

Низкий рост женщины как значимый и независимый фактор акушерского и перинатального риска

Л.Г. Назаренко, Е.В. Тарусина

Харьковская медицинская академия последипломного образования
КУОЗ «Городской клинический родильный дом № 6», г. Харьков

Определен удельный вес женщин с ростом 157 см и меньше в 2002, 2007, 2012 гг. Установлено возрастание этого показателя с 7,7% до 12,1%. На основании исследования особенностей течения беременности и родов у женщин с низким ростом (менее 155 см) установлено, что частота гипоксически-ишемических поражений плода, родовых травм, акушерского травматизма, уровня оперативных родоразрешений у таких женщин является в 2–10 раз выше популяционных. Сделан вывод о целесообразности развития индивидуально-типологического подхода в современной акушерской клинике.

Ключевые слова: низкий рост, беременность, роды.

В акушерской клинике XXI века одной из актуальных задач является снижение уровня кесарева сечения. Непременным условием ее решения является преодоление представлений о том, что кесарево сечение представляет единственный действенный инструмент влияния на показатели перинатальной заболеваемости и летальности. Альтернативой кесареву сечению должна стать индивидуализация профилей риска, активное управление ими, гарантирующее увеличение шансов успешных вагинальных родов с благоприятным исходом для матери и ребенка [5]. В этой связи закономерна и актуальна для акушерской клиники новая волна интереса к вопросам конституциональной типологии, развитию представлений о том, что учение о патологии гестационного процесса должно основываться на логике конституционального подхода к особенностям индивида.

Конституция организма (*constitutio corporis* – в латинской терминологии и *somatotype* – в англоязычной литературе) представляет тип индивида – совокупность его биологических свойств, включая наследственные признаки и эпигенетически приобретенные. А.А. Богомолец (1926) подчеркивал, что «конституция является выражением количественной и качественной способности к физиологическим реакциям организма...», и этот факт приобретает новое звучание в современной клинической практике, когда становится все более очевидным значение индивидуальной предрасположенности для возникновения патологических состояний и болезней.

Конституциональный подход был распространен в акушерской практике давно, главным образом в контексте изучения отдельных видов акушерской патологии во взаимосвязи с конституциональными типами женщин. Однако трансформация в последние десятилетия показателей здоровья человека, изменения нозологической структуры заболеваний, которые проецируются на негативные явления экологического, социального, экономического, духовного измерений, побуждают к обновлению оценки значения конституциональных маркеров в акушерской клинике.

В результатах исследований, посвященных взаимосвязи конституции матери, течения у нее гестационного процесса и состояния внутриутробного плода, проведенных в конце XX – начале XXI века, отразились акселерационные изменения, затронувшие большинство регионов на постсоветском пространстве. Они проявились, в частности, увеличением в когортах женщин, родившихся до 1985 г., роста матерей и их новорожденных, при относительном или абсолютном уменьшении массы тела младенцев и ширины женского таза, повышении доли хоморфности телосложения [1]. Однако в последнее десятилетие ситуация изменилась, и в Украине наметилась противоположная тенденция динамики 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, и событиями пренатального онтогенеза, с другой, доказанная в рамках теории внутриутробного программирования, позволяет выдвинуть в число актуальных вопросов акушерские и перинатальные перспективы миниатюрных женщин, а в дальнейшем, вероятно, направить взгляд и на детей, рожденных такими женщинами, задуматься о том, что нужно сделать для этих пациентов, чтобы облегчить возможные риски [6].

Антропометрические признаки – рост, а также масса тела и их соотношение, пропорциональность тела – являются, как известно, основными конституциональными маркерами. Низкий рост женщины на протяжении многих лет традиционно рассматривается как фактор риска акушерской и перинатальной патологии, главным образом, в аспекте диспропорции таза матери и головки плода, ассоциированных с ней травматических, гипоксических осложнений. Однако новые данные о том, что низкий рост матери является более значимым фактором неблагоприятного перинатального прогноза, чем образ жизни и уровень достатка, а также сведения о семикратном 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 несет противоречий, поскольку общепринятая рубрикация длины тела человека относится к низкому росту женщин 150–157,5 см, с колебаниями данного показателя в зависимости от расовой принадлежности, этнических групп. 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.

Цель исследования: уточнить долю низкорослых пациенток в современной репродуктивной когорте, определить, в какой мере может влиять на частоту акушерских и перинатальных осложнений низкий рост практически здоровой женщины.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Первым этапом исследования было определение в рамках сплошного когортного ретроспективного клинико-статистического анализа удельного веса родильниц (то есть женщин с реализованной репродуктивной функцией) с низким ростом, оценка изменений этого показателя на материале одной популяции, в течение трех лет, взятых с интервалом времени, отражающим пятилетний период: 2002 г. (737 наблюдений), 2007 г. (1109 случаев), 2012 г. (1977 женщин). Верхней границей низкого роста на этом этапе служил рост 157 см, с разделением такого контингента женщин на группы с ростом 156–157 см, 154–155 см, 151–153 см, 150 см и менее.

Второй этап работы также выполнен в виде популяционного исследования. Из сплошной когорты женщин, завершивших беременность в 2012 г. в КУОЗ «Городской клинический родильный дом № 6 г. Харьков» (1977 человек), отобрано 98 рожениц с ростом 155 см и меньше, что составило 5% (основная группа). В качестве относительно популяционного контроля использованы суррогатные показатели, рассчитанные для всей когорты.

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

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), т.е. 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 лобкового сочленения осложнили послеродовой период в 0,35%. Ранняя неонатальная смерть ребенка произошла в 4,6% (0,46%).

Сравнения между исследуемыми показателями среди миниатюрных женщин с популяционным контролем проводили на основании частоты отдельных признаков, доступных при стандартном обследовании. В расчетах использовали показатель отношения шансов (ОШ) и показатель относительного риска (ОР) как меру связи и определяли 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 ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Удельный вес женщин с ростом 157 см и ниже, родивших в 2002 г., был 7,7%, в 2007 г. – 12,1%, в 2012 г. – 10,2%, что позволило отметить как статистически значимую закономерность увеличения доли низкорослых матерей в диапазоне 2002–2007 гг. (ОШ – 0,61; ДИ – 0,44–0,85, $p < 0,001$). Из общего числа женщин с низким ростом именно в 2007 г. также отмечено минимальное количество таких, которые имели рост 156–157 см – 38,1% против 47,4% в 2002 г., 52,1% – в 2012 г. Удельный вес женщин с ростом 155 см и менее составил в 2002 г. 4,1% от общего количества родильниц (из числа всех низкорослых – 8,8% были менее 150 см). В 2007 г. доля женщин с ростом 155 см и менее была почти вдвое большей – 7,5%, с максимальным (за изучаемый период) числом имеющих рост 150 см и меньше (16,4% от числа всех с низким ростом). В 2012 г. рост 155 и меньше был у 5% (менее 150 см у 9% от числа тех, кто вошел в категорию низкого роста). Таким образом, на материале исследуемой популяции можно наблюдать стойкую тенденцию к увеличению в XXI веке удельного веса женщин с низким ростом, достигшую уровня статистической значимости в первом десятилетии преимущественно за счет преобладания в структуре градаций лиц с ростом тела 155 см и ниже, что подтверждает целесообразность особого внимания именно к такому контингенту.

На втором этапе исследования, который охватывал клинические наблюдения 2012 г., нами отмечено, что по возрасту (старше 35 лет и моложе 18), наличию гинекологических заболеваний в анамнезе, низкорослые женщины 155 см и меньше не имеют отличий от популяционных показателей. Вместе с тем, на момент наступления данной беременности, паритет у женщин с низким ростом в 3 раза чаще, чем в целом в когорте, был нулевой. В том числе, большинство низкорослых женщин относились к первородящим. 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 головки плода, подозрением на генитальный инфантилизм, была обеспечена 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 настроя на роды, повышенной тревожностью. Не исключено, что при этом срабатывают несколько факторов: сочетание генитального инфантилизма, своеобразия метаболических процессов и особой психологической конституции низкорослых женщин.

При обеспечении сплошного тестирования всех пациенток стационара на недифференцированную дисплазию соединительной ткани (НДСТ) по методике Л.Н. Фоминой

было установлено наличие клинически значимого диспластического фенотипа у 56% женщин с низким ростом (56 человек). Эта величина оказалась 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. Нами установлена статистически достоверная связь низкого роста с НДСТ (ОР – 2,96; ДИ – 1,97–4,46; $p < 0,001$), что позволяет отнести низкорослость практически здоровой женщины к своеобразным малым аномалиям развития, при вероятной этиологической роли дизонтогенеза. Данный факт может служить дополнительным подтверждением гипотезы А.А. Богомольца (1926), согласно которой в основе конституциональных типов лежит физиологическая система соединительной ткани [2].

У женщин с малым ростом в 1,6 раза чаще потребовалось проводить 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 отличалась от популяционной величины (59,2%; $p > 0,05$). При этом следует отметить, что наиболее часто показанием к кесареву сечению в родах у миниатюрных женщин служила диспропорция между тазом матери (в большинстве случаев при анатомическом сужении) и головкой плода (в 45,5%), интранатальный дистресс (45,5%), и лишь в единичном наблюдении гипотоническая дисфункция матки в виде вторичной слабости родовой деятельности, что как проявление отсутствия прогресса в родах, возможно, также отражает клиническое несоответствие. Структура основных показаний к операции на популяционном уровне была другой: на первом месте гипотоническая дисфункция матки (в 39,3%), на втором диспропорция таза и головки (в 23,2%), на третьем – интранатальный дистресс (в 12,5%). Мы полагаем, что преобладание интранатального дистресса почти в 4 раза в структуре показаний к экстренному родоразрешению в родах у низкорослых женщин по отношению к популяционным данным отражает 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. Это дает основания считать вопрос о предпочтении оперативного родоразрешения у низкорослых женщин требующим дифференцированного анализа и уточнения с учетом более глубокого анализа морфофенотипических параметров, а условия, обеспечивающие успех вагинальных родов и критерии его прогнозирования у такого контингента, – подлежащими отдельному рассмотрению.

Вагинальные родоразрешающие операции проведены с равной частотой женщинам низкого и нормального роста: акушерские щипцы в 1% и 0,37%; 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 (0,76%).

Анализ заболеваемости новорожденных показал отчетливое преобладание детей, рожденных женщинами с ростом 155 см и меньше, среди тех, которые имели родовые травмы. Так, из общего числа родовых травм в исследуе-

мой когорте (74 – 3,7%) каждый 10-й случай приходится на детей, рожденных низкорослыми женщинами. Гипоксическо-ишемическое поражение ЦНС как изолированный диагноз встречается в общей популяции с частотой 1,8%, а у новорожденных от 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 лобкового сочленения пришлось на долю женщин с ростом 155 см и менее.

Таким образом, приведенные данные позволяют прийти к общему заключению, что рост женщины, будучи важной соматотипической характеристикой, относится к числу факторов, существенно влияющих на акушерские и перинатальные исходы.

ВЫВОДЫ

В современном репродуктивном поколении украинских женщин на протяжении 10 лет наблюдается увеличение удельного веса лиц низкого роста.

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

Констатация низкого роста (155 см и менее) женщины как независимого и значимого фактора акушерского и перинатального риска требует проведения дальнейших исследований по этой проблематике, посвященных, в частности, особенностям обменных процессов, дифференцированному рассмотрению при малом росте различных конституциональных типов, изучению функциональных характеристик фетоплацентарного комплекса.

Для реализации вторичной профилактики акушерских и перинатальных осложнений у женщин с низким ростом необходима конкретизация рекомендаций по прекоцепционной подготовке, разработка научных основ управления рисками при ведении беременности и родоразрешении с учетом индивидуально-типологического подхода.

Низький зріст жінки як значущий і незалежний фактор акушерського і перинатального ризику Л.Г. Назаренко, О.В. Тарусіна

Визначено питому вагу жінок зі зростом 157 см і менше в 2002, 2007, 2012 рр. Установлено зростання цього показника з 7,7% до 12,1%. На підставі дослідження особливостей перебігу вагітності та пологів у жінок з низьким зростом (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.

Ключові слова: низький зріст, вагітність, пологи.

Low height of women as significant and independent factor obstetric and perinatal risk L. Nazarenko, O. V. Tarusina

Determined the proportion of women with height 157 cm or less in 2002, 2007, 2012 years. Found the growth rate from 7.7% to 12.1%. Based on the study of features of pregnancy and childbirth in women with low height (less than 155 cm), found that the incidence of hypoxic-ischemic lesions of the fetus, birth trauma, obstetric injuries, operational procedures levels in such women are 2-10 times higher than the population. The conclusion about the appropriateness of individual-typological approach in modern obstetric clinic.

Key words: low growth, pregnancy, childbirth.

Сведения об авторах

Назаренко Лариса Григорьевна – Харьковская медицинская академия последипломного образования, КУОЗ «Городской клинический родильный дом № 6», 61075, г. Харьков, ул. Луи Пастера, 2. E-mail: kh_6_pologovy@ukr.net
Тарусина Елена Владимировна – Харьковская медицинская академия последипломного образования, КУОЗ «Городской клинический родильный дом № 6», 61075, г. Харьков, ул. Луи Пастера, 2. E-mail: kh_6_pologovy@ukr.net

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

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., Горбунова В.И. Дисплазия соединительной ткани. Руководство для врачей. – 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. Шуруп, В.А. Холодков // Мат. Междунар. научн. конф. «Физиология развития человека». – Москва, 22–24 июня 2009. – М., 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. Nicholson J.M. The impact of the active management of risk in pregnancy at term on birth outcomes: a randomized clinical trial / J.M. Nicholson, A.B. Caughey, S. Rosen [et al.] – Am. J. Obstet. Gynecol. – 2008. – 198: 511.e1-511.e15.
6. The Placenta and Human Developmental Programming / Ed. By G.J. Burton [et al.] – Cambridge University Press. – 2011. – 246 p.

Статья поступила в редакцию 15.04.2013

Н О В О С Т И М Е Д И Ц И Н Ы

ОКОЛОПЛОДНАЯ ЖИДКОСТЬ ПОМОГЛА НОВОРОЖДЕННЫМ С ВОСПАЛЕНИЕМ КИШЕЧНИКА

Стволовые клетки, полученные из околоплодной жидкости, могут в несколько раз улучшить выживаемость новорожденных с тяжелым заболеванием - некротическим энтероколитом, сообщает ВВС. Результаты работы, проведенной группой ученых из британского Института детского здоровья (Institute of Child Health) во главе с Саймоном Итоном (Simon Eaton), были опубликованы в журнале Gut.

Некротический энтероколит - тяжелое воспалительное заболевание, характеризующееся отмиранием тканей кишечника. Чаще всего болезнь поражает недоношенных детей и встречается у одного из десяти младенцев, по различным причинам поступивших в палаты интенсивной терапии. Основное лечение некротического энтероколита - удаление поврежденных тканей кишечника хирургическим путем. Смертность среди детей, стра-

дающих этим заболеванием, достигает 40 процентов.

«Это большая проблема, и количество страдающих этим заболеванием детей возрастает», - отметил Итон. Группа ученых решила проверить, будет ли эффективным лечение некротического энтероколита при помощи стволовых клеток, содержащихся в околоплодных водах (амниотической жидкости).

Для эксперимента Итон и его коллеги вывели крыс, «запрограммированных» на развитие этого заболевания. Часть лабораторных животных получала лечение стволовыми клетками, содержащимися в амниотической жидкости. Другую группу грызунов лечили мезенхимальными стволовыми клетками, полученными из костного мозга.

Выживаемость крыс, которым вводили стволовые клетки амниотической жидкости, была в несколько раз выше, чем в контроль-

ной группе. После терапии кишечник этих грызунов стал лучше функционировать, площадь поврежденных участков уменьшилась, снизилось воспаление. Кроме того, среди крыс этой группы снизилась и заболеваемость некротическим энтероколитом.

«Известно, что стволовые клетки обладают противовоспалительным эффектом. Однако в ходе своей работы мы впервые доказали, что стволовые клетки амниотической жидкости могут восстанавливать ткани кишечника», - пояснил еще один ведущий автор работы Паоло де Коппи (Paolo De Coppi).

Теперь ученые планируют провести еще серию экспериментов с целью проверить полученные данные и убедиться в безопасности применения стволовых клеток амниотической жидкости в лечении детей.

Источник: <http://medportal.ru>