женщины является фактором риска развития АГ и болезней вен, в то время как низкий рост – это фактор риска развития анемии и пиелонефрита. Полученные данные обуславливают важность индивидуального подхода к ведению беременности и родов у женщин в зависимости от роста.

Литература

1. Root A.W. Genetic Regulation of Adult Stature in Humans. J Clin Endocrinol Metab. 2020; 105(7). doi:<10.1210/clinem/dgaa210>
2. Marshall N.E., Biel F.M., Boone-Heinonen J., et al. The Association between Maternal Height, Body Mass Index, and Perinatal Outcomes. Am J Perinatol. 2019; 36(6): 632-640. doi:<10.1055/s-0038-1673395>
3. Hahn K.A., Hatch E.E., Rothman K.J., et al. Body size and risk of spontaneous abortion among danish pregnancy planners. Paediatr Perinat Epidemiol. 2014; 28(5): 412-423. doi:<10.1111/ppe.12142>