

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У ЖЕНЩИН С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ

Антипина Е.О., Кухарчик Ю.В., Янушко А.И.

Гродненский государственный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии, г. Гродно

Ключевые слова: беременность, невынашивание беременности, перинатальные исходы.

Резюме: невынашивание беременности – одна из важнейших проблем практического акушерства. На основании проведенного анализа нами установлено, что у женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом имеется тенденция к невынашиванию беременности.

Resume: women with with a burdened obstetric and gynecological history have a tendency to miscarry. Miscarriage is one of the most important problems of practical obstetrics. The analysis of the features of the course and outcomes of pregnancy and childbirth in women with a burdened obstetric and gynecological history was carried out.

Актуальность. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (ОАГА) – собирательное понятие, под которым понимают неблагоприятные исходы предыдущих беременностей, такие как самопроизвольные выкидыши, неразвивающаяся беременность, антенатальная гибель плода, преждевременные роды, наличие в анамнезе искусственных прерываний беременности, гинекологических заболеваний (например, воспалительных процессов матки и придатков, нарушений менструальной функции, миомы матки). Считается, что наличие ОАГА влияет на течение беременности, развитие плода и перинатальные исходы. У женщин с ОАГА имеется тенденция к невынашиванию беременности (НБ), которое занимает одно из первых мест среди важнейших проблем практического акушерства.

В настоящее время невынашивание беременности наблюдается в 10-25% всех желанных беременностей; в I триместре оно может достигать 50% (по некоторым данным – до 80%), во II – 20% и в III – до 30%. Несмотря на многочисленные методы диагностики, лечения и профилактики, разработанные в последние годы, частота НБ не имеет тенденции к снижению, а генез НБ остается неустановленным у каждой третьей женщины [1, 2].

Этиология невынашивания чрезвычайно разнообразна и зависит от многих факторов. В большинстве случаев имеется полифакторность, приводящая к спонтанному прерыванию беременности. Ряд из них непосредственно приводят к закладке аномального эмбриона, а другие создают неблагоприятные условия для его нормального развития. Таким образом, прерыванию беременности может предшествовать остановка процессов эмбриогенеза – неразвивающаяся (замершая, missed abortion) беременность [3].

Следует отметить, что ведущими причинами НБ признаны генетические, эндокринные, иммунологические (аутоиммунные, аллоиммунные), инфекционные, тромбофилические и причины вследствие патологии матки (пороки развития, генитальный инфантилизм, гипоплазия матки, истмико-цервикальная недостаточность, внутриматочные синехии) [1, 4].

Учитывая современную неблагоприятную демографическую ситуацию и тот факт, что самопроизвольно теряется каждая пятая беременность, пристального внимания заслуживает анализ и изучение проблемы НБ, имеющей особое социальное значение, обуславливающее необходимость сохранения каждой желанной беременности.

Цель: оценить особенности течения, исходы беременности и роды у женщин с ОАГА.

Задачи: изучить акушерско-гинекологический анамнез, течение беременности и исходы родов, провести анализ сопутствующей экстрагенитальной и гинекологической патологии.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 105 историй родов пациентов с ОАГА за 2018 год, находившихся на стационарном лечении в УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр».

Результаты исследования внесены в компьютерную базу данных. Полученные материалы обработаны на персональном компьютере с использованием стандартных компьютерных программ «STATISTICA 10.0», «Microsoft Excel 2013».

Результаты и их обсуждение. Нами установлено, что средний возраст женщин в исследуемой группе составил $32,4 \pm 4,5$ года. Паритет беременности: настоящая беременность была первой у 16,19% женщин, вторая – в 30,48% случаев, третья – в 22,86%, четвертая и более – в 30,48%. Беременность после вспомогательных репродуктивных технологий – в 8,57% случаев. Паритет родов: первые роды были у 37,14% женщин, вторые – у 38,1%, третьи – у 12,38%, четвертые и более – у 12,38% женщин.

В структуре гинекологической патологии наиболее часто встречались эрозия шейки матки (38,1%), миома матки (24,76%), киста яичника (17,14%), синдром поликистозных яичников (12,38%); в более редких случаях – полипы тела матки и цервикального канала, хронический аднексит, железистая гиперплазия эндометрия, гипоплазия матки, двухсторонний гидросальпинкс, синехии тела матки, эндометриоидная аденокарцинома. У 11,43% пациенток в анамнезе – первичное бесплодие до 10 лет, у 3,81% – первичное бесплодие более 10 лет. Послеоперационный рубец имеется у 21,90% женщин. Самопроизвольный выкидыш регистрировался в анамнезе у 33,33% женщин, при этом 2 и более выкидышей – у 7,62%; неразвивающаяся беременность – у 21,90% пациенток, при этом 2 и более неразвивающиеся беременности – в 2,86% случаев; внематочная беременность – в 9,52% наблюдений; антенатальная гибель плода – у 2,86% женщин; искусственное прерывание беременности – в 20% случаев.

Генитальные инфекции были выявлены у 17,14% беременных. Преобладали уреаплазмоз, кандидоз; реже диагностировался хламидиоз.

В структуре экстрагенитальной патологии чаще встречались заболевания сердечно-сосудистой системы: малые аномалии сердца – 33,33%, артериальная гипертензия – 11,42%. Также регистрировались патология мочевыделительной системы – 26,67% случаев (нефроптоз 1-2 степени, гидронефроз, мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит); миопия (24,76%); патология эндокринной системы – 23,81% (преобладал гипотиреоз, реже диагностировались аутоиммунный тиреоидит, узловой зоб, кисты щитовидной железы); патология желудочно-

кишечного тракта – 18,1% (преобладал хронический гастрит); варикозное расширение вен нижних конечностей – 9,52%; хронический тонзиллит – 6,67%; заболевания опорно-двигательного аппарата – 6,67%; заболевания крови (наследственная тромбофилия, полиморфизм генов гемостаза) – 4,76%. Ожирение имело место в 12,38% случаев.

36,19% пациенток перенесли вирусные инфекции во время настоящей беременности. Среди них встречались острый ринит, острый трахеит, острый фарингит, лабиальный герпес.

Путем операции кесарева сечения родоразрешены 67,62% пациенток, 32,38% – через естественные родовые пути. Средний срок родоразрешения – 270,4±9,6 дней. Установлено, что настоящая беременность у 98,1% женщин – одноплодная, а у 1,90% пациенток гестация многоплодная (дихориальная диамниотическая двойня). Среди рожденных детей преобладающими были мальчики – 60%, а процент девочек составил 40%. Распределение новорожденных по весу: до 2000 г – 2,80%, 2001-2500 г – 7,48%, 2501-3000 г – 14,95%, 3001-3500 – 44,86%, 3501-4000 г – 23,36%, 4001-4500 – 6,55%. Средняя длина тела – 51,8±3,0 см. По шкале Апгар оценку 8/9 получили 73,83% детей, 26,17% – 8/8.

Что касается особенностей течения беременности и родов: крупный плод – 14,02%; плацентарные нарушения – 24,76%; преждевременный разрыв плодных оболочек – 24,76%; длительный безводный период – 5,71%; многоводие – 2,86%; маловодие – 5,71%; синдром задержки развития плода – 4,76%; ложные схватки с 35-37 недели – 29,52%; преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – 1,90%; преждевременные роды – 8,57%; первичная слабость родовой деятельности – 3,81%. При родоразрешении через естественные родовые пути 44,12% рожениц выполнялась эпизиотомия, индукция родов имела место в 44,12% случаев естественных родов, родостимуляция – в 38,24%, ручное обследование полости матки – в 2,94%. У 60,96% пациенток была угроза прерывания беременности на разных сроках: до 10 недель у 23,81% женщин, до 22 недель у 25,71%, от 22 до 37 недель (угроза преждевременных родов) у 38,1% пациенток.

Осложнения течения беременности: преэклампсия – 16,19%; анемия легкой степени тяжести – 29,52%; анемия средней степени тяжести – 17,14%; гестационный сахарный диабет – 8,57%; наружный геморрой – 2,86%; варикозное расширение вен наружных половых органов – 1,90%.

Выводы: таким образом, каждый случай беременности у женщин с ОАГА требует особого внимания, а полученные результаты следует учитывать при формировании групп риска женщин по не вынашиванию беременности, плацентарным нарушениям, преэклампсии, преждевременным родам.

Основными задачами врача-акушера-гинеколога при ведении данной категории пациенток являются: проведение тщательного сбора анамнеза, правильная интерпретация клиничко-лабораторных методов обследования, разработка и проведение эффективной комплексной терапии на предгравидарном этапе, наблюдение и профилактическое лечение в процессе наступившей беременности.

Литература

1. Айрапетов Д. Ю. Этиологические факторы привычного выкидыша / Д. Ю. Айрапетов // *Акушерство и гинекология*. – 2011. – № 8. – С. 102–106.
2. Дубоссарская З. М. Предгравидарная подготовка женщин с невынашиванием беременности / З. М. Дубоссарская // *Здоровье женщины*. – 2009. – № 8. – С. 20–22.
3. Особенности течения беременности и родов у женщин с неразвивающейся беременностью в анамнезе / М. С. Селихова, Г. А. Дмитриенко, О. А. Кузнецова [и др.] // *Российский вестник акушера-гинеколога*. – 2012. – № 5. – С. 64–66.
4. Привычное невынашивание беременности: современный взгляд на старую проблему / В. С. Лупояд, И. С. Бородай, О. Н. Аралов [и др.] // *Международный медицинский журнал*. – 2011. – № 4. – С. 54–60.

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ