

И. И. Зданкевич

**ВЛИЯНИЕ РВОТЫ БЕРЕМЕННЫХ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД
БЕРЕМЕННОСТИ**

Научный руководитель: канд мед. наук, доц. М. С. Вербицкая

Кафедра акушерства и гинекологии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

***Резюме.** В статье представлены результаты исследования влияния рвоты беременных в I триместре гестации на течение и исход беременности. Были проанализированы факторы риска развития рвоты беременных, а также изучены дальнейшее течение беременности и ее исход у таких пациенток, в сравнении с контрольной группой.*

***Ключевые слова:** рвота беременных, течение, исход.*

***Resume.** The article presents the research results of the influence of the vomiting of pregnancy on the course and outcome of pregnancy. Analyzed the risk factors for vomiting in pregnancy, and is also explored further during the pregnancy and its outcome in these patients in comparison with control group.*

Keywords: vomiting of pregnancy, flow, outcome.

Актуальность. Рвота беременных — осложнение беременности, которое проявляется в первом триместре беременности, когда идет закладка и формирование всех органов и систем ребенка, и характеризуются диспепсическими расстройствами и нарушениями всех видов обмена.

Согласно данным статистики последнего десятилетия, до 60% беременных отмечают рвоту по утрам. Необходимо отметить, что у 35% беременных клинические проявления данного осложнения беременности, хотя и не приводят к госпитализации, но значительно ухудшают качество жизни, работоспособность и семейные взаимоотношения [1].

Цель: изучить влияние раннего токсикоза на течение и исход беременности.

Задачи:

1. Оценить влияние акушерско-гинекологического анамнеза на риск развития рвоты беременных.
2. Изучить генитальную и экстрагенитальную патологию у пациенток с рвотой беременных.
3. Проанализировать течение беременности у женщин с рвотой беременных и без нее.
4. Изучить осложнения родов и методы родоразрешения у пациенток с рвотой беременных в сравнении с контрольной группой.

Материал и методы. Нами проведен клиничко-статистический анализ 60 историй болезней и родов пациенток с рвотой беременных в анамнезе, проходящих лечение и родоразрешенных в УЗ «1-я Городская клиническая больница» г. Минска в 2015 – 2016 годах (основная группа). Контрольную группу составили 45 женщин с неосложненным рвотой беременных течением беременности.

Средний возраст пациенток основной группы составил $28,13 \pm 4,6$ года, контрольной группы – $28,87 \pm 3,9$ года ($p > 0,05$).

Статистическая обработка полученного в ходе исследования материала проводилась с использованием программы Statistica 6,0. Статистически значимыми признавались различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Из акушерско-гинекологического анамнеза известно, что у пациенток основной группы менархе наступило в $13,2 \pm 1,42$ года, а половая дебют был в $18,16 \pm 1,84$ года (в контрольной группе в $13,8 \pm 1,2$ и $17,86 \pm 0,99$ соответственно) ($p > 0,05$).

При изучении репродуктивной функции выявлено, что у пациенток с рвотой беременных достоверно чаще в анамнезе были неразвивающиеся беременности (33,33%). Также в основной группе преобладали первородящие (56,67%), женщины с абортми в анамнезе (20%). Примерно с одинаковой частотой в группах сравнения ранее были роды и выкидыши (43,33% и 13,33%, 53,33% и 15,55% соответственно).

У женщин основной группы рвота беременных проявлялась чаще в легкой (46,67%) и средней (40%) степени. Тяжелая степень встречалась только 13,33% пациенток.

Первые клинические симптомы рвоты беременных возникали чаще в сроке 6-12 недель (в легкой степени – 43,33%, средней – 33,33%, тяжелой – 13,33%), чем до 6 недель (в легкой степени – 3,33%, средней – 6,67%).

При анализе экстрагенитальной патологии установлено, что у пациенток основной группы достоверно чаще встречались заболевания эндокринной системы (30%) и органов ЖКТ(50%), а также заболевания других органов и систем (таблица 1).

Таблица 1. Сопутствующая экстрагенитальная патология у пациенток основной и контрольной групп

№	Группа заболеваний	Основная группа (n=60)		Контрольная группа (n= 45)	
		Абс.	%	Абс.	%
1	Заболевания сердечно-сосудистой системы	4	2,4	0	0
2	Заболевания дыхательной системы	10	16,67	0	0
3	Эндокринные заболевания	18	30*	1	2,22
4	Заболевания мочевыделительной системы	10	16,67	3	6,67
5	Заболевания пищеварительной системы	30	50*	3	6,67
6	Всего	35	58,33*	4	8,89

Примечание: Достоверность различий по сравнению с контрольной группой: * - $p < 0,05$

У пациенток основной группы в сравнении с контрольной группой чаще отмечалась генитальная патология. На первом месте по частоте встречаемости были воспалительные заболевания половых органов (кольпит, цервицит, сальпингоофарит) – 30%. Полипы шейки матки и миомы матки выявлены только у пациенток с рвотой беременных (таблица 2).

Таблица 2. Генитальная патология у пациенток основной и контрольной групп

№	Гинекологические заболевания	Основная группа (n=60)		Контрольная группа (n= 45)	
		Абс.	%	Абс.	%
1	Эрозия ш/м	6	10	6	13,33
2	Воспалительные заболевания половых органов	18	30*	3	6,67
3	Полипы шейки матки	2	3,33	0	0
4	Миома матки	10	16,67	0	0
5	Всего	36	60*	9	20

Примечание: Достоверность различий по сравнению с контрольной группой: * - $p < 0,05$

Проанализировав осложнения беременности у пациенток групп сравнения, выявлено, что их было больше в основной группе. Достоверно чаще у пациенток с рвотой беременных (43,33%) встречалась угроза прерывания в ранние сроки. Также у этих пациенток было больше число случаев преэклампсия, угрожающих преждевременных родов, анемии беременных, гестационного пиелонефрита (таблица 3).

Таблица 3. Осложнения беременности у пациенток основной и контрольной групп

№	Осложнения беременности	Основная группа (n=60)		Контрольная группа (n= 45)	
		Абс.	%	Абс.	%
1	Угроза прерывания в ранние сроки	26	43,33*	3	6,67
2	Преэклампсия	6	10	1	2,22
3	Угрожающие преждевременные роды	6	10	0	0
4	Анемия беременных	10	16,67	5	11,11
5	Гестационный пиелонефрит	7	11,67	3	6,67
6	Всего	55	91,67*	12	26,67

Примечание: Достоверность различий по сравнению с контрольной группой: * - $p < 0,05$

С родовой деятельностью, развившейся самостоятельно, в родильный дом роженицы с неосложненным рвотой беременных течением беременности поступали в 2,1 раза чаще, чем роженицы с ранним токсикозом: 24,44% и 11,67% соответственно.

Спонтанно родовая деятельность развивалась у 56,67% пациенток основной группы и 93,33% контрольной группы. Для предродовой подготовки в отделение патологии беременности поступило 26,67% женщин основной группы и 6,67% женщин контрольной группы.

Роды пациенток основной группы характеризовались большим числом осложнений. Достоверно чаще встречалось преждевременное и раннее излитие околоплодных вод – 26,67% . Также чаще у них встречались аномалии родовой деятельности, гипоксия плода, угрожающий разрыв промежности, патологическая кровопотеря (таблица 4).

Таблица 4. Осложнения в родах у пациенток основной и контрольной групп

№	Осложнения родов	Основная группа (n= 60)		Контрольная группа (n=45)	
		Абс.	%	Абс.	%
1	Несвоевременное (преждевременное и раннее) излитие околоплодных вод	16	26,67*	2	4,44
2	Аномалии родовой деятельности	1	1,67	0	0
3	Гипоксия плода	2	3,33	0	0
4	Угрожающий разрыв промежности	6	10	2	4,44
5	Патологическая кровопотеря	9	15	3	6,67
6	Всего с осложнениями	34	56,67*	9	20

Примечание: Достоверность различий по сравнению с контрольной группой: * - $p < 0,05$

Средняя кровопотеря при родах через естественные пути у женщин основной группы превышала аналогичный показатель у пациенток контрольной группы ($353,33 \pm 143,17$ мл и $266,67 \pm 35,36$ мл соответственно) ($p > 0,05$).

В ходе анализа методов родоразрешения получены следующие данные: через естественные родовые пути в основной группе были родоразрешены 65% пациенток, путем кесарева сечения – 33,33%, вакуумная экстракция плода – 1,67%. В контрольной группе – роды через естественные родовые пути проведены у 95,56%, путем кесарева сечения – у 4,44%. Эпизиотомия роженицам основной и контрольной групп проводилась в 20% и 11,11% соответственно. Преждевременные роды отмечались в 3,33% женщин основной группы.

Показания к оперативному родоразрешению у пациенток основной и контрольной групп представлены в таблице 5.

Таблица 5. Показания к оперативному родоразрешению у пациенток основной и контрольной групп

№	Показания к оперативному родоразрешению	Основная группа (n=60)		Контрольная группа (n=45)	
		Абс.	%	Абс.	%
1	Родоразрешены в плановом порядке	14	23,33	2	4,44
1.1	Рубец на матке после операции кесарева сечения	6	10	1	2,22
1.2	Сочетанные показания	8	13,33	1	2,22
2	Родоразрешены в экстренном порядке	6	10	0	0
2.1	Преждевременное излитие вод при неподготовленных родовых путях	4	6,67	0	0
2.2	Клинически узкий таз	1	1,67	0	0
2.3	Острая гипоксия плода	1	1,67	0	0

Оценка состояния новорожденных от женщин основной и контрольной групп по шкале Апгар соответствовала 8/8 баллам, их средний рост и вес $3583,3 \pm 211,89$ г, $52,8 \pm 1,01$ см и $3592 \pm 326,61$ г, $52,73 \pm 1,16$ см соответственно ($p > 0,05$).

Выводы:

1 Риск развития рвоты беременных достоверно выше у женщин с неразвивающейся беременностью в анамнезе.

2 У пациенток с заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта, эндокринной системы и воспалительными заболеваниями половых органов, беременность чаще осложняется рвотой беременных в I триместре, чем у здоровых женщин.

3 Беременность у женщин с рвотой беременных в 43,33% протекала с угрозой прерывания в ранние сроки, что достоверно выше в сравнении с контрольной группой.

4 Роды у пациенток с рвотой беременных в анамнезе чаще осложнялись преждевременным и ранним излитием околоплодных вод (26,67%). Они чаще родоразрешались оперативным путем (31,67%), чем пациентки контрольной группы.

5 Для снижения риска развития рвоты беременных в I триместре необходима прегравидарная подготовка, санация очагов инфекции, пациенткам с патологией ЖКТ и эндокринными заболеваниями целесообразно планирование беременности совместно с эндокринологом и гастроэнтерологом.

I. I. Zdankevich

THE INFLUENCE OF THE VOMITING OF PREGNANCY ON THE COURSE AND OUTCOME OF PREGNANCY

Tutors: candidate of medical sciences, assistant professor M. S. Verbitskaya

*Department of Obstetrics and Gynecology,
Belarusian State Medical University, Minsk*

Литература

1. Клинический случай применения Ксилата в комплексной терапии тяжелого раннего токсикоза беременных / Ю. В. Давыдова, А. Ю. Лиманская, В. Н. Тудай, А. Н. Мокрик // Здоровье женщины. – 2015. - №1. – С.45-48.

2. Акушерство: Учебник для медицинских вузов. 4-е изд., доп. / Э. К. Айламазян.- СПб.: СпецЛит, 2003.- 528 с: ил.