

© РОЖДЕСТВЕНСКАЯ Т.А., 2012

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН г. ВИТЕБСКА ЗА 2007-2011 ГОДЫ

РОЖДЕСТВЕНСКАЯ Т.А.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»,
кафедра акушерства и гинекологии*

Резюме. Проведен сравнительный ретроспективный анализ удельного веса и основной структуры экстрагенитальной патологии у беременных женщин по материалам родовспомогательных учреждений г. Витебска за период с 2007 по 2011 годы. Было определено, что беременность у женщин в 73% случаев протекает на фоне экстрагенитальной патологии. При этом заболевания сердечно - сосудистой системы и гипертензивные состояния не имеют тенденции к снижению на протяжении последних 5 лет. Данные выявленные особенности диктуют необходимость дифференцированного лечебно-диагностического подхода к преконцептивной подготовке, а также к диагностике и ведению беременности у женщин с сердечно - сосудистой патологией. Выполнение поставленных целей позволит улучшить исходы гестации и таким образом положительно повлиять на демографические показатели.

Ключевые слова: беременность, экстрагенитальная патология, сердечно – сосудистые заболевания.

Abstract. A comparative retrospective analysis of the proportion and basic structure of extragenital pathology in pregnant women based on the materials of Vitebsk obstetric institutions during the period from 2007 to 2011 was made. It has been determined that pregnancy in 73% of cases is accompanied by extragenital pathology. Cardiovascular diseases and hypertensive conditions do not tend to the reduction over the last 5 years. The revealed peculiarities require differential treatment and diagnostic approach to preconceptive preparation, as well as to the diagnosis and management of pregnancy in women with cardiovascular pathology. The achievement of the set goals will enable the improvement of the outcomes of pregnancy and thus will have a positive effect on demographic indices.

Конец 20 века характеризуется значительным ухудшением здоровья населения, в том числе и женщин репродуктивного возраста. Экстрагенитальная патология включает в себя большую группу разнообразных и разнозначимых болезней, клинических синдромов и состояний, и объединяются эти бо-

лезни тем, что не являются акушерскими осложнениями беременности и гинекологическими заболеваниями. Экстрагенитальная патология объединяет состояния, которые вне беременности относятся к компетенции разных специалистов. В результате этого классическое понятие «врач и пациент» трансформируется в тандем акушер-гинеколог, специалист по профилю экстрагенитального заболевания беременной женщины и сама женщина [1-3]. Беременность оказывает негативное

Адрес для корреспонденции: 210035, г. Витебск, пр-т Московский, 68-19. Тел. дом.: 8 (0212) 47-23-98 – Рожественская Т.А.

влияние на течение экстрагенитальной патологии. Наиболее известно неблагоприятное влияние нормальных гестационных изменений гемодинамики на течение большинства заболеваний сердца. Так, при беременности значительно возрастают объем циркулирующей крови и сердечный выброс, что способствует возникновению или прогрессированию декомпенсации гемодинамики при митральном, аортальном и легочном стенозах и др. Снижается периферическое сосудистое сопротивление, что приводит к усилению шунтирования венозной крови при пороках сердца, т.е. к усилению цианоза, гипоксемии, одышки и, в целом, к значительному ухудшению и без того тяжелого при таких болезнях состояния. Для многих заболеваний сердца неблагоприятны и такие нормальные для беременности проявления, как повышение частоты сердечных сокращений, расширение полостей сердца и изменение его топографии в грудной полости, снижение онкотического давления плазмы, физиологические гиперкоагуляция и гемодилюция, аортокавальная компрессия и ряд других. Беременность способствует прогрессированию варикозной болезни и хронической венозной недостаточности, учащению венозных тромботических осложнений. Более частому проявлению инфекций мочевых путей у беременных способствуют расширение мочеточников вследствие миорелаксирующего действия прогестерона; механическое затруднение уродинамики из-за сдавления мочеточников беременной маткой и яичниковыми венами; повышение рН мочи; появление иногда пузырно-мочеточникового рефлюкса; увеличение объема мочевого пузыря и др. Необходимо отметить, что на течение ряда болезней беременность влияет благоприятно, способствуя их переходу в ремиссию и даже уменьшая потребность в лечении (ревматоидный артрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, неспецифический язвенный колит, некоторые варианты миастении, хроническая надпочечниковая недостаточность, пороки сердца с лево-правым сбросом крови без значительной легочной гипертензии) [4].

Экстрагенитальная патология является неблагоприятным фоном, на котором сокра-

щаются и усугубляются все осложнения, возникающие во время беременности, родов и послеродовом периоде. Раннее выявление экстрагенитальной патологии в условиях женской консультации важно для профилактики акушерской патологии у женщины и перинатальной патологии у новорожденных, т.к. она значительно повышает риск предстоящих родов. В настоящее время при большинстве экстрагенитальных заболеваний возможно благополучно провести беременность и роды при условии правильного наблюдения за женщиной во время беременности, а при необходимости и назначении специального лечения. Если говорить сегодня об индексе здоровья беременных, то в лучшем случае 40% всех беременных вынашивают беременность без осложнений, то есть без токсикозов и без экстрагенитальных заболеваний. Но наличие патологического течения беременности в 60-70% обусловлено скрытой или хронической экстрагенитальной патологией. Хроническими болезнями страдает 70% беременных, у 86% во время беременности возникают острые заболевания (анемия, пиелонефрит и др.). Одновременно вынужденно повысился интерес врачей акушеров – гинекологов к патологии внутренних органов, поскольку с экстрагенитальной патологией, определяющей во многих случаях состояние женщины в период гестации, связано 17–20% материнской смертности [5-7].

Неблагоприятное влияние экстрагенитальной патологии на течение беременности, родов и послеродового периода многообразно и зависит от характера и тяжести основного заболевания. Многие экстрагенитальные заболевания предрасполагают к развитию акушерских осложнений. Можно сказать, что артериальная гипертензия повышает риск преждевременной отслойки плаценты и эклампсии, все гемофилические состояния – раннего послеродового кровотечения, сахарный диабет – аномалий родовой деятельности, дистресса плода, дистонии плечиков, инфекция мочевых путей – преждевременных родов и т.д.

Важно отметить, что есть специфическое и неспецифическое влияние определенного заболевания на частоту определенного ос-

ложнения. Примерами этого влияния являются многоводие при сахарном диабете, тяжелая и рано развивающаяся преэклампсия при артериальной гипертензии, маточное кровотечение в родах при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре, позднее послеродовое кровотечение при болезни Виллебранда, гнойно-воспалительные процессы при иммуносупрессивных состояниях (постоянный прием глюкокортикоидов и цитостатиков, ВИЧ-инфекция), после спленэктомии. Во всех этих случаях больные с определенной экстрагенитальной патологией имеют специфические акушерские риски [6, 7].

Патология сердечно - сосудистой системы во время беременности является мультидисциплинарной проблемой, которая требует участия гинекологов, терапевтов, неврологов, психиатров, эндокринологов и врачей других специальностей в обеспечении правильного ведения беременности. Снижение уровня материнской и перинатальной заболеваемости является приоритетной задачей на всех этапах оказания акушерской помощи.

Сердечно-сосудистые заболевания занимают одно из основных мест в структуре экстрагенитальной патологии у беременных женщин и до настоящего времени являются одной из ведущих причин материнской и перинатальной смертности, имея четкую тенденцию к увеличению [6-7]. Среди сердечно – сосудистых заболеваний особо значимое место занимает артериальная гипертензия, находящаяся на стыке как минимум двух глобальных медико – социальных проблем: артериальная гипертензия в целом и репродуктивное здоровье населения. Артериальная гипертензия в период беременности признана одной из важнейших причин заболеваемости и смертности матери, плода и новорожденного. Существование данной патологии во время беременности отрицательно влияет на отдаленный прогноз для женщин и дальнейшее развитие их детей [8].

Наиболее частым осложнением течения беременности на фоне артериальной гипертензии является развитие гестоза.

При гестозе всегда существует опасность развития эклампсии, кровоизлияния в мозг, сердечной недостаточности, отека легких, об-

струкции дыхательных путей, ДВС - синдрома с летальным исходом. Следствием этого является повышенная перинатальная заболеваемость и смертность.

Целью работы было изучить основную структуру экстрагенитальной патологии у беременных женщин по данным родовспомогательных учреждений г. Витебска за период 2007-2011 гг.

Методы

Проведен сравнительный ретроспективный анализ удельного веса и основной структуры экстрагенитальной патологии у беременных женщин по материалам родовспомогательных учреждений г. Витебска за период с 2007 по 2011 годы.

Статистическая и аналитическая обработка полученного материала в ходе исследования проводилась с помощью пакета STATISTICA 6.

Результаты и обсуждение

По материалам родовспомогательных учреждений в 2007 году было зарегистрировано 10633 случаев экстрагенитальных заболеваний у 5677 беременных женщин, в 2008 г. – 14030 случаев у 8619 беременных женщин, в 2009 г. – 19048 случаев у 8999 беременных женщин, в 2010 г. – 18895 случаев у 8714 беременных женщин, в 2011 г. – 17852 случая у 8464 беременных женщин. Таким образом, беременность у женщин в 73% случаев протекает на фоне экстрагенитальной патологии (рис. 1).

При рассмотрении основной структуры экстрагенитальной патологии, заболевания щитовидной железы в 2007 г. составили 946 случаев, в 2008 г. – 1024 случая, в 2009 г. – 1143 случая, в 2010 г. – 1022 случая, в 2011 г. – 775 случаев (рис. 2).

Анемия беременных выявлялась в 2007 г. в 1636 случаях, в 2008 г. – в 1930 случаях, в 2009 г. – в 2018 случаях, в 2010 г. – в 2102 случаях и в 2011 г. – в 1968 случаях (рис. 2).

В 2007 г. выявлен 1501 случай инфекций мочеполовых путей, 1892 случая в 2008 г., 1859 случаев в 2009 г., 1927 случаев в 2010 г., 1954 случая в 2011 г (рис. 2).

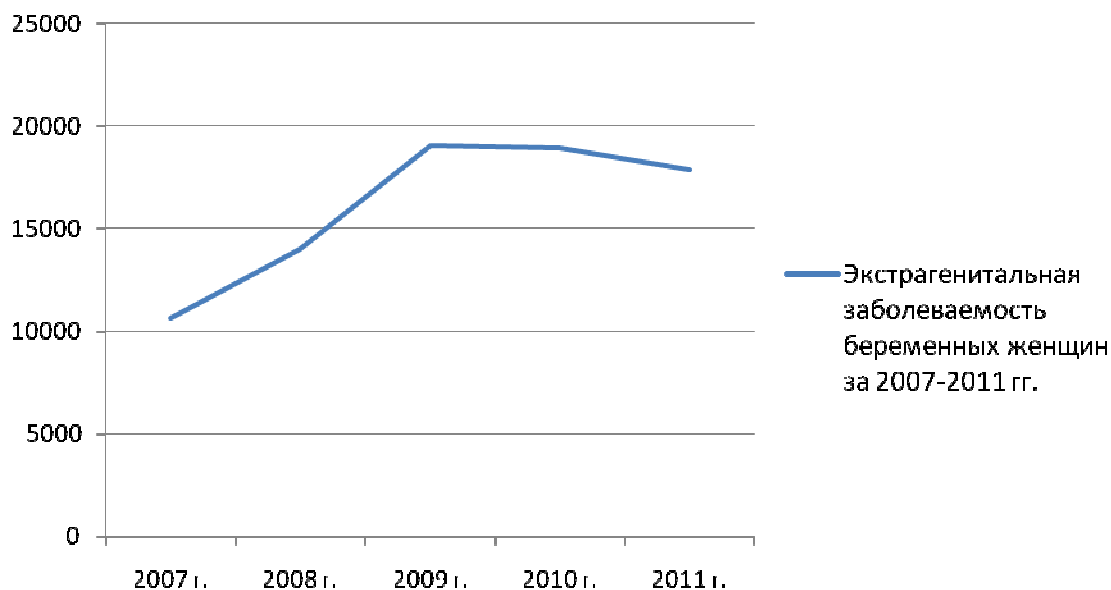


Рис. 1. Экстрагенитальная заболеваемость беременных женщин за 2007-2011 гг.

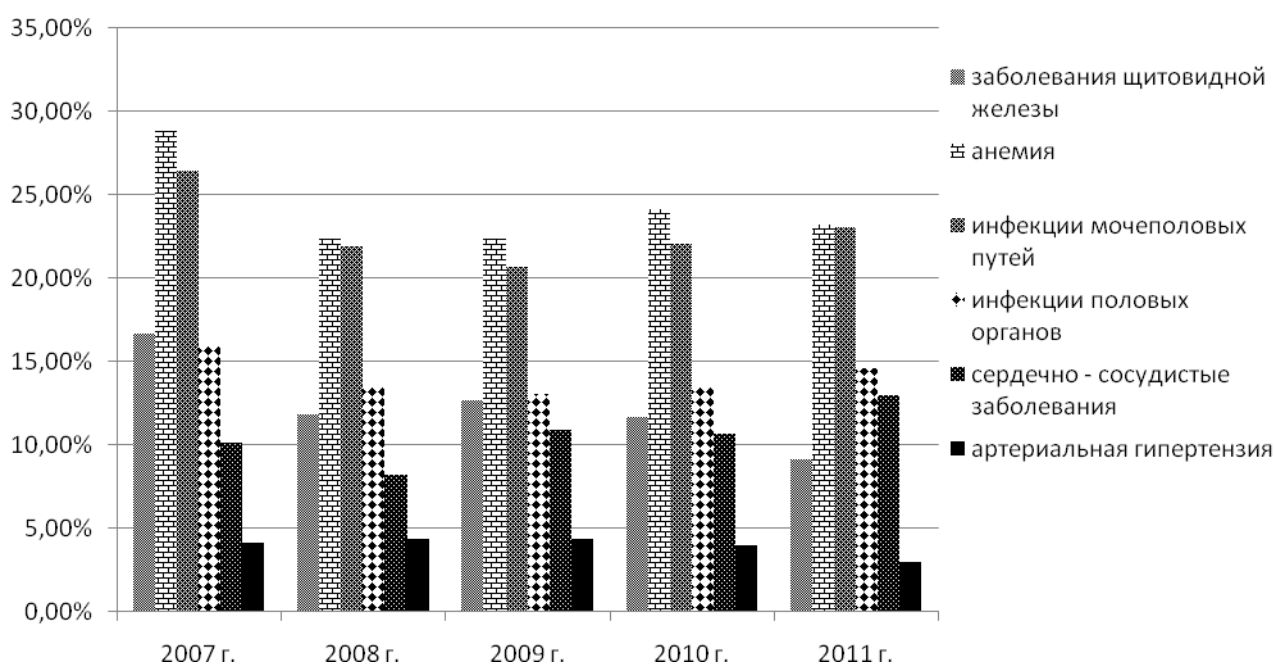


Рис. 2. Основная структура экстрагенитальной патологии беременных женщин за 2007-2011 гг.

Инфекции половых органов в 2007 г. составили 902 случая, в 2008 г. – 1169 случаев, в 2009 г. – 1177 случаев, в 2010 г. – 1170 случаев и в 2011 г. – 1238 случаев (рис. 2).

Болезни сердечно – сосудистой системы в 2007 г. составляли 576 случаев, в 2008 г. – 712 случаев, в 2009 г. – 985 случаев, в 2010 г. – 932 случая, в 2011 г. – 1100 случаев. В структуре сердечно-сосудистой заболеваемости на долю врожденной патологии в 2007 г. приходилось 576 случаев, в 2008 г. – 712 случаев, в 2009 г. –

90 случаев, в 2010 г. – 103 случая и в 2011 г. – 112 случаев (рис. 3). Рост данного вида патологии не связан с тем, что произошло увеличение частоты регистрации пороков сердца, увеличение этого показателя связано с возрастанием выявления так называемых малых аномалий развития сердца. Артериальная гипертензия в структуре сердечно – сосудистой патологии составила в 2007 г. – 235 случаев, в 2008 г. – 381 случай, в 2009 г. – 398 случаев, в 2010 г. – 350 случаев, в 2011 г. – 246 случаев (рис. 2).

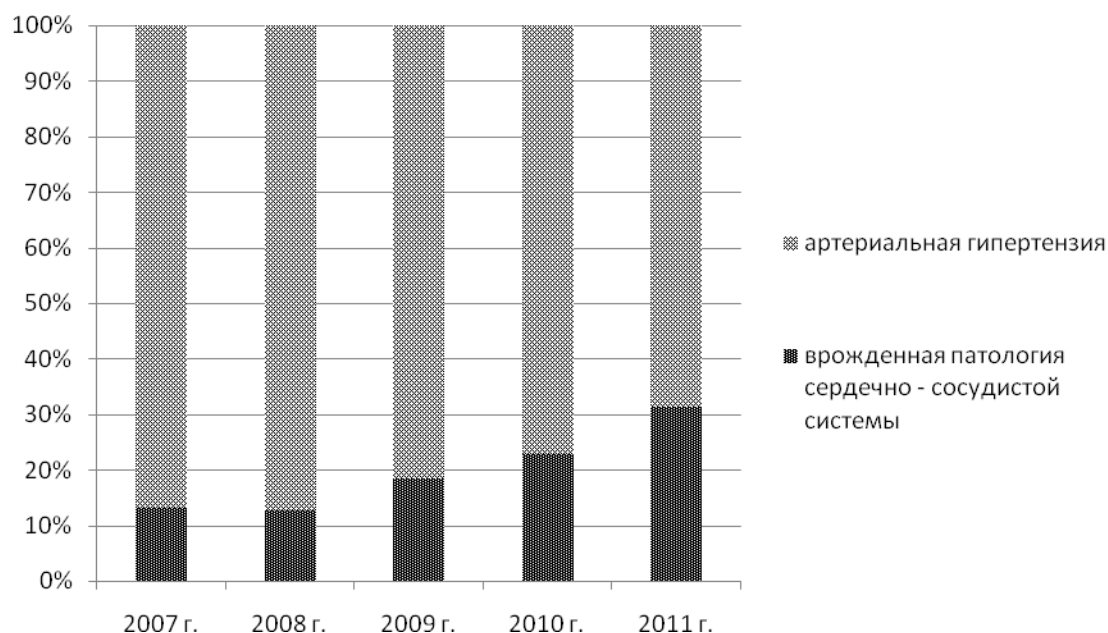


Рис. 3. Структура сердечно-сосудистой заболеваемости беременных женщин за 2007-2011 гг.

Число беременностей, осложненных гестозом, в 2007 г. составило 1417, в 2008 г. – 1760, в 2009 г. – 1632, в 2010 г. – 1609, в 2011 г. – 1474 (рис. 4).

Заключение

1. Распространенность сердечно – сосудистых заболеваний и гипертензивного синдрома у беременных не имеет тенденции к снижению в последнее пятилетие.

2. Патология сердечно-сосудистой системы во время беременности является мультидисциплинарной проблемой, требует участия гинекологов, терапевтов, неврологов, психиатров, эндокринологов и врачей других специальностей.

3. Необходимо совершенствовать диагностику, лечение и ведение беременности у женщин с артериальной гипертензией, т.к. решение данных задач позволит улучшить исходы гестации и таким образом повлиять на

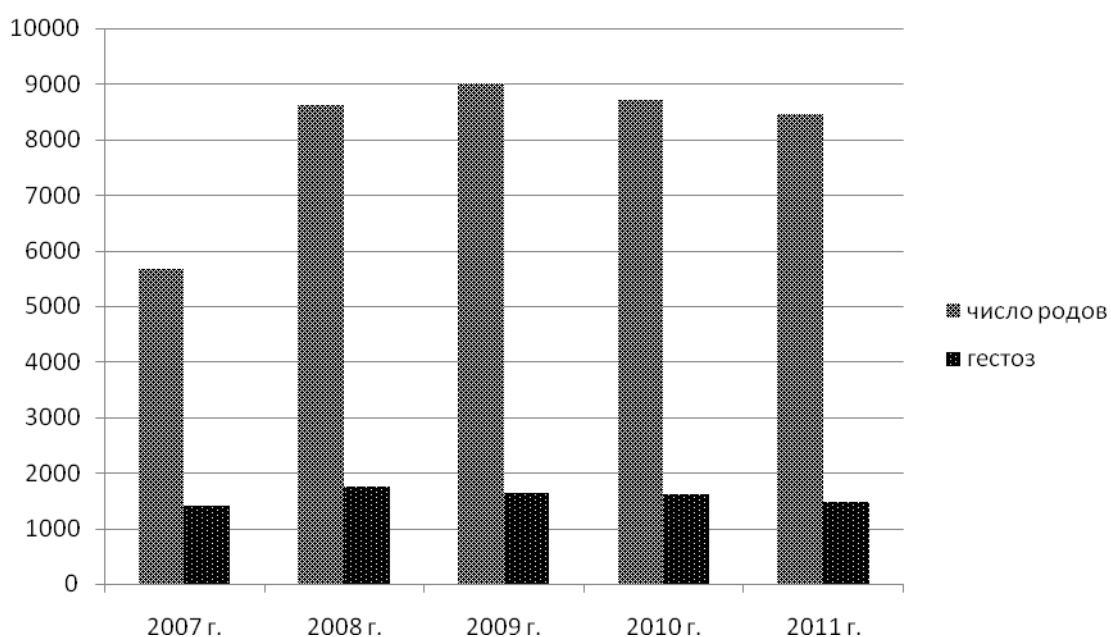


Рис. 4. Частота беременностей, осложненных гестозом, за 2007-2011 гг.

демографические показатели и снизить финансовые затраты в здравоохранении.

Литература

1. Чазов, Е.И. Руководство по кардиологии: болезни сердца и сосудов / Е.И. Чазов. – М.: Медицина, 1997. – 832 с.
2. Особенности системной гемодинамики у беременных с артериальной гипертензией при неосложненном течении беременности и беременности, осложненной гестозом / Н.М. Мазурская [и др.] // Рос. вестн. акушера – гинеколога. – 2005. – Т. 5, №5. – С. 11-14.
3. Сопряженность функционирующих систем в патогенезе артериальной гипертензии / И.В. Логачева [и др.] // Артериал. гипертензия. – 2010. – № 3. – С. 325-332.
4. Прохорова, О.В. Особенности структуры экстрагенитальной патологии у первородящих разных возрастных групп / О.В. Прохорова // Урал. мед. журн. – 2010. – № 3. – С. 49-52.
5. Артериальная гипертензия у беременных при различной экстрагенитальной патологии / В.М. Гурьева [и др.] // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2006. – Т. 6, № 1. – С. 61-63.
6. Шехтман, М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М.М. Шехтман. – М.: Трида – X, 2005. – 816 с.
7. Диагностика и прогнозирование развития тяжелых форм гестоза у беременных / В.И. Краснопольский [и др.] // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2006. – Т. 6, № 1. – С. 69-72.
8. Оптимизация тактики ведения беременных с гестозом и гипертонической болезнью / О.В. Макаров [и др.] // Вестн. РГМУ. – 2007. – № 4. – С. 27-33.

*Поступила 16.02.2012 г.
Принята в печать 02.03.2012 г.*

