

УДК 618.2-007.21+618.4-007.21

© Л. Г. Назаренко, Е. В. Тарусина, 2013.

ОБ АКУШЕРСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ АСПЕКТАХ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ ТИПОЛОГИИ

Л. Г. Назаренко, Е. В. Тарусина

Кафедра генетики та медицини плода (зав. – професор Л. Г. Назаренко), Харківська медична академія післядипломної освіти; Комунальний заклад охорони здоров'я «Міський клінічний пологовий будинок №6»; 61075, Україна, м. Харків, вул. Луї Пастера, 2; E-mail: Kh_6_pologovy@ukr.net

ABOUT OBSTETRIC AND PERINATAL ASPECTS OF CONSTITUTIONAL TYPOLOGY
L. G. Nazarenko, O. V. Tarusina

SUMMARY

We have studied the peculiarities of pregnancy and childbirth in women of small height (under 155 cm). The incidence of hypoxic-ischemic lesions of the fetus, birth injuries, obstetric injuries and obstetric operations in such women are 2-10 times higher than the population values. We have made conclusions about appropriateness of the individual typological approach in modern obstetric clinics.

ПРО АКУШЕРСЬКІ ТА ПЕРИНАТАЛЬНІ АСПЕКТИ КОНСТИТУЦІОНАЛЬНОЇ ТИПОЛОГІЇ
Л. Г. Назаренко, О. В. Тарусіна

РЕЗЮМЕ

Проведено дослідження особливостей перебігу вагітності та пологів у жінок з низьким ростом (менш за 155 см). Встановлено, що частота гіпоксично-ішемічних уражень плода, пологових травм, акушерського травматизму, рівня оперативних розроджень у таких жінок є в 2-10 разів вищою за популяційну. Зроблено висновок про доцільність розвитку індивідуально-типологічного підходу в сучасній акушерській клініці.

Ключевые слова: низкий рост, беременность, роды.

Интеграция современного врача в системную 4P-медицину (P4 Medicine: a predictive, personalized, preventive and participatory approach to medicine), то есть медицину предсказывающую, персонализированную, предупреждающую и участвующую, открывающую новый подход к медицинскому обслуживанию и обеспечению в 21 веке, предусматривает построение простых гипотез о состоянии здоровья индивидуума и заболеваниях, понимание той доли ответственности, которая потребует от пациента для поддержания собственного здоровья. В этой связи закономерна и актуальна для акушерской клиники новая волна интереса к вопросам конституциональной типологии, развитию представлений о том, что учение о патологии беременности должно основываться на логике конституционального подхода к особенностям индивида.

В результатах исследований, посвящённых взаимосвязи конституции матери, течения у неё гестационного процесса и состояния внутриутробного плода, проведенных в конце 20 века – начале 21, отразились акселерационные изменения, затронувшие большинство регионов на постсоветском пространстве. Они проявились, в частности, увеличением в когортах женщин, родившихся до 1985 г., длины тела матерей и их новорождённых при относительном или абсолютном снижении массы тела младенцев и

ширины таза женщин, повышении доли хоморфности телосложения [1]. Однако в последнее десятилетие ситуация изменилась, и на Украине наметилась противоположная тенденция изменений роста – относительное увеличение в репродуктивной когорте доли низкорослых женщин. Вероятно, в этом проявляется общеизвестная закономерность (реальностью которой в современной Украине невозможно пренебречь), согласно которой средний рост популяции зависит от качества питания, и недоедание, недостаток белков в диете ведут к уменьшению среднего роста [3]. Согласуются с этим и данные об увеличении в 4 раза низкорослых детей и подростков в России за последние 10 лет, что совпадает с замедлением физического, нервно-психического и репродуктивного здоровья на популяционном уровне [1]. Связь между предрасположенностью низкорослых пациентов к геморрагическим цереброваскулярным заболеваниям с одной стороны, с событиями пренатального онтогенеза с другой, доказанная в рамках теории внутриутробного программирования, побуждает исследовать акушерские и перинатальные перспективы миниатюрных женщин, а в последующем направить взгляд и на детей, рождённых такими женщинами, задуматься о том, что нужно сделать для этих пациентов, чтобы облегчить возможные риски [5].

Низкий рост женщины на протяжении многих лет традиционно рассматривается как фактор риска акушерской и перинатальной патологии, главным образом, в контексте диспропорции таза матери и головки плода, ассоциированных травматических, гипоксических осложнений. Новые данные о том, что низкий рост матери является более значимым фактором неблагоприятного перинатального прогноза, чем образ жизни и уровень достатка, сведения о 7-кратном риске выкидышей и мертворождений у женщин с ростом 150 см по сравнению с имеющими рост 160 см побуждают глубже и подробнее рассмотреть особенности гестационного процесса в связи с ростом беременной в когорте украинских рожениц.

В отечественных классификационных подходах к оценке степени перинатального риска граничным является рост 155 см, в зарубежных – 157 см (в соответствии с Institute of Medicine Criteria), что в целом не несёт противоречий, поскольку общепринятая рубрикация длины тела человека относит к низкому росту женщин 150-158 см, с колебаниями данного показателя в зависимости от расовой принадлежности, этнических групп [4, 5]. В связи с актуальностью уточнения роли низкого роста матери как возможного фактора риска акушерской и перинатальной патологии в современной когорте украинских женщин, объектом нашего внимания стал вопрос об особенностях течения беременности и родоразрешения миниатюрных женщин.

Целью настоящего исследования было определить, в какой мере может влиять на частоту осложнённой беременности и родов низкий рост практически здоровой женщины.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Работа выполнена в виде популяционного исследования. Из сплошной когорты женщин, завершивших беременность в 2012 г. в Коммунальном учреждении здравоохранения «Городской клинический родильный дом № 6 г. Харькова» (1977 человек), отобрано 98 рожениц с ростом менее 155 см, что составило 5,0% (основная группа). В качестве относительного популяционного контроля использованы суррогатные показатели, рассчитанные для всей когорты.

Учитывая, что короткорослость может быть симптомом многочисленных медицинских осложнений и проблем, имеющих самостоятельное значение для исхода беременности, критериями исключения из исследования стали костные скелетные аномалии, заболевания почек, бронхиальная астма, ювенильный ревматоидный артрит, воспалительные заболевания гепатобилиарной системы и желудочно-кишечного тракта, гипотиреозидизм. Пациенток с генетическими заболеваниями, связанными с дефицитом гормона роста, в исследуемой когорте не было.

При обеспечении сплошного тестирования всех пациенток стационара на недифференцированную

дисплазию соединительной ткани (НДСТ) по методике Л. Н. Фоминой было установлено наличие клинически значимого диспластичного фенотипа у 56,0% женщин с низким ростом (56 человек). Эта величина почти вдвое выше популяционного показателя (29,4%), что уже в общем представлении привлекло внимание к низкому росту как явлению, ассоциированному с мультифакторной аномалией соединительной ткани.

В исследуемой когорте родились живыми с различными заболеваниями 109 детей (5,5%). Удельный вес родоразрешений кесаревым сечением составил 10,4%. У 14 женщин произошла преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), то есть частота данного осложнения составила 0,7%. Акушерские щипцы применены в 0,4% (8 случаев), вакуум-экстракция плода – в 4,6% (90 наблюдений). Травмы мягких родовых путей при вагинальных родах имели место в 8,4%, операции по рассечению промежности выполнены в 9,2%. Дисфункции лонного сочленения осложнили послеродовой период в 0,4%. Ранняя неонатальная смерть ребёнка произошла в 4,6% (0,46%).

Сравнения между исследуемыми показателями среди миниатюрных женщин с популяционным контролем проводили на основании частоты отдельных признаков, выявление которых доступно при стандартном обследовании, регламентированном приказами Министерства здравоохранения Украины. В расчетах использовали показатель относительного риска – ОР (Odds Ratio), как меру связи, и определяли его достоверность (доверительный интервал) при $p \leq 0,05$ и статистическую тенденцию на уровне p между 0,05 и 0,3. Для отдельных признаков (например, возраст) были рассчитаны средние и медианы, а также проведены преобразования переменных в клинически значимые дихотомические варианты (например, возраст старше 35 лет). При статистической обработке данных использовали методы параметрической и непараметрической статистики, лицензированные программные продукты для персональной IBM Intel Celeron M.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По возрасту (старше 35 лет и моложе 18), наличие гинекологических заболеваний в анамнезе у низкорослых женщин достоверных отличий от популяционных показателей не выявлено. Паритет у женщин низкого роста в 3 раза чаще, чем в целом в когорте, был нулевой. В том числе, большинство низкорослых женщин относились к первородящим, а частота в анамнезе спонтанных выкидышей, предшествовавших первым родам, значительно превышала общепопуляционную (22,4% и 7,2% соответственно).

Дородовая госпитализация, определяемая совокупностью факторов повышенного перинатального риска в связи с прогнозируемой диспропорцией таза матери и головкой плода, подозрением на ге-

нитальный инфантилизм, была обеспечена у 61,2% женщин с низким ростом. Эта цифра существенно превышает потребность в таком виде перинатального сопровождения для общей популяции. Обращает внимание, что у 78,3% беременных низкого роста в сроке доношенной беременности не сформировалась адекватная родовая доминанта, что проявилось недостаточной зрелостью шейки матки, отсутствием позитивного психологического настроения на роды, повышенной тревожностью. Не исключено, что в этом срабатывают несколько факторов: сочетание генитального инфантилизма, своеобразия метаболических процессов и особой психологической конституции низкорослых женщин.

Отмеченная нами связь малого роста с НДСТ (ОР – 2,96; ДИ – 1,97-4,46; $p < 0,001$) позволяет отнести низкорослость практически здоровой женщины к своеобразным малым аномалиям развития с вероятной этиологией дизонтогенеза, что соответствует гипотезе А. А. Богомольца (1926), согласно которой в основе конституциональных типов лежит физиологическая система соединительной ткани [2].

У женщин с малым ростом в 1,6 раз чаще потребовалось родоразрешение кесаревым сечением по сравнению с пациентками с нормальными антропометрическими показателями (частота данной операции составила соответственно 16,3% и 10,1%). Доля кесаревых сечений, выполненных по ургентным показаниям, у миниатюрных женщин (68,7% от числа операций) не отличилась от популяционной величины (59,2%; $p > 0,05$). Основными показаниями к кесареву сечению в родах у миниатюрных женщин служили диспропорция между тазом матери (в большинстве случаев при анатомическом сужении) и головкой плода (в 45,5%), интранатальный дистресс (45,5%) и в единичном наблюдении – гипотоническая дисфункция матки в виде вторичной слабости родовой деятельности, что также отражает клиническое несоответствие. Структура основных показаний к операции на популяционном уровне была следующей: гипотоническая дисфункция матки – в 39,3%, диспропорция таза и головки – в 23,2%, интранатальный дистресс – в 12,5%. Вероятно, что почти 4-кратное преобладание в структуре показаний к экстренному родоразрешению в родах у низкорослых женщин интранатального дистресса отражает относительно более низкий адаптационный потенциал маточно-плодово-плацентарного комплекса в условиях родового стресса у такого контингента.

В структуре показаний к плановым операциям в большинстве случаев фигурировали состояния, ассоциированные с малыми антропометрическими данными и прогнозируемым клиническим несоответствием плода тазу матери, проявлениями общего и генитального инфантилизма, что, однако, не получило однозначного подтверждения по результатам

родоразрешения. Поэтому вопрос о предпочтении оперативного родоразрешения у низкорослых женщин нуждается в уточнении, а критерии успеха вагинальных родов у такого контингента требуют особого рассмотрения.

Вагинальные родоразрешающие операции проведены с равной частотой женщинам низкого и нормального роста: акушерские щипцы – в 1,0% и 0,4%; вакуум-экстракция плода – в 5,1% и 4,5% соответственно ($p > 0,05$). При этом рождение детей в асфиксии произошло в группе низкорослых женщин в 4 наблюдениях (4,1% от общего числа), в когорте – в 15 (0,8%).

Анализ заболеваемости новорожденных показал отчётливое преобладание детей, рождённых женщинами с ростом менее 155 см среди тех, кто имели родовые травмы. Так, из общего числа родовых травм в исследуемой когорте (74 – 3,7%) каждый 10-й случай приходится на детей, рождённых низкорослыми женщинами. Гипоксически-ишемическое поражение центральной нервной системы как изолированный диагноз встречается в общей популяции с частотой 1,8%, а у новорожденных низкорослых матерей – 18,4%, то есть в 10 раз чаще.

Травматизм матери в родах в 2 раза чаще отмечен среди женщин низкого роста в сравнении с общепопуляционным показателем: 17,3% и 8,4%. Рассечение промежности потребовалось соответственно 16,3% и 9,2%. Половина всех случаев дисфункции лонного сочленения пришлась на долю женщин с ростом менее 155 см.

Таким образом, приведенные данные продемонстрировали, что рост женщины, будучи одним из основных признаков конституционального типа человека, важной соматотипической характеристикой индивида, относится к числу факторов, определяющих акушерские и перинатальные исходы в современном репродуктивном поколении.

ВЫВОДЫ

1. Практически здоровые женщины низкого роста с достаточным основанием могут быть отнесены к группе повышенного акушерского и перинатального риска.

2. С учётом нарастающего влияния медико-социальных проблем в современном украинском обществе, актуализирующих вопросы о вкладе морфологического статуса матери в формирование и развитие ребёнка, внутриутробном программировании болезней, необходимо проведение специальных исследований особенностей обменных процессов, дифференцированного рассмотрения различных конституциональных типов при малом росте, функциональных характеристик фетоплацентарного комплекса у низкорослых женщин.

Перспективы дальнейших исследований в этом направлении можно связать с реализацией вторичной профилактики перинатальных осложнений

путём конкретизации рекомендаций по преконцепционной подготовке, ведению беременности и родоразрешению на основе индивидуально-типологического подхода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вершубская Г. Г. Долговременные изменения размеров тела новорожденных и их матерей в Сибири и Европейском Севере России / Г. Г. Вершубская, А. И. Козлов // Вестник археологии, антропологии и этнографии. – 2011. – № 2 (15). – С. 142–151.

2. Кадурина Т. И. Дисплазия соединительной ткани : руководство для врачей / Т. И. Кадурина, В. И. Горбунова. – СПб. : Элби-СПб, 2009. – 704 с.

3. Могеладзе Н. О. Влияние изменения качества жизни населения на показатели роста и развития детей / Н. О. Могеладзе, В. А. Щуров, В. А. Холодков // Физиология развития человека : материалы Междунар. научн. Конфер. посвященной 65-летию Института возрастной физиологии, 22-24 июня 2009 г., Москва, Россия. – М. : «Вердана», 2009. – С. 63–64.

4. Руководство по охране репродуктивного здоровья. / В. И. Кулаков, В. Н. Серов, Л. В. Адамян [и др.]. – М. : «Триада-Х», 2001. – 568 с.

5. The Placenta and Human Developmental Programming / Ed. By G. J. Burton, D. J. P. Barker, A. Moffett [et al.]. – Cambridge University Press, 2011. – 246 p.