

ОТЯГОЩЕННЫЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ: МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Антипина Е.О., Головкова Е.В.

*Гродненский государственный медицинский университет,
кафедра общественного здоровья и здравоохранения, г. Гродно*

Ключевые слова: беременность, невынашивание, осложнения, группы риска.

Резюме: ведение беременности и родов у женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом является одним из приоритетных направлений медицинской науки и предполагает углубленное изучение репродуктивного, соматического, а также социального статуса пациенток данной группы. В статье дается подробная медико-социальная характеристика женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом.

Resume: the management of pregnancy and childbirth in women with a burdened obstetric and gynecological history is one of the priority areas of medical science and involves an in-depth study of the reproductive, somatic, and social status of patients in this group. In the article the authors present a detailed medical and social characteristics of women with a burdened obstetric and gynecological history.

Актуальность. Учитывая современную неблагоприятную демографическую ситуацию и необходимость сохранения каждой желанной беременности, изучение медико-социальных аспектов отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза (ОАГА) имеет важное значение. 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 [1]. Считается, что наличие ОАГА влияет на течение беременности, развитие плода и перинатальные исходы [1, 2]. У женщин с ОАГА имеется тенденция к невынашиванию беременности, которое занимает одно из лидирующих мест среди важнейших проблем практического акушерства [2]. В настоящее время невынашивание беременности наблюдается в 10-25% всех желанных беременностей; в I триместре оно может достигать 50% и более, во II – 20% и в III – до 30% [3]. Каждая прервавшаяся беременность наносит женщине не только психологическую травму, но и отрицательно сказывается на состоянии репродуктивной системы в целом [4]. С каждой неудачной попыткой беременности усугубляются патологические процессы, приводящие к невынашиванию, что все больше затрудняет решение этой проблемы. Проблема охраны здоровья матери и ребенка рассматривается как важнейшая составная часть здравоохранения, имеющая первостепенное значение для формирования здорового поколения людей с самого раннего периода их жизни. В настоящее время ведение беременности и родов у женщин с ОАГА является одним из приоритетных направлений медицинской науки, которое предполагает углубленное изучение репродуктивного, соматического, а также социального статуса пациенток данной группы и соответственно требует интеграции и преемственности в работе врачей многих специальностей.

Цель: провести анализ медико-социального статуса женщин с ОАГА.

Задачи: изучить основные аспекты социального статуса, структуры гинекологической и экстрагенитальной патологии, осложнений течения беременности и родов у женщин с ОАГА для определения перинатальных факторов риска у этой группы женщин и анализа особенностей репродуктивной функции у пациенток группы риска по невынашиванию беременности для снижения риска перинатальных потерь.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 105 историй родов женщин с ОАГА, находившихся на стационарном лечении в УЗ «ГОКПЦ» в 2018 году. Данные обработаны на персональном компьютере с использованием пакета прикладных стандартных компьютерных программ «Microsoft Excel 2013», «Statistica 10.0».

Результаты и их обсуждение. Средний возраст женщин с ОАГА 32,4 года. На момент проведения исследования 70,48% респонденток состояли в зарегистрированном браке, 16,19% – в «гражданском» браке, 5,71% – никогда не состояли в официальном браке, 7,62% – разведены. Пациентки исследуемой группы в 54,29% случаев имеют высшее образование, 37,14% – среднеспециальное, 8,57% – общее среднее образование. 52,38% респонденток заняты интеллектуальным трудом. 76,19% женщин проживают в городе, 23,81% – в сельской местности. Возраст наступления менархе у пациенток данной группы – 12,8 лет. Возраст начала половой жизни – 19,4 лет. Возраст отца будущего ребенка составил 34,6 лет. Средний рост беременных этого контингента – $166,2 \pm 0,8$ см; средняя масса тела – $71,5 \pm 1,4$ кг. Средняя прибавка веса к концу гестации составила $15,8 \pm 0,6$ кг. Ожирение отмечено у 12,38% женщин.

Настоящая беременность была первой у 16,19% женщин, второй – в 30,48% случаев, третьей – в 22,85%, четвертой и более – в 30,48%. Первые роды были у 37,14% женщин, вторые – у 38,1%, третьи – у 12,38%, четвертые и более – также у 12,38% женщин. Беременность после вспомогательных репродуктивных технологий имела место в 8,57% случаев. Самопроизвольный выкидыш регистрировался в анамнезе в 33,33% случаев; неразвивающаяся беременность – в 21,90%; внематочная беременность – в 9,52% наблюдений; антенатальная гибель плода – у 2,86% женщин; искусственное прерывание беременности – в 20% случаев (в т.ч. по медико-генетическим показаниям). У 60,96% пациенток исследуемой группы была угроза прерывания настоящей беременности на разных сроках: у 11,43% беременных – только до 10 недель, у 10,48% – только в период с 10 до 22 недель, у 17,14% – только в период с 22 до 37 недель, у 2,86% – до 10 недель и в период с 10 до 22 недель, у 6,67% – до 10 недель и в период с 22 до 37 недель, у 8,57% – в период с 10 до 22 и с 22 до 37 недель, у 3,81% – на протяжении всей беременности.

74,29% женщин исследуемой группы имеют в анамнезе гинекологические заболевания, при этом 24,76% – сочетанную гинекологическую патологию. В структуре гинекологической патологии у женщин с ОАГА наиболее часто встречались заболевания шейки матки (38,1%), миома матки (24,76%), киста яичника (17,14%), синдром поликистозных яичников (12,38%). Инфекции урогенитального тракта были выявлены у 17,14% беременных. В структуре экстрагенитальной патологии на первом месте по распространенности – заболевания сердечно-сосудистой системы (44,76%), из них малые аномалии сердца – 33,33%, артериальная гипертензия – 11,43%; на втором месте находится патология мочевыделительной системы – 26,67% случаев

(нефроптоз 1-2 степени, гидронефроз, мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит); на третьем месте – миопия (24,76%); на четвертом месте – патология эндокринной системы, которая была диагностирована в 23,81% случаев (гипотиреоз, аутоиммунный тиреоидит, узловой зоб, кисты щитовидной железы); на пятом месте – патология желудочно-кишечного тракта (18,1%). Учитывая тот факт, что в настоящее время важную роль в генезе невынашивания беременности отводят антифосфолипидному синдрому и генетически детерминированным формам тромбофилий, следует отметить, что у 4,76% женщин исследуемой группы выявлен полиморфизм генов гемостаза.

У 16,19% женщин во время настоящей беременности была диагностирована преэклампсия, у 8,57% – гестационный сахарный диабет, у 29,52% – анемия легкой степени, у 17,14% – анемия средней степени. У 24,76% беременных были выявлены плацентарные нарушения: в 19,05% случаев – компенсированная форма, в 5,71% – субкомпенсированная форма.

Кесарево сечение было выполнено в 67,62% случаев; 32,38% пациенток – родоразрешены через естественные родовые пути. Преждевременные роды отмечены в 8,57% случаев. Индукция родов потребовалась в 44,12% случаев естественных родов, родостимуляция – в 38,24% наблюдений.

Выводы: таким образом, в результате исследования социального статуса женщин с ОАГА установлено, что возраст большинства женщин с ОАГА – старше 30 лет; более 70% пациенток данной группы состоят в официальном браке, являются городскими жителями; более 50% – имеют высшее образование и заняты интеллектуальным трудом. Что касается медицинских аспектов, то большинство женщин с ОАГА имеют тенденцию к невынашиванию беременности, различные гинекологические и экстрагенитальные заболевания. Женщины с ОАГА входят в группы риска по плацентарным нарушениям, преэклампсии, преждевременным родам, аномалиям родовой деятельности, перинатальным осложнениям. Следовательно, каждый случай беременности у пациенток с ОАГА требует углубленного обследования в отношении генетической, эндокринной, иммунной и инфекционной патологии, поэтому женщины данной группы должны особенно ответственно подходить к планированию беременности, проходить прегравидарную подготовку с целью снижения объема медикаментозного лечения во время беременности, профилактики репродуктивных потерь, осложнений течения беременности и родов и перинатальной патологии.

Литература

1. Черствая, Е. В. Отягощенный акушерский анамнез: исходы беременностей и родов / Е. В. Черствая, А. С. Пумпур // Устойчивое развитие науки и образования. – 2018. – №3 – С. 223-229.
2. Меньшикова, Л. В. Перинатальные исходы и клиническая характеристика беременных с отягощенным акушерским анамнезом / Л. В. Меньшикова, Е. В. Бабанская, С. М. Бачюрина // Сибирское медицинское обозрение. – 2018. – №4 – С. 46-52.
3. Невынашивание беременности: общий взгляд на проблему / Г. С. Богданова [и др.] // Медицинский совет. – 2012. – №3. – С. 61-67.
4. Привычное невынашивание беременности: современный взгляд на старую проблему / В. С. Лупояд [и др.] // Международный медицинский журнал. – 2011. – № 4. – С. 54-60.