

ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТЕЙ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКИМ АНАМНЕЗОМ

Черствая Е. В., Васильева Л. Н.

*Кафедра акушерства и гинекологии
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Ключевые слова: *отягощенный акушерский анамнез*

Резюме. *Отягощенный акушерский анамнез - это собирательное понятие, под которым понимают неблагоприятные исходы предыдущих беременностей, такие как самопроизвольные выкидыши, неразвивающаяся беременность, антенатальная гибель плода, преждевременные роды, наличие медицинских аборт в анамнезе и др.*

Resume. *The burden of obstetric anamnesis is a collective term, which refers to the adverse outcomes of previous pregnancies, such as spontaneous abortions, undeveloped pregnancies, antenatal fetal death, premature birth, the presence of medical abortions in the anamnesis etc.*

Актуальность. За период с начала 2015 по декабрь 2016 в УЗ «6 городская клиническая больница» г. Минска произошло 11473 родов, причем у 4567 пациенток (40% от общего количества родов) анамнез был отягощен несостоявшейся предыдущей беременностью: внематочная беременность, самопроизвольный выкидыш, неразвивающаяся беременность, прерывание первой беременности по желанию женщины. Треть из родивших женщин с ОАА составляют повторнوبرеменные первородящие пациентки. В настоящее время частота неблагоприятных исходов для такого рода пациенток высока (по данным разных авторов составляет от 15% до 45,7%). И поэтому вопросы ведения беременности и родов у такой категории пациенток приобретают наибольшую ценность и значимость для населения страны.

Цель: охарактеризовать течение беременности и родоразрешения у повторнوبرеменных первородящих пациенток с отягощенным акушерским анамнезом.

Задачи:

1. Сравнить экстрагенитальную патологию, гинекологический анамнез положение плода и у данных пациенток
2. Выявить наиболее частые осложнения беременности, родов в исследуемых группах и сравнить их между собой
3. Определить особенности течения беременности и родов у данных пациенток

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 165 историй родов на базе УЗ «6 городская клиническая больница» г. Минска за 2015 – декабрь 2016 гг. На основе проанализированного материала сформировано 5 групп пациенток: I – 31 беременных с внематочной беременностью в анамнезе, II – 33 пациентки с самопроизвольным выкидышем в анамнезе, III – 36 пациенток с неразвивающейся беременностью в анамнезе, IV- 65 пациенток с прерыванием первой беременности по желанию женщины в анамнезе.

Результаты и их обсуждение. Возраст в исследуемых группах составил от 20 до 30 лет и по группам значимо не различался (I - 27,5 года, II – 25,9, III – 27,1, IV – 26,4). Все роды были срочными.

При сравнении экстрагенитальной патологии в исследуемых группах достоверно наиболее частой патологией стали нарушение жирового обмена и миопия различной степени явились, у пациенток I и II также достоверно часто встречалось варикозное расширение вен (рисунок 1)

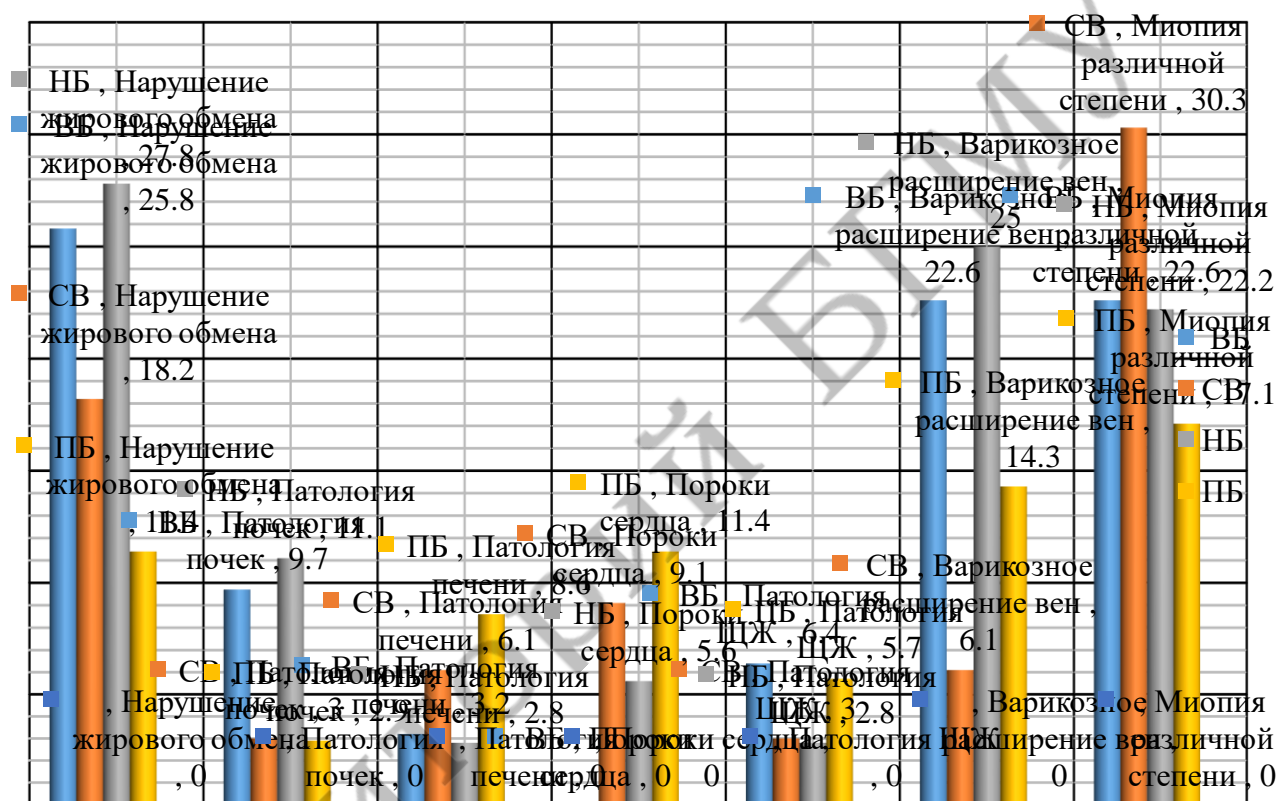


Рис. 1 – Экстрагенитальная патология

Предлежание плода было в большинстве случаев среди всех пациенток было головным, положение – продольное, исключение – группа пациенток с прерыванием беременности по желанию женщины (48,6% поперечное положение и 42,9% продольное).

Анализируя гинекологический анамнез пациенток в исследуемых группах было выявлено, что во всех группах достоверно чаще встречается ЭШМ в анамнезе в группе I высокий вес также имеет кольпит, в IV- ИППП (таблица 1).

Наибольший интервал между беременностями, от 8 до 10 лет, отмечен в группе женщин, прервавших первую беременность по своему желанию. Однако это связано с нежеланием женщины беременеть, а не с бесплодием. Наименьший интервал между беременностями отмечен в группе пациенток, перенесших трубную беременность (2-4 года), наибольший в группе женщин, имевших в анамнезе неразвивающуюся беременность (8-10 лет), причем у 5 из них был выставлен диагноз бесплодие.

Таблица 1 – Гинекологический анамнез

Показатель	ВБ		СВ		НБ		ПБ	
	бс.	%	бс.	%	бс.	%	бс.	%
ЭШМ	4	2,9	6	8,2	8	2,2	7	0
ИППП	2	,5	3	,1	1	,8	6	7,1
Кольпит	4	2,9	2	,1	1	,8	1	,9
Хронический сальпингоофорит	2	,5	1	,0	3	,5	4	1,4
Бесплодие	1	,2	3	,1	5	3,9	0	

В исследуемых группах по беременности чаще осложнялась: I – анемией, II – анемией, III – анемией, IV- макросомия плода. Угрозой прерывания беременности в различных сроках присутствовала у большей доли пациенток во всех группах. Также выявленные случаи многоводия (I, III), маловодия (IV), синдрома задержки внутриутробного развития (СЗРП) в III группе (рисунок 2)

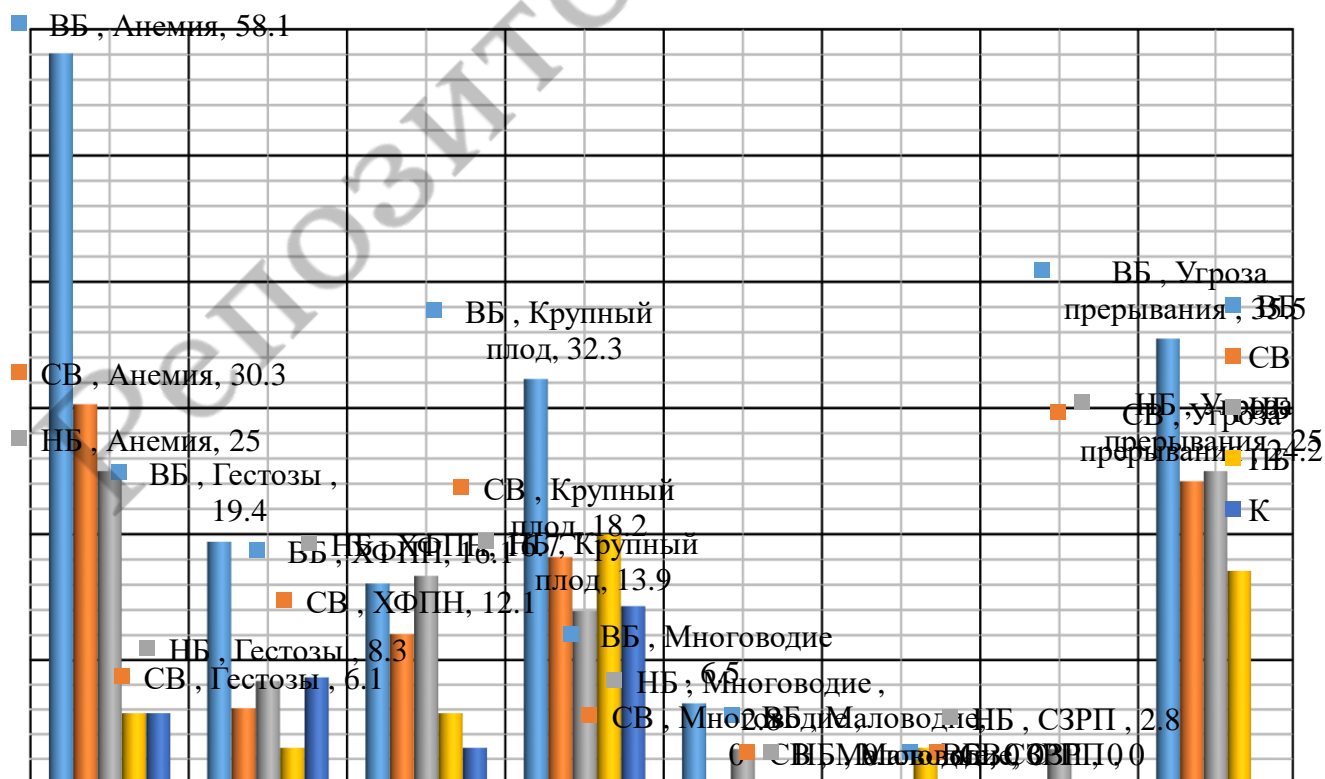


Рис. 2 – Осложнения беременности

Через естественные родовые пути чаще рожали женщины, имеющие в анамнезе трубную беременность с трубной беременностью (21 женщина (67,74%)) и медицинский аборт (24 (67,69%)). У пациенток с анамнезом, отягощенным неразвивающейся беременностью или самопроизвольным выкидышем, кесарево сечение проводилось примерно в половине случаев (во II группе – 16 женщин (48,48%), в III – 16 (44,4%). В подавляющем большинстве операция выполнялась в плановом порядке.

Основными осложнениями в родах были несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, травматизм (таблица 2). Несвоевременное излитие околоплодных вод было наиболее частым осложнением в I и II группе, аномалии родовой деятельности в III и травматизм в IV

Таблица 2 – Осложнения, возникшие в родовом периоде

Показатель	ВБ		СВ		НБ		ПБ	
	бс.	%	бс.	%	бс.	%	бс.	%
Травматизм (разрывы промежности, эпизиотомия)(EP)	3	9,7	9	27,3	7	21,9	1	4,3
Аномалии родовой деятельности	3	9,7	5	15,2	1	3,1	0	0,0
Несвоевременное излитие околоплодных вод	7	22,6	1	3,3	0	0,0	1	4,0

Кровопотеря у пациенток всех групп, родивших через естественные родовые пути, была физиологической и достоверно по группам не отличалась. Однако кровопотеря во время операции кесарево сечение была выше у пациенток I группы.

Все дети родились без асфиксии, по весу и росту значительно не отличались по группам.

Выводы: Учитывая найденные данные, пациенткам с отягощенным акушерским анамнезом при планировании последующей беременности особое внимание следует обратить на следующие моменты:

1) Пациенткам с внематочной беременностью в профилактических целях стоит посетить эндокринолога и гинеколога, и при наличии какой-либо патологии вылечить ее или привести к рецидивному течению.

2) Пациенткам с самопроизвольным выкидышем в анамнезе стоит обратить внимание на свое зрение.

3) Пациенткам с неразвивающейся беременностью в анамнезе следует внимательно следить за ИМТ, и если он превышает нормальный показатель, то следует принять меры по его снижению; профилактически пройти обследование у нефролога и гинеколога, и при наличии какой-либо патологии вылечить ее или

привести к рецидивному течению; при наличии варикозного расширения вен нижних конечностей обратиться к хирургу и обсудить с ним возможные варианты лечения. В данной группе самый большой процент пациенток с выставленным диагнозом «бесплодие».

4) Пациенткам с прерыванием первой беременности по желанию женщины в анамнезе также следует внимательно следить за ИМТ, и если он превышает нормальный показатель, то следует принять меры по его снижению; профилактически пройти обследование у гинеколога, и при наличии какой-либо патологии вылечить ее или привести к рецидивному течению; внимательно относиться к выбору своего полового партнера.

Во время наступления беременности всем группам пациенток стоит проводить профилактику анемии, гестозов, следить за изменением ИМТ (не прибавлять в весе больше необходимой нормы).

Литература

1. Значение соматической и акушерско-гинекологической патологии в развитии преэклампсии / Е. Г. Сяндюкова, Б. И. Медведев, С. Л. Сашенков и др. // Человек. Спорт. Медицина. – 2013. – № 1. – С. 8 -13.
2. Истмико-цервикальная недостаточность при различных факторах риска / Л. И. Кох, И. В. Сатышева // Сибирское медицинское обозрение. – 2018. – № 2. – С. 28-33.
3. Руководство по охране репродуктивного здоровья / В. И. Кулаков, В. Н. Серов, Л. В. Адамян // Триада-Х. 2001. - С.141 - 147.
4. Кулаков В. И., Серов В. Н., Адамян Л. В. Руководство по охране репродуктивного здоровья. – М.: Триада-Х, 2001. – С.360.