

# АНАЛИЗ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, ПРИВОДЯЩИХ К ЗАДЕРЖКЕ РОСТА ПЛОДА

Лазаретова М. Л.

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Эйныш Е. А.

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель

**Резюме.** Задержка роста плода (ЗРП) – это тяжелое осложнение беременности, характеризующееся отклонением массы плода от нормальных показателей и связанное с высокой перинатальной заболеваемостью и смертностью.

**Ключевые слова:** задержка роста плода, факторы риска, гинекологическая и акушерская патология.

**Актуальность.** Необходимость анализа материнских факторов риска задержки роста плода (ЗРП), включая ранние и поздние, для совершенствования профилактики данного осложнения беременности [3].

**Цель:** определение и анализ факторов риска развития задержки роста плода, связанных с акушерско-гинекологической, экстрагенитальной патологией, возрастом и образом жизни беременных женщин.

## Задачи:

1. Оценить частоту гинекологических заболеваний, инфекций, передающихся половым путем у пациенток с задержкой роста плода.

2. Проанализировать частоту эндокринных и метаболических нарушений.

3. Изучить частоту отягощенного акушерского анамнеза, осложнений предыдущих беременностей и наличия ЗРП в анамнезе у пациенток с задержкой роста плода.

**Материалы и методы.** Проведён проспективный анализ осложнённой беременности у 50 пациенток, которым во время беременности был

выставлен диагноз ЗРП (группа 1) и проспективный анализ осложнений беременности у 50 пациенток, родивших ребёнка с нормальной массой тела (группа 2). Изучены: возраст матери, особенности образа жизни (вредные привычки), особенности менструального цикла, наличие сопутствующей гинекологической и соматической патологии, акушерский анамнез и детородная функция. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием прикладной программы «Excel 16». Для оценки качественных признаков приведены медиана, 25 и 75 квартили, для оценки количественных различий – значение Хи-квадрата. Различия считались значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** Медианы возраста для 1 и 2 групп составили 27 лет (23, 31) и 28 лет (26, 32). Группа пациенток с ЗРП имела более «молодой» нижний квартиль (23 года), группа пациенток с нормальной массой плода включала пациенток с более широким возрастным диапазоном (19 - 47 лет).

Из особенностей образа жизни пациентки обеих групп отмечали курение до и во время беременности. Однако частота курение была значительно выше у пациенток группы 2 - 20 пациенток (40,0%) в сравнении с 7 пациентками (14,0%) группы 1 (Хи-квадрат=8,57;  $p=0,0034$ ). В группе нормы больше курящих, это объясняется тем, что пациентки в группе с ЗРП имели большее количество гинекологических и акушерских осложнений в анамнезе, планировали беременность и проходили прегравидарную подготовку.

Возраст менархе в группах значительно не отличался и составил 13 (11,14) и 13 (11,17) лет соответственно. Однако в группе пациенток с ЗРП раннее начало менструаций ( $\leq 10$  лет) наблюдалось у 12 (24%) девочек, в группе с нормальной массой плода у 2 (4,0%), (Хи-квадрат=9,46;  $p=0,002$ ), что указывает на сдвиг в сторону более раннего начала менструации в группе с ЗРП. Позднее начало менструации в группе патологии не было выявлено. В группе нормы у одной

пациентки возраст начала менструации составил 17 лет. Регулярный менструальный цикл с нормальными параметрами наблюдался с одинаковой частотой в обеих группах: у 45 (90,0%) пациенток 1 группы против 47 (94,0%) пациенток 2 группы (Хи-квадрат= 0,54;  $p=0,46$ ).

Гинекологическая патология в анамнезе выявлена у 41 (82,0%) пациенток с ЗРП и у 25 (50,0%) пациенток, родивших детей с нормальной массой тела (Хи-квадрат=11,4;  $p=0,0007$ ). Наиболее распространенной гинекологической патологией у пациенток обеих групп была эктопия призматического эпителия шейки матки, частота которой значительно не отличалась. В структуре гинекологической патологии у пациенток с ЗРП (таблица 1) значительно чаще были выявлены воспалительные заболевания женских половых органов (Хи-квадрат=3,85;  $p=0,05$ ), в том числе вызванные инфекциями, передаваемыми половым путем (Хи-квадрат=5,26;  $p=0,022$ ), а также операции на матке (Хи-квадрат=4,2;  $p=0,04$ ).

**Табл. 1.** Структура гинекологической патологии у пациенток исследуемых групп

Патология	Группа 1	Группа 2	Хи-квадрат, p
Эктопия эпителия шейки матки	24 (48%)	19 (38%)	1,05; 0,3
Операции на шейке матки	3 (6%)	1 (2%)	1,0; 0,3
Миома матки, эндометриоз	8 (16%)	6 (12%)	0,32; 0,57
Киста яичника	3 (6%)	3 (6%)	0; 1
Апоплексия яичника	0 (0%)	2 (4%)	2,04; 0,153

Продолжение таблицы 1

Патология	Группа 1	Группа 2	Хи-квадрат, р
Синдром поликистозных яичников	3 (6%)	0 (0%)	3,1; 0,08
Инфекции, передающиеся половым путем	5(10%)	0 (0%)	5,26; 0,02
Вагинит, хронический цервицит, аднексит	6 (12%)	1 (2%)	3,85; 0,05
Бесплодие в анамнезе	2 (4%)	0 (0%)	2,0; 0,15
Оперированная матка (рубец на матке, гистерорезектоскопия, полипэктомия)	4 (8%)	0 (0%)	4,2; 0,04
Узловая мастопатия молочных желез	1 (2%)	0 (0%)	1; 0,32

Отсутствие экстрагенитальных заболеваний характеризовало 20 (40,0%) пациенток контрольной группы и не выявлялось у женщин с ЗРП (Хи-квадрат = 25;  $p < 0,001$ ). Эндокринная патология выявлена у 13 (26,0%) пациенток с ЗРП и у 4 (8%) женщин, родивших детей с нормальной массой тела (Хи-квадрат=5,56;  $p=0,02$ ). Метаболические нарушения - ожирение, анемия, сахарный диабет - определялись у 12 (24,0%) пациенток с ЗРП и не встречались в группе сравнения (Хи-квадрат=13,6;  $p < 0,001$ ). Заболевания органов зрения

наблюдались у 17 (34,0%) женщин с ЗРП и только у 4 (8,0%) в контрольной группе (Хи-квадрат=8,24;  $p=0,004$ ). Полученные данные указывают на то, что соматическая отягощенность и дисфункция эндокринно-метаболического звена матери играют существенную роль в патогенезе задержки роста плода, способствуя развитию плацентарной недостаточности и нарушению трофики плода. Структура экстрагенитальной патологии у пациенток исследуемых групп представлена в таблице 2.

Табл. 2. Структура экстрагенитальной патологии у пациенток исследуемых групп

Патология по системам	Группа 1	Группа 2	Хи-квадрат, р
ЖКТ	13 (26%)	15 (30%)	0,2; 0,66
Мочевыделительная	8 (16%)	7 (14%)	0,078; 0,78
Сердечно-сосудистая система	10 (20%)	5 (10%)	1,96; 0,16
Патология ЛОР органов и дыхательная система	11 (22%)	5 (10%)	2,7; 0,1

Продолжение таблицы 2

Нервная система	6 (12%)	2 (4%)	2,1; 0,15
Органы зрения	17 (34%)	4 (8%)	10,2; 0,0014
Эндокринная (ЩЖ)	13 (26%)	4 (8%)	5,74; 0,017
Метаболическая (НЖО, СД, анемия)	12 (24%)	0 (0%)	13,64; 0,0002
Иммунно-аллергическая	4 (8%)	2 (4%)	0,68; 0,4
Патология отсутствует	0 (0%)	20 (40%)	25,0; p<0,001

При сравнительном анализе акушерского анамнеза выявлено, что у пациенток 1 группы в 21 случае (42,0%) наблюдалась первая беременность в сравнении с 18 (36,0%) пациентками 2 группы (Хи-квадрат=0,39, p=0,53). Три и более беременности в анамнезе были у 14 пациенток (28,0%) и у 15 пациенток (30,0%) соответственно (Хи-квадрат=0,048, p=0,83). В группе пациенток с ЗРП чаще встречается отягощенный акушерский анамнез – у 19 пациенток (38,0%) против 7 (14,0%), (Хи-квадрат=7,5; p=0,006). У 2 пациенток 1 группы (4,0%) в анамнезе наблюдалось рождение плода с задержкой роста (Хи-квадрат=20; p=0,15).

#### Выводы:

1. Пациентки обеих групп находились в оптимальном для деторождения возрасте. Медианные значения возраста составили 27 лет для группы с ЗРП и 28 лет. Значимых различий по возрасту между группами не выявлено, что позволяет считать обе группы сопоставимыми по данному параметру.

2. Для пациенток с задержкой роста плода характерна более низкая частота курения (p=0,0034), что, ве-

роятно, связано с более ответственным подходом к планированию беременности, и наличием у этих женщин гинекологических и акушерских осложнений в анамнезе, требовавших наблюдения и коррекции.

3. Раннее начало менструального цикла чаще встречалось у пациенток с ЗРП (p=0,002). Это может указывать на гормональные и эндокринно-метаболические особенности организма, предрасполагающие к нарушениям формирования плацентарного комплекса и развитию ЗРП в дальнейшем.

4. Гинекологические заболевания значимо чаще были выявлены у пациенток с задержкой роста плода (0,0007). В структуре гинекологической патологии у пациенток с ЗРП значимо чаще были выявлены воспалительные заболевания женских половых органов (p=0,05), в том числе вызванные инфекциями, передаваемыми половым путем (p=0,022), а также операции на матке (p=0,04), что свидетельствует о возможном нарушении функции эндометрия и трофики плаценты как механизма формирования ЗРП.

5. Для пациенток с задержкой роста плода характерна высокая ча-

стота эндокринных ( $p=0,017$ ) и метаболических нарушений ( $p < 0,001$ ), что свидетельствует и дисфункции эндокринно-метаболического звена матери и играет существенную роль в патогенезе задержки роста плода, способствуя развитию плацентарной недостаточности и нарушению трофики плода.

6. Высокая частота отягощенного акушерского анамнеза у пациен-

ток с ЗРП ( $p=0,006$ ), наличие осложнений предыдущих беременностей, операций и ЗРП в анамнезе свидетельствует о комплексном патогенезе задержки роста плода и наличии не устраненных ее причин при подготовке к настоящей беременности.

### Литература

1. Blue, N.R. Recurrence Risk of Fetal Growth Restriction: Management of Subsequent Pregnancies / N.R. Blue, J.M. Page, R.M. Silver // *Obstet Gynecol Clin North Am.* – 2021. -Vol. 48(2). - P. 419-436. doi: 10.1016/j.ogc.2021.03.002. PMID: 33972075.
2. Fetal growth restriction. ACOG Practice Bulletin No. 227. American College of Obstetricians and Gynecologists // *Obstet Gynecol.* - 2021. -Vol.137. -P. 16-28.
3. Посисеева, Л.В. М.В. Задержка роста плода: причины и факторы риска / Л.В. Посисеева, О.Ю. Киселева, М.В. Глик // *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение.* - 2021. - Т. 9, № 2. - С. 92-99.

## ANALYSIS OF ANAMNESTIC FACTORS LEADING TO FETAL GROWTH RESTRICTION

*Lazaretova M. L.*

*Tutor: PhD, associate professor Einysh E. A.  
Gomel State Medical University, Gomel*

**Resume.** Fetal Growth Restriction (FGR) is a serious pregnancy complication characterized by a deviation of fetal weight from normal standards and is associated with high rates of perinatal morbidity and mortality.

**Keywords:** fetal growth restriction, risk factors, gynecologic and obstetric pathology.