



МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

УДК 618.2-055.28

Шмелева С.В.: д.м.н., профессор;

Бишаева С.С.: аспирант.

ГОУ ВПО «Российский государственный социальный университет», г. Москва, Россия

Введение

Улучшение качества родовспоможения и предупреждение осложнений гестации у многорожавших женщин особенно актуально в регионах с высокой рождаемостью. 40% родов в мире приходится на женщин, родивших 5 и более раз. Доказано, что многорожавшие составляют группу высокого риска материнской и перинатальной смертности. Проблема многорожавших женщин остается актуальной, поскольку уровень многократных родов в ряде субъектов РФ, в т.ч. и Чеченской Республике, сохраняется на высоких цифрах, составляя группу высокого риска репродуктивных осложнений и потерь. В Чеченской Республике каждая вторая семья имеет 3–5 детей [4]. На 01.01.2010 года в Чеченской Республике проживало 662 104 женского населения, в том числе 368 779 детородного возраста. В сравнении с 2008 годом общее число женского населения республики увеличилось на 3,6% (22 931). В 2009 году удельный вес женщин фертильного возраста в общей численности населения Чеченской Республики составил 29,4% (2008 г. – 30,2%) в числе женского населения 52,9% (2008 г. – 56,7%) [1; 2].

Главными причинами высокой заболеваемости у многорожавших женщин является высокая плотность родов, приводящая к истощению организма матери, низкий уровень знаний по планированию семьи, нерегулярное медицинское наблюдение, высокая частота экстрагенитальной и гинекологической заболеваемости, снижение социально-экономического статуса. По данным комитета экспертов ВОЗ, установлено, что многочисленные беременности и роды относятся к группе универсального риска для матери и плода. В связи с этим профилактика и лечение осложнений беременности, родов и послеродового периода у многорожавших является одной из основных проблем современного акушерства.

Синдром истощения материнского организма развивается после 7-х и частых родов (интервал между родами менее 2-х лет). У 13–34% многорожавших женщин имеется несостоятельность мышц тазового дна, слабость связочного аппарата из-за растяжения или разрывов мышц и связок тазового дна во время предыдущих родов [5; 8].

Чаще всего у многорожавших (в 90% случаев) диагностируется железодефицитная анемия – состояние, при котором в организме не хватает одного из основных компонентов – гемоглобина железа. К развитию анемии у беременных предрасполагают различные

факторы, часто причины кроются в нарушении всасывания железа в кишечнике [7]. Провоцируют малокровие рвота, вызванная токсикозом, многоплодие, некоторые хронические заболевания (пиелонефрит и др.). Ведущим признаком анемии у беременных является снижение уровня гемоглобина менее 110 г/л. Анемия у беременных в 90% случаев является железодефицитной. Такая анемия характеризуется нарушением синтеза гемоглобина из-за развивающегося вследствие различных физиологических и патологических процессов дефицита железа. По данным ВОЗ частота железодефицитной анемии у многорожавших колеблется от 21 до 80%. Наличие железодефицитной анемии приводит к нарушению качества жизни беременных, снижает их работоспособность, вызывает функциональные расстройства со стороны многих органов и систем. При дефиците железа у беременных увеличивается риск развития осложнений в родах, а при отсутствии своевременной и адекватной терапии может возникнуть дефицит железа и у плода [3].

Во время беременности потребность в железе неуклонно возрастает в I триместре на 1 мг в сутки, во II триместре – на 2 мг в сутки, в III триместре – на 3–5 мг в сутки. Для выработки дополнительного железа используется 300–540 мг этого элемента. Из них 250–300 мг железа расходуется на нужды плода, 50–100 мг – на построение плаценты. 50 мг железа откладывается в миометрии. Потеря железа наиболее выражена в 16–20 недель беременности, что совпадает с периодом начала процесса кроветворения у плода и увеличения массы крови у беременной. В третьем периоде родов (при физиологической кровопотере) теряется от 200 до 700 мг железа. В дальнейшем, в период лактации, еще около 200 мг. Таким образом, из материнского депо в период беременности и в послеродовом периоде расходуется около 800–950 мг железа. Организм в состоянии восстановить запасы железа в течение 4–5 лет. Если женщина планирует беременность раньше этого срока, у нее неизбежно развивается анемия.

При железодефицитной анемии у многорожавших развиваются дистрофические процессы в матке и в плаценте, которые ведут к нарушению ее функции и формированию плацентарной недостаточности. При этом развивающийся плод не получает в достаточном количестве полагающиеся ему питательные вещества и кислород, вследствие чего возникает задержка развития плода. Основными осложнениями у многорожавших

при железодефицитной анемии являются: угроза прерывания беременности (20–42%); гестоз (40%); артериальная гипотония (40%); преждевременная отслойка плаценты (25–35%); задержка развития плода (25%); преждевременные роды (11–42%).

Цель работы: изучить особенности течения беременности и родов у многорожавших женщин Чеченской Республики с учетом экстрагенитальной патологии.

Материалы и методы. С 2008–2010 гг. проведено обследование 330 беременных и рожениц, которые проживали на территории Чеченской Республики и в равной мере были подвержены воздействию климатогеографических, условия их труда и быта во многом определялись социально-экономической ситуацией. Исследование проводилось на базе республиканского клинического центра охраны здоровья матери и ребенка г. Грозный Чеченской Республики.

Все 330 исследуемых беременных были разделены на 3 группы:

1-я группа состояла из 112 женщин, имела 1, 2-е, 3-и роды. Мы их отнесли к малорожавшим (группа сравнения);

Многорожавших беременных, 218 также разделили на 2-е группы. Одна группа состояла из 104 беременных, к ним отнесены женщины, имевших 5-е, 6-е, 7-е роды (II группа);

3-ю группу составили 114 женщин, имевшие 8-е, 9-е, 10-е роды (многомногорожавшие).

Большее количество родов приходится на возраст от 21 до 30 лет: из I и II групп 82 (73%), 87 (77%) и только 13 (11,4%) беременных из III группы. Также видно, что на возраст от 30 и более приходятся роды 6-е, 7-е и более.

Результаты собственных исследований. По интервалу между родами у обследованных беременных (Табл. 1) выявлено, что менее 2-х лет интергенетический интервал был у 32-х женщин, а 2 года – у 20-и.

Имеется устойчивая корреляция между числом родов и перинатальным риском, как для матери, так и для плода ($p < 0,05$). Беременные, имевшие 3 и более родов в анамнезе, с короткими интервалами между родами (< 3 лет) страдают железодефицитной анемией, пиелонефритом и другой экстрагенитальной патологией, а также имеют сниженный иммунитет.

Заслуживают внимания анализ частоты и характер гестоза в анамнезе у обследуемых женщин. Наибольший процент гестозов наблюдался в III группе 48 (42,1%), по сравнению со II-й – 37 (35,5%) и I-й – 21 (21,4%).

Среди многорожавших женщин преобладают беременные с низким уровнем жизни. Их питание име-

ет жировую и углеводную составляющие, что связано с недостаточной культурой питания, особенностями национальной кухни, а также нерациональной структурой суточного продуктового набора. Содержание белка в рационах женщин этой группы снижено, имеется несбалансированность по витаминному и минеральному составу.

Железодефицитная анемия способствует развитию различных осложнений беременности. Токсикозы у многорожавших, страдающих анемией, встречаются в 1,5 раза чаще, чем у здоровых молодых беременных.

Экстрагенитальная патология в обследуемых группах представлена в таблице 2. В основном во всех 3-х группах отмечается железодефицитная анемия у беременных: в I-й группе – 82 (91,6%), во II-й – 93 (96,3%), в III-й – 114 (100%). Все женщины отметили, что страдают анемией с детства. В настоящее время остается спорным вопрос о наличии анемии в Чеченской Республике. Что это? Специфика питания, экологическая обстановка или – же генетическая наследственность.

На 2-м месте – варикозная болезнь вен нижних конечностей, которая появляется в раннем возрасте и развивается с беременностью. Данное заболевание можно объяснить тем, что чеченские женщины много занимаются физическим трудом.

Следует отметить, что экстрагенитальные заболевания приводят к возрастанию осложнений беременности, усугубляют процессы фетоплацентарной недостаточности и обуславливают высокий риск неблагоприятного исхода для матери и плода.

Послеродовые кровотечения в I-й группе наблюдались у 3-х (2,7%). Во II-й группе послеродовое кровотечение отмечалось у 7-х (6,7%). Из них 5 женщин отмечали в анамнезе воспалительные процессы матки и придатков. Во время беременности у этих женщин наблюдалась угроза прерывания беременности. Наибольшее число женщин 13 (11,4%) в III-й группе. Послеродовое кровотечение в основном связано с отягощенным акушерским анамнезом (частые роды < 2–3 лет у 9 женщин и воспалительные процессы после родов у 3-х) [6].

За последние годы возросло количество показаний для операции кесарево сечение в связи с чем в I-й группе и II-й наибольший процент операций – 14 (12,5%), 8 (7,7%) соответственно (по сравнению с III группой – 3 (2,6%).

Обсуждение полученных результатов и выводы

Таким образом, вышеизложенные данные дают нам все основания исследуемых многорожавших беременных отнести к группе высокого риска по неблагоприятному исходу беременности и родов.

Таблица 1. Интергенетический интервал у женщин в исследуемых группах

Интервал (лет)	1-я группа, n=112		2-я группа, n=104		3-я группа, n=114	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
< 1	6	5,4	8	7,7	11	9,7
1	28	25,0	22	21,2	21	18,4
2	33	29,5	29	27,9	20	17,5
3	27	24,1	23	22,2	24	5,8
4	8	7,1	12	11,5	12	10,5
5	6	5,4	9	8,7	8	7,0
6 >	4	3,6	1	1,0	18	15,8

Таблица 2. Экстрагенитальная патология у обследуемых женщин

Нозология	1-я группа, (1 – 3 роды) n=112		2-я группа, (4 – 6 роды) n=104		3-я группа, (7 и > роды) n=114	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Железодефицитная анемия	82	91,6	93	96,3	114	100
Заболевания сердечно-сосудистой системы	7	6,3	24	23,1	31	27,2
Артериальная гипертензия	4	3,6	17	16,4	42	36,9
Варикозная болезнь вен нижних конечностей	28	25	31	29,8	58	50,9
Заболевания мочевыделительной системы	19	16,9	11	10,6	38	33,3
Заболевания эндокринной системы (диффузный зоб)	17	15,2	22	21,2	26	22,8
Нарушение обмена веществ	10	8,9	39	37,5	42	36,9

Факторы, способствующие развитию железодефицитной анемии у многорожавших – частые беременности, короткий интервал между родами, ранний токсикоз, обострение хронических соматических заболеваний, гестоз, кровотечение в предыдущих родах.

Сочетания экстрагенитальной патологии и гестоза заслуживают самого пристального внимания, так как именно фоновая патология ограничивает возможности адаптации к тем многообразным изменениям, которые происходят во время беременности, особенно у многорожавших женщин.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Володин Н.Н. Показатели смертности и рождаемости в Российской Федерации // Педиатрия. – 2006. – №1. – С. 5–8.
2. Доклад о состоянии окружающей среды Чеченской Республики в 2009 году. – Комитет Правительства Чеченской Республики по экологии (сборник официальных документов).
3. Кадамалиева М.Д., Абдурахманова Ф.М. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода при ожирении / Мать и дитя: Материалы VIII Рос. форума. – М., 2006. – С. 101.
4. МЗ и СР Российской Федерации. Медико-демографические показатели Российской Федерации в 2004 году. Статистические материалы. – М., 2005. – 115 с.
5. Мацуева З.Д. Особенности течения беременности и родов у многорожавших женщин: Автореферат дисс...канд. мед. наук. – Москва, 2007.
6. Радзинский В.Е., Жуковский Я.Г., Оленева М.А., Златовратская Т.В., Казарян Р.М., Оленев А.С. Кровотечения в акушерстве. Перспективы современных технологий / Мать и дитя: Материалы VIII Рос. форума. – М., 2006. – С. 214–215.
7. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М.: Триада-Х, 2003. – 815 с.
8. Nabukera S., Wingate M.S., Alexander G.R., Salihu H.M. First time birth among women 30 years and older in the United States: patterns and risk of adverse outcomes. J. Reprod. Med. – 2006. – vol.51. – P. 676–682.

РЕЗЮМЕ

Статья посвящена особенностям течения беременности и родов при наличии железодефицитной анемии у многорожавших женщин.

Ключевые слова: многорожавшие, железодефицитная анемия, гестоз, риск.

ABSTRACT

The article is devoted to the course of pregnancy and birth in the presence of iron deficiency anemia in multiparous women. When iron deficiency anemia in multiparous dystrophic processes in the uterus and placenta, leading to disruption of its function and the formation of placental insufficiency.

Key words: multiparous, iron deficiency anemia, preclampsia, risk.

Контакты:

Шмелева Светлана Васильевна. E-mail: 89151479832@mail.ru.