

Сравнительный анализ течения беременности у пациенток с генетически обусловленной низкорослостью



Медведева Н.Н. – врач акушер-гинеколог УЗ «КРДМО», аспирант ГУ «РНПЦ «Мать и дитя»
 Прибушня О.В. - зав. лаборатории мед. генетики и мониторинга ВПР ГУ «РНПЦ «Мать и дитя», д.м.н, профессор

Введение

В научной литературе имеются ограниченные данные о течении беременности и родов у пациенток с генетически обусловленной низкорослостью, часть таких пациенток ранее вовсе не встречалась в практике врача-акушера-гинеколога в силу сопутствующего бесплодия. Развитие ВРТ, донорство ооцитов помогают реализовать репродуктивную функцию этим женщинам.

Методы и материалы

Для анализа были сформированы 2 группы исследования и одна контрольная группа (рисунок 1): группа 1А - 30 пациенток с симметричной низкорослостью (147±4 см), обусловленной генетическими синдромами; - группа 1Б - 24 беременные женщины с несимметричной формой низкорослости (144 ± 6 см), обусловленной генетическими синдромами; - группа 2 (контрольная) – 3553 женщины среднего роста (166 ± 6 см). Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного обеспечения Statistica10.

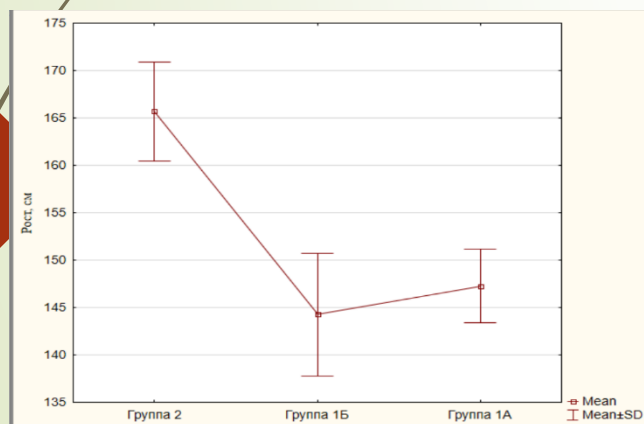


Рисунок 1 – Значение среднего роста в группах сравнения

Медведева Наталия Николаевна
 Email: nataliasharya@gmail.com

Контактная информация

ГУ Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»
 Вебсайт: <https://medcenter.by/> Телефон: +375336636262

Результаты и обсуждение

Пациентки из группы 1Б имели более высокий ИМТ, по сравнению с пациентками из группы 1А и 2. Беременные группы 1А имели статистически значимо меньшую прибавку веса, в среднем они прибавляли 8 ± 3,3 кг, что на 63% меньше, чем в группе 2 и на 25% меньше, чем в группе 1Б (таблица 1).

Таблица 1 – Клиническое обследование

показатель	Группа 1А	Группа 1Б	Группа 2	p, H, Z, χ^2 p1A-1B p1A-2 p1B-2
Вес, кг Me(25%-75%)	49(44-55)	55(49-60)	76(69-85)	p=0,00, H=104 p1A-1B=0,13, Z=-1,5 p1A-2=0,00, Z=8,3 p1B-2=0,00, Z=6
ИМТ, кг/м ² Me(25%-75%)	22(20-26)	26(24-30)	22(20-26)	p=0,04, H=6 p1A-1B=0,013, Z=-2 p1A-2=0,4, Z=0,7 p1B-2=0,013, Z=-2
Прибавка M±SD, кг	8±3,3	10±4,7	13±4,9	p=0,01, F=7 p1A-1B=1 p1A-2=0,003 p1B-2=0,22

Таблица 2 – Особенности родоразрешения

показатель	Группа 1А	Группа 1Б	Группа 2	p, H, Z, χ^2 p1A-1B p1A-2 p1B-2
Преждевременные роды	0	4%	4%	p=0,5, $\chi^2=1,2$
Кесарево сечение	77%(58%-90%)	71%(49%-87%)	35%(33%-36%)	p=0,000, $\chi^2=33$ p1A-1B=0,6, $\chi^2=0,24$ p1A-2=0,000, $\chi^2=20$ p1B-2=0,002, $\chi^2=13,6$
Вес новорожденного, гр	3024±405	2961±374	3484±442	p=0,000, F=31 p1A-2=0,000 p1B-2=0,000 p1B-1A=1
Рост новорожденного	50±2	50±2	53±2	p=0,000, F=36 p1A-2=0,000 p1B-2=0,000 p1B-1A=0,7

При анализе акушерского анамнеза статистически значимо чаще первобеременные женщины встречались в группе 1А (ОШ_{1А-1Б}=3,9, 95% ДИ (1,8-8,1), ОШ_{1А-2}=5,2, 95% ДИ (1,6-17)), в этой же группе была самая высокая доля первородящих женщин (ОШ_{1А-2}=5,1, 95% ДИ (2,2-12)). Пациенткам из группы 1А чаще, чем женщинам из группы контроля требовалось проведение процедуры ЭКО для лечения бесплодия (ОШ_{1А-2}=13, 95% ДИ (5-36)). У статистически значимо большего количества пациенток из группы 1Б имелись анамнезе самопроизвольные аборт, чем у женщин из группы сравнения ОШ_{1А-2}=4,6, 95% ДИ (2-11). Среди групп исследования не было обнаружено различий в частоте преждевременных родов (таблица 2). Родоразрешение путем операции кесарева сечения достоверно чаще выполнялось пациенткам с низкорослостью, обусловленной генетическими синдромами (группы 1А и 1Б), ОШ_{1А-2}=8, 95% ДИ (3,3-20), ОШ_{1Б-2}=4,5, 95% ДИ (1,9-11). Различия были обнаружены и в росте и весе детей при рождении между пациентками с генетически обусловленной низкорослостью и родильницами среднего роста (таблица 2). Между собой группы 1А и 1Б по этому параметру не отличались.

Выводы

1. Для пациенток группы 1Б характерны избыточный вес и ожирение (26 (24-30) кг/м²), женщины группы 1А характеризуются маленькой прибавкой веса во время беременности (8 ± 3,3 кг).
2. Первичное бесплодие, достоверно чаще потребовавшее проведение процедуры ЭКО (ОШ_{1А-2}=13, 95% ДИ (5-36)), широко распространено среди пациенток группы 1А.
3. Наличие у пациентки низкого роста, обусловленного генетическим заболеванием, не влияет на частоту преждевременных родов. Большинству из них потребуется родоразрешение путем операции кесарева сечения (78% среди пациенток группы 1А, 71% среди пациенток группы 1Б), дети у них имеют меньшие размеры при рождении.