

УДК 618.5-07-08-039.71(470.325)

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АНОМАЛИЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**У.Г. Шокирова¹, С.П. Пахомов², Д.В. Радько³, О.Н. Стаценко⁴**

¹ аспирант кафедры акушерства и гинекологии, ² доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии, ³ врач анестезиолог-реаниматолог
^{1,2} Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
 Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Россия
³ ОГБУЗ Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, Россия

Аннотация. Актуальность проблемы аномалий родовой деятельности у женщин определяется стабильной и довольно высокой частотой. Несмотря на усилия многих поколений акушеров-гинекологов, единого мнения об этиологии и патогенезе данной патологии до сих пор не существует. В данной работе представлен анализ предполагаемых факторов риска развития аномалий родовой деятельности у женщин. Среди рассматриваемых факторов изучались: социально-биологические, экстрагенитальные и гинекологические заболевания в анамнезе.

Ключевые слова: аномалии родовой деятельности, слабость родовой деятельности, дискоординация родовой деятельности, факторы риска.

Актуальность работы.

В демографической политике страны репродуктивное здоровье является важным аспектом и зависит от уровня материнской, младенческой смертности и качества системы родовспоможения. Аномалии родовой деятельности повышают показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности [1, 7; 9; 10], что говорит об актуальности изучения данной проблемы.

Аномалии родовой деятельности – это нарушения сократительной активности матки в родах, отклонения от нормы таких показателей как базальный тонус матки, определяющий частоту и силу схваток. Данная патология во время родов приводит к нарушению механизма раскрытия шейки матки, продвижению плода по родовому каналу [1, 6, 8, 9].

По данным многих авторов [2, 4, 9, 10, 11, 12] аномалии родовой деятельности занимают 3-е место среди показаний к кесареву сечению в родах и ведут к высокой частоте перинатальных осложнений и потерь, а в будущем к проблемам с последующей беременностью и большим проблемам с репродуктивным здоровьем что подтверждает несовершенство методов терапии и профилактики этой патологии.

Актуальность данной проблемы определяется ее стабильной и достаточно высокой частотой в Российской Федерации и составляет от 10 до 30 % от общего числа родов, становятся причиной каждого третьего кесарева сечения. [1, 6, 7, 8, 9]. Последствия аномалий сократительной деятельности матки в родах могут оказаться весьма опасными как для матери, так и для плода. В числе возможных осложнений аномалий родовой деятельности – гипоксия плода, инфекции, родовые травмы, массивные кровотечения и гибель плода [7, 8, 9]. Аномалии сократительной деятельности матки, наиболее часто (в 70-80 % случаев) развиваются у первородящих, соматически здоровых женщин [6, 9]

Несмотря на большую практическую значимость аномалий родовой деятельности, до сих пор нет достаточно эффективных способов прогнозирования и профилактики данной патологии.

Факторы риска

По данным ряда авторов [1, 6, 8, 9] факторы риска, обуславливающие возникновение аномалий родовой деятельности, можно разделить на следующие пять групп:

– *Акушерские факторы:* преждевременные излитие околоплодных вод, диспропорция между размерами головки плода и размером таза женщины (клинический узкий таз), перерастяжение матки в связи с многоводием, многоплодием и крупным плодом, преждевременные и запоздалые роды, дистрофические и структурные изменения в матке, тазовые предлежания плода, препятствия к раскрытию шейки матки и продвижению плода, функционально неполноценный плодный пузырь.

– *Факторы, связанные с патологией репродуктивной системы:* генитальный инфантилизм, гипоплазия матки, мальформация сосудов матки, аномалии развития половых органов, многократные роды (3 и более), возраст женщины старше 30 лет и моложе 18 лет, нейроэндокринные заболевания, операции на матке (наличие рубца), миома матки, аденомиоз, воспалительные заболевания женской половой сферы, генетическая предрасположенность.

– *Общесоматические заболевания* (сердечно-сосудистые, печени, почек, коры надпочечников, щитовидной железы, гипертоническая болезнь и артериальная гипотония), анемия, хронические инфекции, интоксикации,

сахарный диабет, ожирение, метаболический синдром, системные заболевания соединительной ткани.

– *Плодные факторы*: гипотрофия плода, хроническая гипоксия, пороки развития нервной системы, гипоплазия и аплазия коры надпочечников, плацентарная недостаточность, аномалии расположения плаценты.

– *Ятрогенные факторы*: необоснованная и несвоевременная корригирующая терапия, чрезмерное применение обезболивающих и спазмолитических средств, родовозбуждение при недостаточно зрелой шейке матки.

Учитывая имеющиеся данные, нами была поставлена задача оценить влияние факторов риска у жительниц Белгородской области.

Цель настоящего исследования – провести системный анализ анамнестических данных, влияющих на развитие аномалий родовой деятельности у женщин Белгородской области. Настоящее исследование представляет собой анализ и выявление причинных факторов развития заболевания.

Материалы и методы

Работа выполнялась на базе Белгородского перинатального центра областной клинической больницы Святого Иоасафа. За период с 2014 по 2018 гг. всего обследовано 484 женщины, которые были разделены на 2 группы, отобранные методом случайной выборки.

Все обследуемые женщины являлись жительницами города Белгорода и Белгородской области.

Первую группу составили женщины, у которых роды осложнились аномалиями родовой деятельности (патологическим прелиминарным периодом, слабостью родовой деятельности (первичной или вторичной), слабостью потужного периода, дискоординацией родовой деятельности, быстрыми и стремительными родами) (N = 344). Вторую группу составили женщины, у которых роды протекали без осложнений (контрольная, N = 140).

Одной из задач настоящего исследования являлось установление особенностей социально-биологического статуса и анамнеза женщин с аномалиями родовой деятельности.

В результате было установлено, что обследованные женщины характеризовались возрастом от 15 до 42 лет, средний возраст составил $26,83 \pm 4,79$ лет.

По весоростовому показателю данные не имели достоверных отличий в обеих группах.

Параметры таза (d. spinatum, с. externa) для женщин из группы с аномалиями родовой деятельности и группы контроля достоверных отличий не имели. Но d. cristarum у женщин основной группы достоверно была меньше $27,65 \pm 0,97$ см, чем в контрольной группе $27,93 \pm 1,39$ см ($p < 0,05$). А показатель d. trochanterica у женщин в группе с аномалиями родовой деятельности был достоверно больше в основной группе $30,94 \pm 1,88$ см, против $30,43 \pm 1,18$ см ($p < 0,05$) у женщин в контрольной группе.

Изучая менструальную функцию установили, что у женщин в группе с аномалиями родовой деятельности начало Menarche достоверно была раньше $13,24 \pm 1,31$ лет, чем у женщин в контрольной группе $13,47 \pm 1,32$ лет. ($p < 0,05$)

По другим характеристикам менструального цикла, а также по возрасту начала половой жизни беременных изучаемых групп достоверно не отличались.

При изучении репродуктивного анамнеза, были получены следующие результаты.

Сравнивая показатели по количеству предшествующих беременностей установлено, что у женщин первой группы их количество было достоверно меньше чем в группе контроля и в среднем составляло $1,88 \pm 1,43$, а в контрольной $2,51 \pm 2,04$ ($p < 0,05$). Количество беременностей в анамнезе в общем в обеих группах составляло от 1 до 11.

Достоверно большее количество первобеременных женщин встречались в группе с АД $55,81 \pm 2,68$ %, против $39,29 \pm 4,13$ % ($p < 0,05$) в контрольной группе.

Повторнобеременные женщины составляли большую часть обеих групп, но их количество достоверно меньше встречались в группе с аномалиями родовой деятельности $44,19 \pm 2,68$ % (против $60,71 \pm 4,13$ % в группе контроля, ($p < 0,05$)).

Число родов составляло от 1 до 6 у всех обследованных. В группе женщин с аномалиями родовой деятельности этот показатель в среднем составлял $1,38 \pm 0,70$, а в контрольной группе $1,61 \pm 0,95$ ($p < 0,05$). Также женщины, у которых роды были первыми по счету, достоверно чаще встречались в основной группе $71,80 \pm 2,43$ %, чем у женщин в группе контроля ($52,14 \pm 4,22$ %, ($p < 0,05$)).

Количество повторнорожающих женщин было меньше в группе с аномалиями родовой деятельности ($28,20 \pm 2,43$ % против $47,86 \pm 4,22$ %, ($p < 0,05$)).

Обращает на себя внимание более частое наличие аборт у беременных с аномалиями родовой деятельности ($0,59 \pm 1,24$ против $0,30 \pm 0,83$, ($p < 0,05$)).

Наличие выкидышей в анамнезе имели достоверные отличия. Отмечено, что в основной группе $0,18 \pm 0,45$, а в контрольной группе этот показатель ниже $0,10 \pm 0,39$, ($p < 0,05$).

По количеству внематочных и замерших беременностей в анамнезе женщины из разных групп наблюдения достоверно не отличались.

Одной из задач настоящего исследования являлось установление связи развития аномалий родовой деятельности с перенесенными экстрагенитальными заболеваниями женщин.

Достоверно чаще встречалась миопия различных степеней выраженности- $22,09 \pm 2,24$ % в первой группе против $13,57 \pm 2,89$ % в контрольной группе беременных ($p < 0,05$).

Обращает на себя внимание более частое перенесенное в детстве инфекционные заболевания ($22,97 \pm 2,27$ % против $13,57 \pm 2,89$ %, ($p < 0,05$)).

Определено, что заболевания щитовидной железы достоверно чаще встречались у $17,44 \pm 2,05$ % женщин группы с аномалиями родовой деятельности, а в группе контроля у $11,43 \pm 2,69$ % женщин ($p < 0,05$).

Нейроциркуляторная дистония (НЦД) по смешанному типу встречалась достоверно чаще в группе с аномалиями родовой деятельности. В $11,92 \pm 1,75$ % случаев, чем в контрольной группе $5,00 \pm 1,84$ % ($p < 0,05$). По остальным видам НЦД достоверных различий установлено не было.

Было выявлено, что число женщин с ожирением в группе с аномалиями родовой деятельности ($14,83 \pm 1,92$ %) достоверно превышало их количество в контрольной группе ($6,43 \pm 2,07$ %) ($p < 0,05$).

В исследуемых группах было установлено повышение частоты анемии. Так, у женщин в группе с аномалиями родовой деятельности она встречалась в $5,81 \pm 1,26$ % случаев, против $0,71 \pm 0,71$ % в группе контроля ($p < 0,05$).

Варикозная болезнь достоверно чаще встречалась в основной группе в $5,81 \pm 1,26$ % случаев, а в контрольной группе составляла $2,14 \pm 1,22$ %.

Также мы определили распространенность сочетания нескольких экстрагенитальных заболеваний. К сочетанной патологии в нашем исследовании мы относили женщин, у которых были отмечены два и более каких-либо экстрагенитальных заболеваний. Установлено, что сочетание значительно и достоверно чаще встречалось в группе женщин с аномалиями родовой деятельности – $52,33 \pm 2,69$ % ($p < 0,05$), а в контрольной группе $8,57 \pm 2,37$ %.

По остальным видам экстрагенитального заболевания достоверных различий установлено не было.

Изучая гинекологическую патологию у женщин с аномалиями родовой деятельности были установлены следующие данные. Число женщин без гинекологической патологии (здоровых) в первой группе было значительно ниже, чем в контроле, и составляло $18,60 \pm 2,10$ % против $42,86 \pm 4,18$ % ($p < 0,05$).

Рассматривая гинекологическую патологию по отдельным формам, было выявлено достоверное увеличение частоты воспалительных заболеваний влагалища (кольпит) до $33,14 \pm 2,54$ % в основной группе, против $15,71 \pm 3,08$ %, ($p < 0,05$).

В основной группе также было выявлено достоверное увеличение частоты эрозии шейки матки у женщин с аномалиями родовой деятельности ($34,30 \pm 2,56$ % против $21,43 \pm 3,7$ %, ($p < 0,05$)).

Частота хронического аднексита, оофорита в первой группе оказалось достоверно выше $16,57 \pm 2,0$ %, чем в контрольной $7,14 \pm 2,18$ %, ($p < 0,05$).

Нарушение менструального цикла в анамнезе достоверно чаще было у женщин группы с АД $3,2 \pm 0,95$ %, а в контрольной группе было $0,71 \pm 0,71$ %.

Фибромиома встречалась у 18 женщин с основной группы, что составило $5,23 \pm 1,20$ % по сравнению $0,71 \pm 0,71$ % в контрольной группе ($p < 0,05$).

Сочетанное развитие нескольких гинекологических заболеваний в течение жизни у женщин основной группы значительно и достоверно чаще встречалось в $54,07 \pm 2,69$ % случаев, чем в группе контроля $25,71 \pm 3,69$ % ($p < 0,05$).

По другим видам гинекологической патологии в изолированном виде достоверных различий между изучаемыми группами не было установлено.

Заключение

Таким образом, по результатам наших исследований можно заключить, что у женщин с аномалиями родовой деятельности начало Menarche достоверно была раньше, более частое наличие аборт, выкидышей и меньшее количество беременностей и родов. Первобеременные и первородящие женщины наиболее часто подвержены угрозе развития аномалий родовой деятельности.

У беременных с аномалиями родовой деятельности установлено меньшее количество без экстрагенитальных заболеваний и значительное преобладание страдающих несколькими видами экстрагенитальных заболеваний. Из отдельных видов патологии следует выделить преобладание заболеваний щитовидной железы, миопии, НЦД по смешанному типу, ожирения, варикозная болезнь и анемия.

Наличие ожирения сказывается отрицательно на процессе развития аномалий родовой деятельности.

Перенесенные детские инфекции (ветряная оспа, скарлатина, дифтерия и краснуха) могут быть отнесены к факторам, возможно приводящим к развитию аномалий родовой деятельности в дальнейшем.

В гинекологическом анамнезе установлено, что в группе этих женщин реже отмечены полностью здоровые. У женщин с аномалиями родовой деятельности отмечено большее число эрозии шейки матки, кольпитов, наличие фибромиом, хронический аднексит, оофорит, нарушение менструального цикла и сочетанием несколькими видами гинекологических заболеваний.

Данные, полученные в результате наших исследований, могут говорить, что для развития аномалий родовой деятельности существуют предрасполагающие факторы, имеющие длительно существование, которые, в принципе, можно своевременно корригировать или не допускать.

Данные, полученные нами по Белгородской области, полностью совпадают с данными мировой и отечественной литературы [3, 6, 13, 14.] и добавляют новые знания для дальнейшего изучения данного состояния.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян, Э.К. Акушерство: учебник / Э.К. Айламазян и др. // 10-е издание. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – С. 450–467.
2. Бузумова, Ж.О. Проблема ложных схваток в современном акушерстве. / Ж.О. Бузумова, Ж.У. Базарбаева, Э.Б. Нурманалиева и др. // Вестник КазНМУ. – 2018. – № 3. – С.11–14.
3. Железова, М.Е. Клинико-морфологические особенности шейки матки у женщин с быстрыми и стремительными родами / М.Е. Железова, Л.И. Мальцева, Т.П. Зефирова // Гинекология. – 2014. – № 2. – С. 62–66.
4. Зефирова, Т.П. Аномалии родовой деятельности: механизмы формирования и факторы риска. / Т.П. Зефирова, М.Е. Железова, Н.Е. Яговкина. // Практическая медицина. – 2010. – № 4 (43). – С.44–48.
5. Об утверждении концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года: Указ Президента Российской Федерации № 1351 от 09.10.2007.
6. Радзинский В.Е. Акушерство: учебник. / Радзинский В.Е., Фукс А.М. // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 496–511.
7. Радзинский, В.Е. Акушерский риск. Максимум информации – минимум опасности для матери и младенца / В.Е. Радзинский. – М., 2011. – 285 с.
8. Савельева, Г.М. Акушерство. Национальное руководство. 2-е изд. перераб. и доп. / Г.М. Савельева, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 1088 с
9. Сидорова, И.С. Физиология и патология родовой деятельности / И.С. Сидорова. М.: «Медицинское информационное агентство», 2006. – 240 с.
10. Kashanian, M. Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery / M. Kashanian, F. Javadi // Int. J. Gynaecol. Obstet. – 2010. – Vol. 109. – P. 198–200.
11. Neal, J. "Active labor" duration and dilation rates among low-risk, nulliparous women with spontaneous labor onset: a systematic review. / J. Neal, N. Lowe, K.J. Ahijevych et al. // Midwifery Womens Health. – 2010. – Vol. 55, № 4. – P. 308–318
12. Pennell, C.E. Induction of labour in nulliparous women with an unfavourable cervix: a randomised controlled trial comparing double and single balloon catheters and PGE2 gel. / C.E. Pennell, J.J. Henderson // BJOG. – 2009. – Vol. 116. – P. 1443–1452.
13. Sandström A. Labour dystocia-risk of recurrence and instrumental delivery in following labour-a populationbased cohort study / A. Sandström, S. Cnattingius, A.K. Wikström et al. // BJOG. – 2012. – Vol. 119 (13). – pp. 1648–56.
14. Selin L. Dystocia in labour – risk factors, management and outcome: a retrospective observational study in a Swedish setting. / L. Selin, G. Wallin, M. Berg // Acta Obstet Gynecol Scand. – 2008. – 87 – pp. 216–21.

Материал поступил в редакцию 17.12.19

RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF GENERIC ACTIVITY

U.G. Shokirova¹, S.P. Pakhomov², D.V. Radko³, O.N. Statsenko⁴

¹ Postgraduate at the Department of Obstetrics and Gynecology

² Doctor of Medical Sciences, Professor at the Department of Obstetrics and Gynecology,

³ Anesthesiologist-Resuscitator,

^{1,2} FSAEI HE The National Research University "Belgorod State University",

³ Regional State Funded Healthcare Facility Belgorod regional clinical hospital of Saint Joasaph, Russia

Abstract. *The relevance of the problem of birth abnormalities in women is determined by a stable and fairly high frequency. Despite the efforts of many generations of obstetricians and gynecologists, there is still no consensus on the etiology and pathogenesis of this pathology. This paper presents an analysis of the estimated risk factors for the development of birth abnormalities in women. Among the considered factors, we studied: socio-biological, extragenital and gynecological diseases in the history.*

Keywords: *anomalies of labor activity, weakness of labor activity, discoordination of labor activity, risk factors.*