

УДК 618

ФОРМИРОВАНИЕ ГРУПП РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕСТАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН

Аджиева Диана Ажуевна
аспирант
saidanurmagomedova@mail.ru

Нурмагомедова Сиядат Сайгидовна

преподаватель
saidanurmagomedova@mail.ru

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала

Аннотация. Данная статья посвящена проблеме улучшения исходов беременности и родов у женщин из группы высокого материнского и перинатального риска.

Ключевые слова: группа риска; беременность; роды; осложнения; многорожавшая женщина.

FORMATION OF RISK GROUPS OF DEVELOPMENT OF GESTATIONAL COMPLICATIONS AT MULTIBORN WOMEN

Adzhiyeva Diana Azhuyevna
Post-graduate student

Nurmagomedova Siyadat Saygidovna
Lecturer
Dagestan state medical academy, Makhachkala

Abstract. This article is devoted to a problem of improvement of outcomes of pregnancy and childbirth at women from group of high maternal and perinatal risk.

Keywords: group of risk; pregnancy; childbirth; complications; multiborn woman.

Профилактика и лечение осложнений беременности, родов и послеродового периода у многорожавших женщин (МРЖ) является одной из ведущих проблем современного акушерства. Около 40 % родов в мире приходится на женщин, рожавших 5 и более раз (ВОЗ). В этой связи комитет экспертов ВОЗ (1977, 1978) определил многочисленные роды как один из важнейших факторов риска для матери и плода, обращая внимание на проблему регуляции рождаемости, которая является частью проблемы глобального масштаба – планирования семьи. Разумное регулирование числа детей в семье рассматривается как важная часть работы по охране здоровья матери и ребенка и как один из важнейших аспектов рационального обслуживания женского населения.

Повышенный риск беременности и родов у многорожавших женщин объясняется принадлежностью их к более старшей возрастной группе, высокой частотой экстрагенитальных заболеваний [4; 9; 12]. Укорочение интергенетического интервала между родами оказывает неблагоприятное влияние на течение гестации у данной категории женщин [6].

Резкое снижение индекса здоровья, уровня жизни, рождаемости, рост материнской и младенческой смертности выдвигают на первое место актуальную задачу – профилактику и реабилитацию репродуктивного здоровья женщин, здоровья новорожденных и детей [7; 10; 11].

Целью нашего исследования явилось выявления факторов риска развития осложнений течения беременности, родов и послеродового периода у многорожавших (МРЖ) женщин.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленной задачи было предпринято сравнение 2 групп беременных. В основную группу вошли 92 МРЖ, а в контрольную – 21 повторнородящая (ПР) женщина. Для решения задачи оценки степени индивидуального риска развития данных осложнений и разработки методов прогнозирования определялись информационная ценность и прогностическая значимость каждого фактора риска.

Информационная ценность $J(x_{ij})$ признака рассчитывалась по формуле 5.17 по Е.В. Гублеру [6].

Прогностические коэффициенты (ПК) для данного метода рассчитывались из соотношения подобия по формуле 5.14 по Е.В. Гублеру [6].

$$\text{ПК} = 10 \lg P_{x_i/A_2} / P_{x_i/A_j},$$

где P_{x_i/A_2} – вероятность встречаемости признака,

P_{x_i/A_j} – вероятность встречаемости признака при неосложненном течении беременности,

$P_{x_i/A_2} / P_{x_i/A_j}$ – отношение этих вероятностей, или «отношение правдоподобия».

Результаты исследования. В сельской местности проживало 59 (64,1 %) МРЖ и 9 (42,8 %) повторнородящих женщин, в городе – 33 (35,9 %) беременных основной и 12 (57,2 %) – контрольной группы. По социальному статусу МРЖ с ЗВРП распределились следующим образом: служащие – 37 (40,2 %), домохозяйки – 38 (41,3 %), сельскохозяйственные рабочие – 9 (9,8 %), промышленные рабочие – 8 (8,7 %). В контрольной группе эти показатели составили: служащие – 47,6 %, домохозяйки – 28,6 %, сельхозработники – 14,3 % и 9,5 % – учащиеся вузов. Беременность была незапланированной у 17 (18,5 %) МРЖ и 2 (9,5 %) женщин контрольной группы. На учет в женской консультации встали после 12 недель 56 (60,9 %) МРЖ и 8 (38,1 %) повторнобеременных. Нерегулярное посещение женской консультации отмечено у 39 (42,3 %) беременных основной группы и 6 (28,6 %) контрольной группы.

Рост 155 см и менее был выявлен у 12 (13,1 %) беременных основной группы и у 4 (19,1 %) беременных контрольной группы. У 45,4 % МРЖ и 14,3 % повторнобеременных возраст составил 35 лет и старше.

Частота осложнений при IV-VII беременностях находилась приблизительно на одном уровне и составляла 25-30,2 %, а с VIII беременности начинала возрастать, достигая максимума при XIII-XIV беременностях (50 %). Такая же закономерность отмечается и по паритету родов. При

IV-VI беременностях частота осложнений составляла 28,4-35,3 %, при IX – 60 %, X – 66,7 % .

Неблагоприятный интергенетический интервал менее 1 года (31, % и 33,3 %) и более 4 лет (16,3 % и 19,1 %) встречался в основной и контрольной группах с одинаковой частотой. Экстрагенитальная патология выявлена у 87 беременных основной группы, что составляет 94,6 %, и у 18 (85,7 %) беременных контрольной группы. Наиболее частым осложнением и в основной, и в контрольной группах оказалась анемия беременных (75 % в основной и 61,8 % в контрольной группе).

Следует отметить, что в контрольной группе тяжелые формы анемии наблюдались значительно реже (4,8 % против 8,7 %). Значительно реже встречались ожирение (9,5 % и 15,2 %) и заболевания почек (23,8 % и 35,8 %). Заболевания сердечно-сосудистой системы в контрольной группе наблюдались только в 4,8 % случаях, тогда как в основной группе – в 13,1 %.

Отягощенный акушерский анамнез выявлен у 85 (93,2 %) беременных основной группы и у 16 (76,2 %) повторнородящих женщин. Наиболее частым осложнением в предыдущих беременностях и в основной, и в контрольной группе были невынашивание беременности (35,9 % и 28,6 % соответственно), гипотрофия плода (16,3 % и 9,5 %), гестоз (9,1 %). Но в основной группе эти осложнения встречались более чем в 1,5 раза чаще, чем в контрольной.

Отягощенный гинекологический анамнез отмечен у 23 (25 %) МРЖ (вторичное бесплодие, поликистоз яичников, внематочная беременность, воспалительные заболевания половых органов), а в контрольной группе у 7 (33,3 %) – в основном воспалительные заболевания.

Наиболее частыми осложнениями беременности и в контрольной, и в основной группах оказались гестоз и невынашивание. Гестоз диагностирован в 55,7 % случаев в основной группе и в 46,6 % в контрольной, причем тяжелые формы гестоза у МРЖ встречались в 3 раза ча-

ще. Невынашивание в основной группе отмечено у 35,9 % беременных, а в контрольной – у 14,3 %. Такие осложнения, как предлежание и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты в контрольной группе не встречались.

В процессе исследования были выделены факторы риска развития осложненного течения беременности, родов у МРЖ, рассчитана информационная ценность каждого фактора риска. За 1 балл условно принята величина информационной ценности 0,1.

К наиболее неблагоприятным факторам риска развития осложненного течения гестации, согласно таблице, относятся: угроза прерывания беременности – 21 балл, гестоз средней степени тяжести – 10,5 баллов, тяжелой степени – 11,4 балла, работа в сфере сельского хозяйства – 8,6 балла, нерегулярное посещение женской консультации – 8 баллов, позднее взятие на учет – 3,4 балла, возраст беременной старше 35 лет – 3 балла, домохозяйки – 3 балла, хронический пиелонефрит – 3 балла, ожирение – 2,6 балла, анемия тяжелой степени – 2 балла, короткий интергенетический интервал – 2 балла.

При наличии у беременной нескольких факторов риска производится суммирование соответствующих баллов. При сумме баллов в пределах от 0 до 3 беременную женщину относят к группе низкого риска, от 4 до 6 – группу среднего риска, от 7 и более – группу высокого риска.

Обсуждение полученных результатов. В мусульманских республиках РФ из года в год регистрируется высокая рождаемость. В них популярна многодетность, в силу традициям расценивающаяся как величайшее благо и показатель семейного и народного благополучия. В соответствии с национальными обычаями и традициями, многодетные женщины пользуются всеобщим уважением, а увеличение численности семьи является социальным престижем женщины [5]. Но многодетная беременная женщина не в состоянии пользоваться услугами антенатальной помощи в

полном объеме. Конечно, многодетной матери сложно оставить детей, семью и лечь в стационар без крайней необходимости.

Таблица 1

Прогностическая шкала риска развития осложнений у МРЖ

Факторы риска	Всего заболело		Всего в подгруппе	P_1	P_2	$J(x_{ij})$	Балл
Возраст старше 35 лет	8	60	68	0,0708	0,19544	0,27	2,7
Сельскохозяйственные рабочие	42	28	70	0,37168	0,09121	0,86	8,6
Домохозяйки	41	51	92	0,36283	0,16612	0,33	3,3
Сельские жители	65	74	89	0,57522	0,16678	0,60	6,0
Позднее взятие на учет	60	87	147	0,53097	0,28339	0,34	3,4
Нежеланная беременность	19	26	45	0,16814	0,08469	0,12	1,2
Нерегулярное посещение женской консультации	45	34	79	0,39823	0,11075	0,80	8,0
Роды							
I	7	41	48	0,06195	0,13355	0,12	1,2
II	8	44	52	0,0708	0,14332	0,11	1,1
IX	2	3	5	0,0177	0,00977	0,01	0,7
X и более	2	1	3	0,0177	0,00326	0,05	1,5
Интергенетический интервал							
1 год и менее	17	79	96	0,15044	0,25733	0,12	1,2
2-3 года	10	56	66	0,0885	0,18241	0,15	1,5
3-4 года	13	21	34	0,11504	0,06840	0,05	0,5
Перинатальные потери детей	17	69	86	0,15044	0,22476	0,06	0,6
Гипотрофия	17	66	83	0,15044	0,21498	0,05	0,5
Отягощенный гинекологический анамнез	21	113	134	0,18584	0,36808	0,27	2,7
Анемия тяжелой степени	9	6	15	0,07965	0,01954	0,18	1,8
Ожирение	16	92	108	0,14159	0,29967	0,26	2,6
Заболевания сердца	3	1	4	0,02655	0,00326	0,11	1,1
Хронический пиелонефрит	28	28	56	0,24779	0,09121	0,34	3,4
Гестоз	59	55	114	0,52212	0,17915	0,80	8,0
средней степени	20	3	23	0,17699	0,00977	1,05	10,5
тяжелой степени	19	2	21	0,16814	0,00651	1,14	11,4
Преждевременные роды	33	3	36	0,29204	0,00977	2,08	20,8
Угроза прерывания беременности	24	34	58	0,21239	0,11075	0,14	1,4
Рубец на матке после кесарева сечения	21	28	49	0,18584	0,09121	0,15	1,5
Многоплодие	7	5	12	0,06195	0,01629	0,13	1,3
Тазовое предлежание	10	15	25	0,0885	0,04886	0,05	0,5
Предлежание плаценты	3	1	4	0,02655	0,00326	0,11	1,1

Частые беременности и роды приводят к так называемому «синдрому материнского истощения», который характеризуется тем, что женщина неполноценно питается, анемична и в целом ослаблена биологическими нагрузками многочисленных беременностей и родов [4; 6].

По данным С.-М.А. Омарова и С.С. Нурмагомедовой (2006), общая заболеваемость у МРЖ в 2,5 раза больше, чем в популяции. Гестационные осложнения и их последствия встречаются в 5 раз чаще [4]. Высокими остаются показатели материнской смертности – 39,3 % на 100 тыс. живорождённых и перинатальной смертности – 31,4 % при многократных родах [3; 7; 9]. Проведенное исследование позволило выявить, что 45,4 % МРЖ находятся в позднем репродуктивном возрасте, значительная часть из них (64,1 %) проживают в сельской местности, заняты домашним хозяйством, практически все они страдают анемией, каждая четвертая – ожирением, варикозной болезнью, у каждой третьей – короткий интергенетический интервал. Во время беременности под регулярным медицинским наблюдением находились лишь 42,3 % МРЖ, качество наблюдения за ними низкое, т.к. беременные, занятые ведением хозяйства в многодетной семье в труднодоступных горных районах поздно встают на учет и редко посещают женскую консультацию. Осложненное течение беременности отмечено у 86 % МРЖ. Несмотря на наличие экстрагенитальной и акушерской патологии (анемия, гестоз, ранний токсикоз, угроза прерывания беременности и т.д.) во время беременности прошли стационарное лечение лишь 5,9 % беременных. До родов были госпитализированы 19,6 % МРЖ.

Основная задача перинатального акушерства – рождение здорового ребёнка. В связи с серьёзными изменениями здоровья населения репродуктивного возраста, развитием ряда осложнений гестации, дефицитных состояний, появление на свет здорового потомства становится проблематичным [2; 3; 5]. Лечить развившееся осложнение всегда более сложная задача, чем предупредить его развитие. Как следствие, возни-

кает необходимость разработки комплекса профилактических мероприятий по охране и реабилитации репродуктивного здоровья семьи [1; 6; 8]. Основными мерами профилактики является дородовое наблюдение и адекватная диагностика и лечение экстрагенитальной патологии, преемственность в оказании медицинской помощи, проведение прегравидарной подготовки в группах риска.

Вывод. Выделение групп риска и дифференцированное ведение МРЖ в женской консультации поможет улучшить качество оказываемой им медицинской помощи и снизить материнскую и перинатальную заболеваемость и смертность.

Список использованных источников

1. Абрамович С.А., Толстопятова Н.В. Течение и исход беременности и родов у многопложавших женщин // XI итоговая (межвуз.) науч. конф. мол. уч. и студ.: тез. докл. Ставрополь, 2003. С. 4-5.
2. ВОЗ. Что кроется за цифрами. Исследование случаев материнской смертности и осложнений в целях обеспечения безопасной беременности. Женева, 2004. 170 с.
3. Муцаева З.Д. Особенности течения беременности и родов у многопложавших женщин. Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. М., 2007. 22 с.
4. Гублер Е.В. Медицинская статистика. М., 1998.
5. Омран А.Р. Планирование семьи в Толковании Ислама. 2001. 108 с.
6. Нурмагомедова С.С, Омаров С.-М.А., Нурмагомедов С.Н. Акушерская тактика у многопложавших с синдромом задержки внутриутробного развития плода // Мать и дитя. Матер. VIII Рос. форума. М., 2006. С. 177-178.
7. Фролова О.Г., Токова З.З., Ильичева И.А., Региональные особенности причин материнской смертности в России // Мать и дитя. Матер. IV Рос. форума. М., 2002. С. 127-128.
8. Цхай В.Б. Перинатальное акушерство. М., 2003. С. 187.
9. WHO. Neonatal and Perinatal Mortality Country, Regional and Global Estimates. Geneva, 2006. 66 p.

Впервые данная статья была опубликована в сборнике материалов II Международной научно-практической конференции «Медицина: актуальные вопросы и тенденции развития» (19 июня 2013 г., Краснодар).