

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У МНОГОРОЖАВЩИХ ЖЕНЩИН

Алигаджиев Магомед Алигаджиевич

Ассистент, Дагестанский научный центр РАМН
Дагестанская Государственная Медицинская академия
Федерального Агентства здравоохранения и социального
развития РФ
Россия г. Махачкала
jnus@mail.ru

FEATURES OF A COURSE OF PREGNANCY AT THE MULTIGIVING BIRTH WOMEN

M. Aligadzhiev

Summary. This article describes the frequency of extragenital and perinatal pathology, the frequency of complications that occur during pregnancy and childbirth in women who gave birth many times. Among all diseases of pregnant women, gestosis is the most frequently developing disease against the background of iron deficiency anemia. As of the current period of time, the frequency of anemia during pregnancy in the Russian state was 60%, and in the Republic of Dagestan, which is an unfavorable region in the social payment — reached 80%. Many authors believe that the problem of developing optimal and effective methods of contraception in women who gave birth many times, with pyelonephritis and anemia is far from its final resolution. For this reason, it is quite important to study the problems of choosing the most optimal method of contraception in women who gave birth many times.

Keywords: women with multiple birth, reproductive system, pyelonephritis, anemia.

Аннотация. В данной статье описана частотность экстрагенитальной и перинатальной патологии, частотность осложнений, которые возникают в процессе беременности, а также родов у женщин много раз рожавших. Среди всех болезней беременных женщин, гестоз является самой часто развивающейся болезнью на фоне железодефицитной анемии. По состоянию на текущий период времени частотность анемий в процессе беременности в российском государстве составило значение 60%, а в Республике Дагестан, который является неблагоприятным регионом в социальном плате — достигло значения 80%. Многие авторы, полагают, что проблематика проведения разработок оптимальных и эффективных методов контрацепции у женщин, которые много раз рожали, с пиелонефритом и анемией достаточно далека от своего окончательного разрешения. По этой причине достаточно актуально изучение проблематики в отношении выбора наиболее оптимального метода контрацепции у женщин много раз рожавших.

Ключевые слова: многорожавшие женщины, репродуктивная система, пиелонефрит, анемия.

Введение

Частые беременности и многочисленные роды представляют собой универсальный фактор риска возникновения перинатальной патологии. Снижение социального и экономического статуса, частое возникновение экстрагенитальной патологии, короткий интергенетический интервал, возраст пациенток обуславливают возникновение перинатальной патологии у многорожавших женщин (далее — МРЖ).

Болезни мочевыделительной системы находятся на первом месте среди экстрагенитальной патологии у многорожавших женщин, и составляют удельный вес 19%. Такие особенности возникновения дистрофических изменений в матке в первую очередь обусловлены прежде всего старением всех органов и систем. В настоящее время среди населения репродуктивного возраста, многорожавшие женщины составляют значительный процент, частые роды и высокий паритет представляют собой факторы, снижающие качество жизни больных. Низкий уровень репродуктивного здоровья, высокий процент экстрагенитальной патологии, осложнений беременности и родов представляют собой серьезную

проблему для современного акушерства и гинекологии. По данным исследования научно-исследовательского института Таджикистана за 2017 г удельный вес многорожавших женщин составил около 28%, 20% беременностей из которые протекали с экстрагенитальной патологией.

В Республике Дагестан доля МРЖ составляет больше 32% среди всех рожавших женщин и охарактеризовано более сложным течением гестации на фоне высокой отягощенности экстрагенитальными болезнями. Согласно определению ВОЗ МРЖ относятся к универсальной рисковой группе. Повышение хронической венозной недостаточности (ХВН) наступает по окончании каждой из последующих беременностей. В российском государстве, исходя из законодательных актов, к многодетным относятся те семьи, которые имеют троих и более детей несовершеннолетнего возраста. Семьи, в которых воспитываются и живут 5 и больше детей, составляют значение 5,2% от общего объёма российских семей, семьи с 9 и более детьми составляют значение 0,1% от общего числа семей.

У часто и МЖР женщин Кавказского региона, по данным Т. Х-М. Хашаевой [7], климакс наступает раньше

и протекает тяжелее. Анемия относится к широко распространенной патологии среди женщин. По частоте, косвенному и непосредственному воздействию на перинатальную, материнскую заболеваемость, а также на смертность анемией сохраняется место наиболее актуальной проблемы в отношении общественного здравоохранения всего мира (О.А. Магомедовна 2008 г). Согласно сведениям ВОЗ, частотность железодефицитной анемии у МЖР женщин в государствах с разнообразным уровнем жизнедеятельности находится в пределах значений 21–80%. В развитых европейских государствах примерно 10% женщин детородного возраста страдают от железодефицитной анемии, из которых 30% показывают скрытый дефицит железа, в определенных регионах нашего государства этот параметр достиг значения 50–60%. ЖДА совместно с пиелонефритом представляет не простое сложение обеих патологий, а имеет взаимотягущее воздействие, в значительной мере ухудшающее исход здоровье репродуктивного возраста для матери и для плода. Сочетанная патология (ЖДА и ПН) ведёт к достоверному повышению частотности появлений осложнений в сравнении с изолированными видами данных состояний патологии. Анемия, производя изменение гомеостаза организма матери по причине гормональных, волевых, иммунологических, обменных и некоторых остальных нарушений, оказывает влияние на развитие акушерских осложнений (М.М. Шехтман, 2000, В. Eskeland B, G.T. Bondevik 2000, Б.Г. Давыдова, 2000, Ф.Н. Гильмиярова, 2001). Частота акушерских осложнений прямо зависит от уровня тяжести анемии. Ранний токсикоз у женщин, страдающих от ЖДА развивается в 23–28% случаев, угроза прерывания беременности — 12–15% случаев, а преждевременные роды в 11–42% случаев. С ЖДА связана возрастающая частота недоношенных детей и преждевременных родов.

У беременных женщин, для которых характерен дефицит железа чаще в 2–3 раза, чем у женщин, обладающих нормальным уровнем гемоглобина, развивается гестоз. Сочетание гестоза и ЖДА проявляется у 14,5–50% женщин (М.С. Алиева, 2005, Н.М. Бакуева, 2003, Н.С. Омаров М, 1999, С.В. Далгатова, 2000).

У каждой второй МРЖ, страдающей от анемии, течение родов осложнено несвоевременным излитием околоплодных вод. К снижению сократительной функции миометрия ведён нарушение тканевого метаболизма, а также приводит к слабому развитию родовой деятельности (10–15%), из-за этого происходит повышение объёма патологической кровопотери как при родах, так и в периоде после родов, которое наблюдается у 7,8% и 23,6% рожавших женщин соответственно. Необходимо обратить внимание, что суммарный объём потери крови в послеродовом и раннем периоде после родов находится в пропорциональном соотношении к тяжести анемии (П.М. Омарова,

2005, Т.А. Обоскалова, 2005, В.Б. Цхай, 2003, В.А. Бурлев, Л.Е. Мурашко, 2002). К основным факторам, которые способствуют развитию анемии у женщин, находящихся в репродуктивном возрасте представляют собой следующие: малый уровень жизнедеятельности, многократное и частое рождение детей, слабые знания о возможности планирования беременности и методах контрацепции, увеличенная частотность акушерско-гинекологической и соматической патологий в анамнезе, малая диспансерная активность, также следует упомянуть несбалансированное питание по ключевым питательным веществам, недостаточное поступления с пищей витаминов, макроэлементов и микроэлементов. В процессе проведения исследования при помощи анкетно-опросного метода стало возможным установить, что наиболее часто в режиме женщин, страдающих от анемии, вне зависимости от уровня их жизнедеятельности, применялось 3-разовое питание. Большинство женщин основная часть пищи потребляется на ужин. Вопросы патологии и этиологии инфекции мочевыводящих путей у МРЖ в частности пиелонефрита, в специальной литературе освещаются широко. Было доказано, что ведущая роль в его появлении принадлежит бактериальным агентам, преимущественным образом представителям семейства Enterobacteriaceae (Н.Ю. Владимирова и соавторы, 2001; А.И. Дядык и соавторы, 2000; J.V. Hill et al., 2005; D. Kaye, J. Sobel, 2000). Обострению хронического пиелонефрита либо развитию гестационного пиелонефрита в процессе беременности женщин способствует комплекс механических, гормональных и иммунных факторов, которые неразрывным образом связаны с их беременностью (А.А. Довлатян, 2004; Т.А. Заманская и соавторы, 1999; J.M. Davison, 2001; T.F. Patterson, V.T. Andriole, 1997).

Недостаточно освещена в литературе проблема информативности и допустимости использования у многоплодных женщин с анемией и пиелонефритом различных методов контрацепции. До сих пор существуют различные точки зрения относительно влияния различных видов контрацепции у многоплодных женщин с анемией и пиелонефритом.

Проводимые исследования показали повышающееся значение анемии в исходе родов и беременности у данных женщин (А.Ф. Низамова, 2002, М.М. Шехтман, 2003). Значимость в проблематике МРЖ ожирения отражаются в исследованиях Н.И. Кан (2001), Е.Г. Багрий (2003). Достаточно важное место в структуре экстрагенитальной патологии у МРЖ заняла варикозная заболеваемость (Н.Н. Науменко, 2003). Некоторые работы посвящаются пролонгированию беременности у МРЖ (D.N. Mannoff, A. Chinn, 2001) Проводимые исследования Е.М. Heinberg et al (2002), М.У. Мирсаидова (2004) смогли показать, что МРЖ без акушерских и соматических осложнений имели благополучные роды при помощи

естественных родовых путей. Сотрудниками (ВОЗ, 1978, С.М. Гаджимурадова, 2002, Ж.О. Кочофа, 2003) было показано, что МРЖ относятся к группе высокого риска перинатальной и материнской смертности. Велика роль центров планирования семьи в профилактике осложнений у МРЖ. Она заключается в выработке тенденции к прекращению репродуктивной функции у них после 40 лет и обеспечение интервала между родами не менее двух лет. В процессе выбора контрацептивного метода предпочтение отдавали КОК, по той причине, что их использование в наиболее максимальной степени снижает риск развить незапланированную беременность и осложнений, которые связаны с её прерыванием. У большего количества женщин КОК реализуют регуляцию менструального цикла, оказывая лечебное воздействие в случае дисменореи, меноррагии, предменструального синдрома, овуляторных болей. Снижение менструальной кровопотери на фоне приёма КОК благоприятно воздействует на повышение эффективной составляющей проведения антианемической терапии. Помимо этого, лечебный эффект оральных контрацептивных средств прямо пропорционален продолжительности их использования.

Использование КОК может позволить управлять длительностью интергенетического интервала независимо от степени тяжести анемии, а также скорости восстановления депо железа в женском организме. Подбор средств гормональной контрацепции производили строго дифференцированным образом, учитывая выявленные относительные либо абсолютные показания.

Заключение

Таким образом, несмотря на многочисленные и многоплановые исследования во всем мире, направленные на предупреждение нежелательной беременности у женщин, можно с уверенностью считать, что проблематика проведения разработки оптимальных и эффективных методов контрацепции у МЖР, страдающих от пиелонефрита и анемии находится на достаточно далёком расстоянии от окончательного своего разрешения. По этой причине в наибольшей степени актуализируется осуществление изучения проблем выбора оптимального контрацептивного метода у МРЖ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амирханова М. И. Нарушение лактационной функции у многорожавших женщин с гестозом / М. И. Амирханова, С.-М.А. Омаров. — Махачкала, 2001. — 345 с.
2. Асхабова Л. М. Репродуктивное здоровье и вопросы планирования семьи / Л. М. Асхабова, Г. А. Махмудова. — Махачкала, 2003. — 170 с.
3. Бабаджанова Ш. А. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у многорожавших женщин с железодефицитной анемией: дис. канд. мед. наук / Ш. А. Бабаджанова. — Ташкент, 1990. — 180 с.
4. Багрий Е. Г. Особенности гестации у многорожавших женщин с ожирением: дис. канд. мед. наук / Е. Г. Багрий. — Ростов н/Д, 2004. — 175 с.
5. Басин Б. Л. Медицинская помощь многорожавшим женщинам в условиях сельских районов / Б. Л. Басин, Ю. И. Чуловский // Деп. рукопись. — Омск, 1996. — 3 с.
6. Басин Б. Л. Особенности течения родов и морфология матки у многорожавших женщин / Б. Л. Басин, Ю. И. Чуловский // Деп. рукопись. — Омск, 1997. — 3 с.
7. Девятова И. Н. Сравнительная характеристика течения беременности и родов у пациенток с рубцом на матке / И. Н. Девятова, О. М. Малахова, О. Н. Харкевич // Рос. медико-биол. вестн. им. акад. И. П. Павлова. — 2015. — № 2. — С. 126–134.
8. Дядык А. И. Инфекции почек и мочевыводящих путей / А. И. Дядык, Н. А. Колесник. — Донецк: КП «Репой», 2003. — 400 с.
9. Зупарходжаева М. З. Особенности течения и исхода беременности и родов у здоровых многорожавших женщин: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук / М. З. Зупарходжаева. — Ташкент, 1989. — 25 с.
10. Игнатко И. В. Клиническое значение исследования внутривенного кровотока в оценке степени тяжести гестоза и прогнозирования течения беременности: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук / И. В. Игнатко. — М., 1996. — 29 с.
11. Калугина Г. В. Хронический пиелонефрит / Г. В. Калугина, М. С. Клушанцева, Л. Ф. Шсхаб. — М., 1993. — 237 с.
12. Марупова С. И. Дегградация белков и свободнорадикальных процессов у женщин с патологией амниона / С. И. Марупова // Наука молодых (Erudition Juvenium). — 2015. — № 3. — С. 73–77.
13. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр) // ВОЗ. — Женева, 1995 [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://base.garant.ru/4100000/>
14. Милютин Ю. И. Осложнения беременности у многорожавших женщин / Ю. И. Милютин // Акт. пробл. неотл. сост.: материалы Регион, науч.-практ. конф. мол. уч. и специалистов. — 1995. — С. 102–104.
15. Омаров С.-М.А., Раджабова Ш. Ш., Нурмагомедов С. Н., Дабузов А. Ш. Активное ведение многократных родов // Материалы IV Российского форума «Мать и дитя». — М., 2002. — с. 442–443.
16. Омаров С.-М.А., Хашаева Т. Х. — М., Омаров Н. С. — М. Принципы планирования семьи в регионе с высокой рождаемостью // Вестн. Рос. ассоц. акуш.-гин. 1995. — № 4. — С. 48–52.