

УДК 618.3-008.6

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОЗДНЕГО ГЕСТОЗА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ ЗА ПЕРИОД 1996–2005 гг.

В.Н. Сидоренко

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Гестоз продолжает оставаться одним из наиболее частых и серьезных осложнений при беременности, в родах и в послеродовом периоде не только в нашей стране, но и за ее пределами. Частота гестозов постоянно растет. Так, согласно данным научных исследований, в 1970-1973 гг. гестозы наблюдались в 3,5-7,5% случаев, в 90-е годы их частота увеличилась в 2 раза и соответствовала в 1991 г. – в 7-16%, в 1998 г. – 16-17,2% [1,6,7,8]. По данным Савельевой Г.М. и соавт. (2001) в РФ частота гестозов также увеличивается от 7 до 20% [5, 6, 7]. Венцовский Б.М. с соавт. (2005) выявили, что частота поздних гестозов достигает 23,2%, из них тяжелые формы отмечаются в 8-10% случаев [1]. В последние годы наблюдается рост частоты сочетанных гестозов на фоне экстрагенитальной патологии до 70% [1, 3, 5, 6, 7].

Общепризнано, что гестоз является одной из основных причин материнской летальности и во многом определяет уровень перинатальной заболеваемости и смертности [2, 3, 5, 8]. В структуре заболеваемости беременных гестоз занимает седьмое место после анемии, угрозы невынашивания, патологии щитовидной железы, болезней мочеполовой системы, инфекционных заболеваний и болезней системы кровообращения [8].

Показатель перинатальной заболеваемости при этом грозном осложнении беременности находится в пределах от 163,0 до 780‰, смертности – от 10 до 30 ‰ [3, 6].

Нами проведен анализ распространенности гестоза в Республике Беларусь за 10 лет с 1996 по 2005 гг. на основании данных ежегодных статистических отчетов (форма №32) учреждений здравоохранения из всех регионов.

Как следует из рисунка 1, с 1996 по 2003 гг. в РБ отмечена четкая тенденция к увеличению частоты гестозов с 7,7% до 10,3% к числу женщин, закончивших беременность, т.е. рост составил 3,1%. Начиная с 2004 г. в республике наметилась тенденция к снижению этого осложнения беременности до 9,9%, в 2005 г. до 9,1%. При этом высокая частота поздних гестозов в структуре заболеваний, осложнивших роды, в Гомельской – (11,4%), Гродненской – (10,2%) областях.

Частота тяжелых форм позднего гестоза (преэклампсия, эклампсия) за последние 5 лет составила 1,4% в 2003 г. и 1,1% в 2005 г. на 1000 родов (рисунок 2).

Как следует из рисунка 2, наиболее высокая частота поздних гестозов наблюдалась в 1997 г. – 2,1 случай на 1000 родов, к 2005 г. отмечено их снижение почти в 2 раза, что составило 1,1 случай на 1000 родивших.

Представляется важным изучение распространенности поздних гестозов по данным женских консультаций г. Минска (рисунок 3). Так, в процессе гестации наибольшая частота этого осложнения выявлена в 1997 г. – 9,7%, начиная с 2003 г. отме-

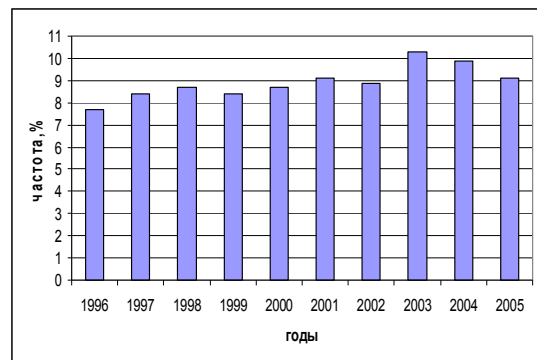


Рис. 1. Частота позднего гестоза в Республике Беларусь

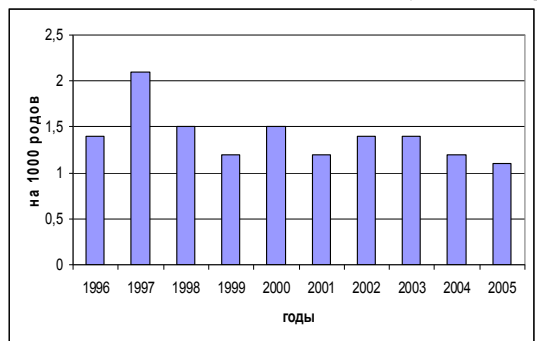


Рис. 2. Частота тяжелых форм позднего гестоза в РБ

чена стабилизация поздних гестозов в пределах 6,2-6,1% с последующим их снижением до 5,1% в 2005 г. Частота тяжелых форм позднего гестоза у беременных женщин г. Минска за анализируемый период времени находилась в пределах от 0,6% в 1997 г. до 1,4% в 2005 г. Согласно данным акушерских стационаров г. Минска, гестоз осложнял течение родов и послеродового периода в 12% случаев в 1996 г. с тенденцией к росту в 1,5 раза до 2001 г., достигая частоты 18,5%. С 2002 г. до 2005 г. отмечено снижение частоты этого осложнения до первоначального уровня (13%).

Следует отметить, что наиболее часто встречались сочетанные формы гестоза – в 89,2% наблюдений и лишь в 10,8% случаев наблюдались «чистые» гестозы. При этом наиболее часто поздний гестоз развивался на фоне патологии сердечно – сосудистой системы (29,4%), эндокринной системы – (27,6%) и болезней мочевыделительной системы – (23,9%). Обращает внимание, что почти у каждой третьей (31,6%) беременной с поздним гестозом наблюдалось 2 и более соматических заболевания, что согласуется с мнением других исследователей [2, 4].

Гестоз, являясь тяжелым осложнением беременности, существенно влияет на материнскую заболеваемость и смертность. Согласно данным Министерства статистики РФ, в структуре материнской летальности (МЛ) гестоз занимает третье место, уступая первенство экстрагенитальным

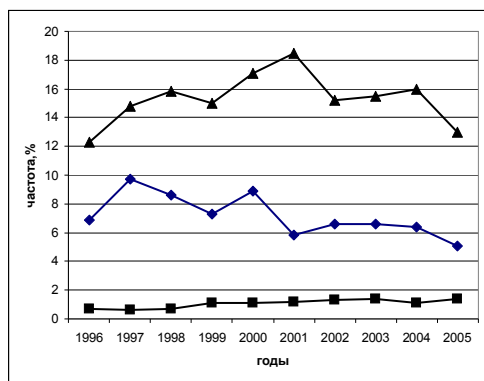


Рис. 3. Распространённость поздних гестозов во время беременности, в родах и послеродовом периоде в г. Минске

- ◆◆◆ - распространённость гестозов по данным женских консультаций, %
- ▲▲▲ - распространённость гестозов по данным родильных стационаров, %
- ■ ■ - распространённость тяжёлых форм гестоза по данным женских консультаций, %

заболеваниям и акушерским кровотечениям [1,2,6]. Согласно мнениям Савельевой Г.М. (1998), Кулакова В.И. с соавт. (2004), в странах с относительно высокой рождаемостью гестоз как причина материнской смертности достигает 11,5-24% [2,4,5].

Анализ собственных исследований свидетельствует, что в РБ за период с 1996 по 2005 гг. умерло 22 женщины на фоне беременности, осложненной гестозом, из 120, которые вошли в материнскую летальность, что составило 18,3%. Причем чаще не удавалось спасти беременных женщин, родоразрешавшихся в экстренном порядке в сравнении с плановым родоразрешением ($58,3 \pm 7,12\%$, $p < 0,001$). В послеродовом периоде на фоне гестоза умерло 12 (24%) родильниц из 50, вошедших в МЛ. Следует отметить, что случаи МЛ от тяжелых форм гестоза регистрировались во всех областных центрах республики. Причем, в Витебской, Гомельской и Могилевской областях материнская летальность отмечалась наиболее часто и составляла 22,6%, 21,8% и 15,8% соответственно. Наиболее низкий показатель МЛ от тяжелых сочетанных форм позднего гестоза (8,8%) регистрировался в г. Минске.

Анализируя случаи материнской летальности в РБ за 10-летний период, нами отмечено, что умершие женщины находились в возрасте от 17 до 39 лет, средний возраст составил $24,3 \pm 0,84$ лет. Первородящих женщин было 14 (63,6%), первородящих – 16 (72,7%). Поздний гестоз развился в сроке 24-32 нед. гестации на фоне экстрагенитальной патологии в 19 (86,3%) наблюдений. При этом только 14 (63,6%) женщин в период гестации были обследованы в полном объеме.

Плановая госпитализация в акушерский стационар в сроке беременности 32-37 нед. осуществлялась в 16 (72,7%) наблюдениях, причем 9 (40,9%) из них родоразрешены в экстренном порядке путем операции кесарево сечение ввиду преэклампсии. Шесть умерших женщин госпитализировались в экстренном порядке в сроке 34-36 нед. гестации, причем тяжелые формы гестоза наблюдались у 9 (40,9%). Родоразрешение операций кесарево сечение проведено 19 (86,3%) из 22 женщин.

Согласно данным патологоанатомических заключений основными причинами МЛ при гестозах были отмечены: отек головного мозга в сочета-

нии с полиорганной недостаточностью (26,8%), субарахноидальное кровоизлияние (12,6%), острая почечная недостаточность (11,5%), отек легких (8,9%).

С 2002 г. в республике отчетливо наметилась тенденция к снижению частоты случаев материнской летальности от тяжелых форм поздних гестозов. Так, если в 2001 г. зарегистрировано 5 случаев МЛ, то в дальнейшем, с 2002 по 2004 гг. наблюдалось по 1 случаю смерти женщин, ввиду позднего гестоза.

Вышеизложенное указывает на необходимость совершенствования мероприятий, направленных на прогнозирование развития гестоза, своевременное выделение беременных групп риска с целью проведения комплексных патогенетически обоснованных лечебно-профилактических мероприятий. Своевременная диагностика этого грозного осложнения с ранних сроков гестации, плановая госпитализация беременных в акушерский стационар III уровня оказания медицинской помощи, рациональное родоразрешение – основной резерв снижения материнской и перинатальной заболеваемости, смертности.

Выводы

1. В течение последних двух лет в республике наметилась тенденция к снижению частоты поздних гестозов, в том числе его тяжелых форм во всех регионах.

2. Ведущее значение в развитии тяжелых форм позднего гестоза имеют фоновые экстрагенитальные заболевания у беременных женщин (патология сердечно-сосудистой, эндокринной систем, болезни мочевыделительной системы), частота которых достигает 89,2%.

3. Высокий риск возникновения гестоза с неблагоприятным исходом имел место у молодых первобеременных и первородящих женщин, а также у женщин с высоким паритетом родов, которым не в полном объеме были проведены лечебно-профилактические мероприятия по снижению риска развития клинических проявлений гестоза.

4. Основными причинами неблагоприятных исходов (МЛ) являлись: недооценка тяжести течения патологического процесса, несвоевременная госпитализация в акушерский стационар, нерациональная тактика родоразрешения.

5. С целью профилактики материнских потерь при поздних гестозах необходимо дальнейшее совершенствование методов прогнозирования, ранней диагностики прегестоза для своевременного проведения патогенетически обоснованной многокомпонентной терапии, что позволит снизить частоту клинических проявлений, а также тяжелых его форм.

Литература

1. Венцовский Б.М., Запорожан В.Н., Сенчук А.Я., Скачко Б.Г. Гестозы. – Руководство для врачей. – М., 2005. – 267с.
2. Кулаков В.И., Фролова О.Г., Токова З.З. Пути снижения материнской смертности в Российской Федерации // Акушерство и гинекология. – 2004. – №2. – С.3-5.
3. Репина М.А. Гестоз как причина материнской смертности. Журн. акуш. и жен. бол. 2000, №3. – С.11-18.
4. Руководство по безопасному материнству / Под ред. Кулакова В.И. – М.: Трида-Х.1998. – 531с.
5. Савельева Г.М. Патогенетическое обоснование терапии и профилактики гестозов. // Вестник Российской ассоциации акушеров – гинекологов. 1998. – №2. – С.21-26.
6. Серов В.Н., Фролова О.Г., Токова З.З. // Проблемы беременности. – 2001. – № 3. – С.15-19.
7. Сидорова И.С. Гестоз. – М., «Медицина», – 2003. – 406с.
8. Харкевич О.Н. Гестоз // Охрана материнства и детства. – Витебск. – 2001. – №2. – С.69-81.

Поступила 28.03.07