

© Н. Г. Иглина, С. В. Мазур

УДК 618.3-008.6

ФАКТОРЫ РИСКА В РАЗВИТИИ ГЕСТОЗА У ПАЦИЕНТОК ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА МАУЗ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №1» Г. НОВОСИБИРСКА*

Н. Г. Иглина, С. В. Мазур (Новосибирск, Россия)

В статье рассматриваются факторы риска, способствующие развитию гестоза у беременных женщин. Сравняются группы женщин разного возраста: 1 группа до 20 лет (22 человека), 2 группа – от 21 до 30 лет (50 чел.), третья группа – от 31 и старше (50 чел). Указывается, что в настоящее время ведущая роль в патогенезе гестоза отводится острому повреждению периферической сосудистой системы. Важное место в этом процессе занимает функциональное состояние эндотелия сосудов, который является одним из главных факторов регуляции сосудистого тонуса. Основными факторами развития гестоза являются: возраст женщины, репродуктивная функция, наличие ожирения, инфекций, экстрагенитальной патологии, наличие вредных привычек, социальные и экологические факторы. Подчеркивается, что выявление факторов риска, проведение профилактических мероприятий по предупреждению гестоза имеет важное медико-социальное значение. Представлены профилактические рекомендации для беременных женщин с гестозами.

Ключевые слова: гестоз, беременные женщины, факторы риска.

Проблема гестоза – одна из наиболее актуальных в современном акушерстве, так как в структуре акушерской заболеваемости данная патология занимает ведущее место. Гестоз – это осложнение беременности, обусловленное несоответствием возможностей адаптационных систем организма матери адекватно обеспечить потребности развивающегося плода, характеризуется глубоким

расстройством функций жизненно важных органов и систем [1]. Это сложный нейрогуморальный патологический процесс, проявляющийся различными расстройствами функций центральной и вегетативной нервной, сердечнососудистой и эндокринной систем, а также нарушением ряда обменных процессов, иммунного ответа и других функций организма беременной [2].

* Статья подготовлена по результатам работы Всероссийской научной школы с Международным участием «Опыт использования мониторинга здоровья и физической подготовленности учащейся молодежи» (12–14 ноября 2013 г.).

Иглина Нина Григорьевна – кандидат биологических наук, профессор кафедры анатомии, физиологии и безопасности жизнедеятельности, Новосибирский государственный педагогический университет.

E-mail: iglina60@mail.ru

Мазур Снежанна Васильевна – студентка 5 курса, специальности «Безопасность жизнедеятельности», Новосибирский государственный педагогический университет.

Изучение данной темы сохраняет свою актуальность по следующим причинам:

1. Среди причин материнской смертности по РФ гестоз стабильно занимает третье место и составляет 15–25 %.

2. Частота преждевременных родов при гестозе составляет 20–30 %.

3. Перинатальная заболеваемость 56 %, а перинатальная смертность в 3–4 раза превышает популяционную, достигая 12 %.

4. Актуальность проблемы обусловлена также и тяжелыми последствиями этого заболевания. У женщин, перенесших гестоз, формируется хроническая патология почек и гипертоническая болезнь [4].

Существует несколько теорий возникновения гестозов: иммуногенетическая, гормональная, почечной интоксикации и повреждения эндотелия, гемодинамическая, плацентарная (морфологические изменения в плаценте и нарушение продукции гормонов), психогенная, неврологическая, наследственная и другие. Большинство исследователей склоняются к мнению о полиэтиологичности возникновения гестозов [3].

В настоящее время ведущая роль в патогенезе гестоза отводится острому повреждению периферической сосудистой системы. Возникающая гипоперфузия тканей вследствие вазоконстрикции, гиповолемии, нарушений реологических свойств крови и гиперкоагуляции неизбежно приводит к ишемическим повреждениям в тканях различных органов с формированием полиорганной недостаточности [3, 6]. Важное место в этом процессе занимает функциональное состояние эндотелия сосудов, который является одним из главных факторов регуляции сосудистого тонуса, иммунных реакций организма, состояния микроциркуляции и всех ее составляющих. Кроме того, эндотелий, являясь уникальной

тканью, присутствует в основных органах-мишенях (печени, почках, цнс, матке, плаценте), изменения в которых при гестозе определяют исход для матери и плода [3, 6].

Из литературных источников известно, что основными факторами, влияющими на развитие гестоза являются: возраст женщины (юные и старше 30 лет), репродуктивная функция, наличие ожирения, инфекций, экстрагенитальной патологии, наличие вредных привычек, социальные и экологические факторы. Выявление факторов риска, проведение профилактических мероприятий по предупреждению гестоза имеет важное медико-социальное значение. Дети от таких матерей, как правило, имеют нарушения физического и психоэмоционального развития, при этом значительно возрастает заболеваемость в младенческом и раннем детском возрасте.

В связи с этим была поставлена цель исследования: определить факторы риска развития гестоза II половины беременности, встречаемые у пациенток дневного стационара Женской консультации Центрального района г. Новосибирска.

Данная работа была проведена на базе дневного стационара Муниципального автономного учреждения здравоохранения «Городская поликлиника № 1».

Были проанализированы следующие документы: отчеты, статистические данные, истории беременных, обменные карты, результаты анализов, листы назначений, процедурные журналы.

Беременные женщины были разделены на 3 возрастных группы: до 20 лет (22 человека), от 21 до 30 лет (50 чел.), от 31 и старше (50 чел.).

Для анализа брали следующие показатели: репродуктивная функция, артериальное давление при поступлении в стационар, нали-

чие ожирения, патологическая прибавка веса при поступлении, наличие инфекций, передаваемых половым путём в анамнезе, уровень образования, наличие вредных привычек (курение), экстрагенитальной патологии, анемии беременных.

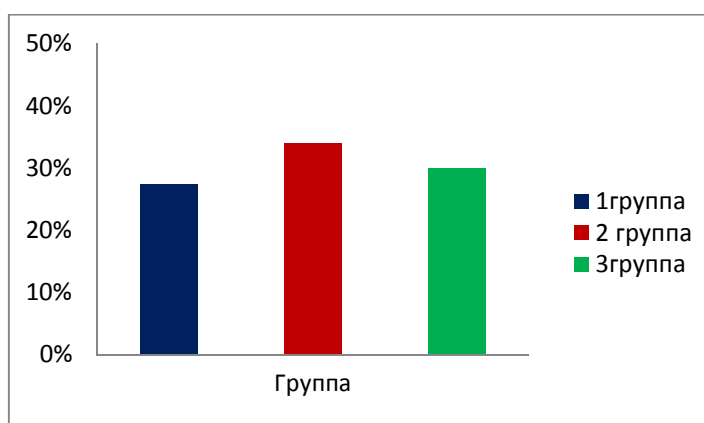
В дневном стационаре беременные женщины проходят лечение по поводу различных осложнений. Так, сравнивая показатели за 2011–2012 гг., следует отметить, что наиболее часто лечение получали пациентки с угрозой выкидыша более 12 недель беременности, с угрозой выкидыша до 12 недель, с отёками, плацентарными нарушениями, с рво-

той беременных. Анализируя эти показатели, можно увидеть, что более чем в 2 раза выросло количество плацентарных нарушений в 2012 г. по сравнению с 2011 г. Чаще всего представленная структура по нозологии приводит к гестозу.

Анализируя показатели трех обследуемых групп, мы определили, что в каждой группе встречаются данные осложнения, но встречаемость данной патологии выше во второй и третьей группах. Это связано с тем, что большинство родов приходится на женщин этих групп. Данные представлены на рисунке 1.

Рисунок 1

Наличие гестоза у женщин в обследованных группах.



Уровень образования, общей культуры женщины, её знания в области гигиены и сохранения репродуктивного здоровья, несомненно, оказывают влияние на течение беременности. Анализируя уровень образования в данных группах установили, что высшее образование имеют большинство женщин второй и третьей групп, тогда как в первой группе равное количество женщин со средним и высшим образованием.

Огромное влияние на репродуктивное здоровье женщины в целом, а так же на возникновение и развитие гестоза в частности,

оказывает количество беременностей. С каждой последующей беременностью риск возрастает. На долю первой беременности в 1 гр. женщин приходится 68 %, во 2 гр. 42 %, в 3 гр. только 12 %, тогда как на долю 3 беременности в 3 гр. приходится 34 % случаев по сравнению с 12 и 14 % в 1 и 2 гр. соответственно.

Наличие инфекций, передаваемых половым путем, играет огромную роль при вынашивании беременности, оказывает влияние на ее течение и развитие гестоза. Особенности инфекций, передаваемых

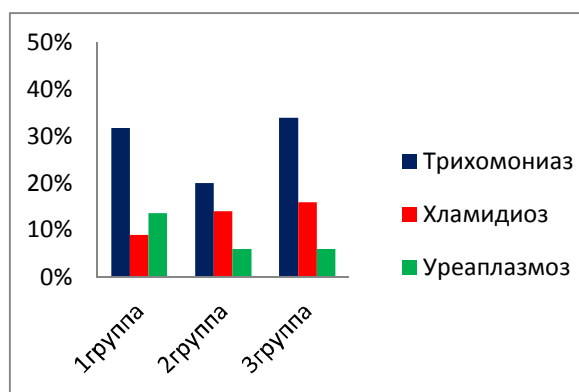
половым путем (ИППП), на современном этапе является то, что часто диагностируются mixed-инфекции, течение которых латентно, малосимптомно, часто хроническое, что создает дополнительные трудности при выявлении и лечении ИППП отрицательно

влияет на состояние плода и здоровье ребенка после рождения.

Из рисунка 2 мы видим, что первое место во всех 3 группах занимает трихомониаз. Кроме того часто встречаются хламидиоз, уреаплазмоз.

Рисунок 2

Анамнестические данные по инфекциям, передаваемым половым путем



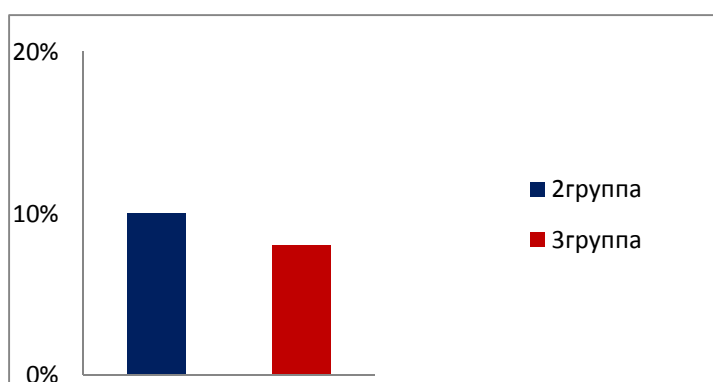
Наличие экстрагенитальной патологии у беременной женщины является одним из важнейших факторов риска возникновения и развития сочетанного гестоза II половины беременности, различных осложнений. В настоящее время часто у одной и той же женщины мы можем наблюдать сочетание экстрагенитальных патологий, что существенно осложняет течение беременности, повышает риск развития гестоза, способствует его

утяжелению. У большинства обследуемых женщин разных групп в анамнезе был выявлен хронический танзилит.

Наличие ожирения у беременной женщины так же является одним из факторов риска развития гестоза. Из рисунка 3 видно, что ожирение было выявлено у 10 % беременных женщин 2-ой группы – и 8 % – 3-й группы.

Рисунок 3

Наличие ожирения у обследованных женщин

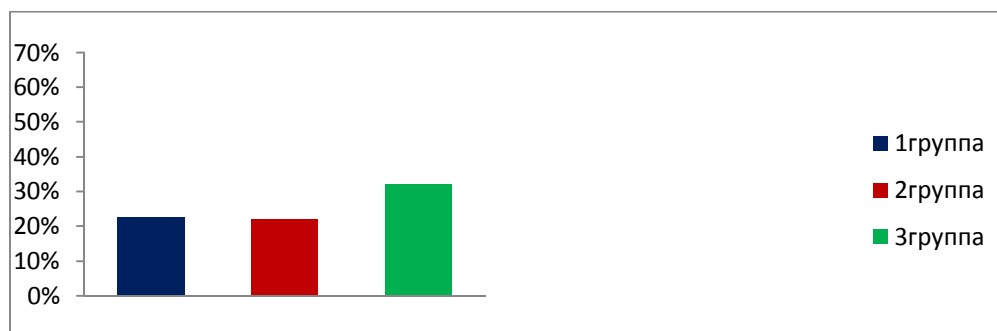


Патологическая прибавка веса является признаком гестоза, так же может указывать на наличие скрытых отеков. Количество бе-

ременных с патологической прибавкой в третьей группе больше, соответственно риск развития гестоза – выше (Рис.4).

Рисунок 4

Патологическая прибавка веса у обследуемых женщин

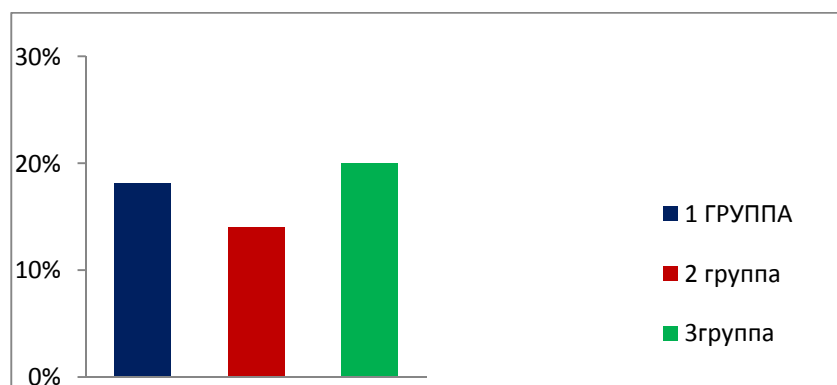


Вредные привычки оказывают пагубное влияние на организм беременной женщины и развивающегося плода, способствуя развитию гестоза. Было установлено, что 13 % женщин первой группы курят, во II группе таких женщин – 10 % , в III группе – 6 %.

Анемия беременных способствует развитию гестоза и, наоборот, гестоз может послужить причиной анемии беременных. Из представленных данных рисунка 5, можно увидеть, что анемия беременных встречается во всех группа, но в третьей группе процент встречаемости выше.

Рисунок 5

Наличие анемии у обследуемых беременных женщин



Нами были составлены рекомендации для беременных женщин с гестозом:

- Профилактика и лечение экстрагенитальной патологии, инфекций.

- Планирование последующей беременности.
- Ранняя первая явка в женскую консультацию.

- Мониторинг беременности.
- Соблюдение режима труда и отдыха.
- Рациональное питание.
- Гимнастика для беременных (при отсутствии противопоказаний) [5].

Фитотерапия для профилактики и лечения гестозов очень актуальна, особенно при отеках, так как многие лекарственные растения обладают мочегонным эффектом. При гестозе назначают почечный чай, клюквенный или брусничный морс, отвар шиповника. Седативные настойки из пустырника можно применять, начиная с первых недель беременности для профилактики гестозов [5].

Выводы

1. Большинство пациенток дневного стационара МАУЗ «Городская поли-

клиника №1» женской консультации Центрального района г. Новосибирска имели осложнения беременности – гестозы.

2. У пациенток дневного стационара МАУЗ «Городская поликлиника № 1» женской консультации Центрального района г. Новосибирска основными факторами в развитии гестоза II половины беременности являются: возраст беременных женщин, наличие ожирения, соматической патологии, инфекций, передаваемых половым путем, вредных привычек, анемии.

4. Разработаны рекомендации для женщин с осложнениями беременности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э.К., Мозговая Е.В. Гестоз. Теория и практика. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – 272 с.
2. Башмакова Н.В., Крысова Л.А., Ерофеев Е.Н. Современные подходы к профилактике гестоза // Акушерство и гинекология, 2006. – № 5. – С. 45–47.
3. Блощинская И.А., Петричко Т.А., Давидович И.М. Вазорегулирующая функция сосудистого эндотелия при физиологической беременности и гестозе // Журн. акушер. и женских болезней, 2003. – Т. LII, вып. 1.– С. 26–32
4. Демарчук Е.Л., Щедрина А.Г. Лечебная физкультура в акушерстве: учеб.-метод. пособ. // Новосибирская Государственная Медицинская Академия. – Новосибирск, 2003. – 33 с.
5. Мозговая Е.В., Аржанова О.Н. Медикаментозная терапия и профилактика гестоза: методические рекомендации. – СПб., Изд-во Н-Л, 2008. – 40 с.
6. Blennow M., Savman K., Lives P. et al. Brain-specific proteins in the cerebrospinal fluid of severely asphyxiated newborn infants. Acta Paediatr, 2001, vol. 90, pp. 1171–1175.

© N. G. Iglina, S. V. Masur

UDC 618.3-008.6

RISK FACTORS OF GESTATIONAL TOXICOSIS DEVELOPING OF PATIENTS OF CITY HOSPITAL NUMBER 1 OF NOVOSIBIRSK

N. G. Iglina, S. V. Masur (Novosibirsk, Russia)

The paper presents risk factors, which enhance development of gestational toxicosis in pregnant women. There is comparison among different groups: up to 20 years old (22 people), from 21 to 30 years (50 people) and older than 31 (50 people). Stresses that currently play the leading role in the pathogenesis of preeclampsia are leading to acute damage of the peripheral vascular system. The important role in this process takes vascular endothelial dysfunction, which is one of the main factors in regulation of vascular tone. The main factors of development of preeclampsia are: woman's age, reproductive function, presence of obesity, infections, extragenital pathology, bad habits, social and environmental factors. It is shown that identification of risk factors and realization preventive measures for reducing gestational toxicosis have important medical and social importance. Prophylactic recommendations are presented for pregnant women.

Key words: gestational toxicosis, pregnant women, risk factors.

REFERENCES

1. Ailamazyan E. K. *Gestoz. Teoriya i praktika* [Gestational toxicosis. Theory and practice]. Moscow, MEDpress-Inform, 2008, 272 p.
2. Bashmakova N. V., Krysov L. A., Erofeev E. N. *Sovremennye podkhody k profilaktike gestoza* [Current approaches to the prevention of gestational toxicosis]. *Obstetrics and Gynecology*, 2006, no. 5, pp. 45–47.
3. Bloschinskay I. A., Petrichko T. A., Davidovich I. M. *Vazoreguliruyushchaya funktsiya sosudistogo endoteliya pri fiziologicheskoi beremennosti i gestoze* [Vasoregulating function of the vascular endothelium in physiological pregnancy and gestational toxicosis]. *Journal of Obstetrics and women's diseases*, 2003, vol. LII, no. 1. pp. 26–32.
4. Demarchuk E. L., Shchedrin A. G. *Lechebnaya fizkul'tura v akusherstve: ucheb.-metod. posob.* [Remedial gymnastic in obstetrics. Study guide]. Novosibirsk State Medical Academy, EL Demarchuk, Novosibirsk, 2003, 33 p.
5. Mozgovaya E. V., Arzhanova O. N. *Medikamentoznaya terapiya i profilaktika gestoza: metodicheskie rekomendatsii* [Drug therapy and prevention of gestational toxicosis: guidelines]. St. Petersburg, Publishing House of the H-L, 2008, 40 p.



6. Blennow M., Savman K., Lives P. et al. Brain-specific proteins in the cerebrospinal fluid of severely asphyxiated newborn infants. *Acta Paediatr*, 2001, vol. 90. pp. 1171–1175.

Iglina Nina Grigor'evna, the candidate of biological science, the associated professor of the department of anatomy, physiology and life safety, Novosibirsk State Pedagogical University.

E-mail: iglina60@mail.ru

Mazur Snezanna Vasil'evna, the student, Life Safety specialty, Novosibirsk State Pedagogical University.