



## ФАКТОРЫ РИСКА РВОТЫ БЕРЕМЕННЫХ.

**Абдиева Сетора Ахмаджон кизи**

*Ферганский мелицинский институт общественного здоровья  
Фергана, Республика Узбекистан.*

**Резюме.** По данным АСОГ и других исследователей рвота встречается у 50–80% беременных и у 1,5–2% может переходить в тяжелую степень - hyperemesis gravidarum. **Цель.** Изучить факторы риска развития рвоты беременных у женщин Ферганской области. **Материал и методы.** Работа выполнена на базе Ферганского областного перинатального центра в 2022-2023гг. Проведено ретроспективное исследование историй болезни 123 женщин с рвотой беременных (РБ). Степень тяжести рвоты беременных оценивали по Г.М.Савнльевой [2018]. В работе использованы клинические, клинико-лабораторные и статистические методы исследования. **Результаты.** РБ проявлялась чаще в легкой (45,5%) и средней (44,7%) степени, тяжелая степень встречалась только у 9,8% пациенток. С учетом степени тяжести РБ изучены возраст, паритет, сроки обращения в стационар, акушерский анамнез, соматическая патология, особенности клиники. **Выводы:** К группе риска развития РБ тяжелой степени можно отнести повторнобеременных в возрасте 20-24 лет, домохозяек, поступавших запоздало в сроки гестации 7-8 недель, что свидетельствовало об отсутствии у них знаний и/или несоблюдении режима питания, сна и отдыха - основных мер профилактики развития раннего токсикоза беременных. К факторам риска РБ относятся перенесенная неразвивающаяся беременность, железодефицитная анемия, инфекция мочевых путей.

**Ключевые слова:** рвота беременных, степени тяжести, факторы риска, гиперемезис гравидарум.

**Актуальность.** В акушерской практике среди ранних токсикозов беременных наиболее часто встречается рвота беременных (РБ). По данным различных авторов частота этого осложнения беременности составляет 40% - 70%. По данным АСОГ и других исследователей «50–80% беременных пациенток жалуются на тошноту, при этом в 50% случаев тошнота сопровождается многократной рвотой». Тошнота и рвота, как правило, начинаются с 4-5-ой недели беременности и заканчиваются к 10-12 недели. Среди населения распространено мнение, что утренняя рвота беременных является ранним признаком наступления беременности и не требует лечения, так как сама пройдет к 3 месяцам. По данным литературы у 35% беременных РБ хотя и не приводит к госпитализации, но значительно ухудшают качество жизни, работоспособность и семейные взаимоотношения [3]. Кроме того легкая



степень рвоты у 1,5-2% беременных, может прогрессировать и переходить в тяжелую степень – hyperemesis gravidarum, сопровождаясь дегидратацией, нарушением питания и обмена, [2, 9, 10], гипохлоремическим алкалозом электролитными нарушениями, вплоть до поражения печени, полинейропатии, энцефалопатии и др. [7], может приводить к мышечным судорогам, кетонурии [20]. M.S. Fejzo et al. сообщают о том, что гиперемезис гравидарум составляет 0,3-10,8%. В редких случаях может приводить к материнской смертности.

Что касается причин развития РБ, то О.А. Кутузова [6] отмечает, что “токсикоз первой половины беременности является ранним проявлением гестационной дезадаптации”. В литературе существует множество теорий, в частности, выделяют гормональную, неврогенную, иммунологическую, кортиковисцеральную, рефлекторную, но, по мнению Э.К. Айламазян [1] в патогенезе развития токсикоза может находиться несколько причин одновременно.

РБ отрицательно влияет на исход беременности и родов. Осложнения могут воздействовать на женщину, на плод или на обоих, а также могут развиваться на разных сроках беременности. Нарушается баланс электролитов, необходимый для поддержания нормального функционирования организма. Может развиваться тяжелое поражение печени, приводящее к желтухе и разрушению ткани печени. Выделяют ряд серьезных осложнений, таких как разрыв пищевода, кровоизлияния в сетчатку, пневмоторакс, повреждение почек и энцефалопатию Вернике. При рвоте беременных, развившейся во втором триместре, преэклампсия наблюдается в 2 раза чаще, а риск отслойки плаценты повышается в 3 раза [8, 4]. В. Keskinliç в своей статье упоминает о том, что гиперемезис гравидарум выделен как транзиторный фактор риска тромбоза легочной артерии (ТЭЛА). Е.Ю.Юпатов, А.В.Филюшина и другие авторы отмечают, что рвота беременных нередко способствует развитию осложнений у пациенток во втором триместре и в более поздние сроки гестации, таких как преждевременные роды, преэклампсия, плацентарная недостаточность, задержка роста плода, случаи отслойки плаценты. При этом, новорожденные дети с большей вероятностью угрожаемы по возникновению перинатальной патологии – гипотрофии, поражению центральной нервной системы преимущественно гипоксически-ишемического генеза, асфиксии новорожденных и др. [7]. Другие наблюдения продемонстрировали увеличение числа детей с низким весом при рождении. Осложнения первой половины беременности являются зеркалом более глубоких и специфических для гестации нарушений на этапе инвазии цитотрофобласта первой волны и предиктором тяжелых гестационных осложнений второй половины беременности (плацентарной недостаточности, преждевременных родов, преэклампсии и др.) [11]. Всё вышеуказанное свидетельствует об актуальности изучаемой темы и обусловило выбор цели.



**Цель.** Изучить факторы риска развития рвоты беременных у женщин Ферганской области.

**Материал и методы.** Работа выполнена на кафедре акушерства, гинекологии (зав.каф.- дмн Суяркулова М.Э.) в Ферганском медицинском институте общественного здоровья на базе Ферганского областного перинатального центра. Осуществлено ретроспективное исследование историй болезни 123 беременных за 2022-2023гг.

Критериями включения в исследование были: прогрессирующая беременность, наступившая естественным путем; срок беременности – 1 триместр. Критериями исключения являлись: наследственные заболевания, тяжелая соматическая патология и хронические заболевания женщины в стадии декомпенсации, наличие эпилепсии, сахарного диабета 1 и 2 типа, артериальной гипертензии хромосомные аномалии и врожденные пороки развития плода.

Степень тяжести рвоты беременных оценивали по Г.М. Савельевой [12] (табл.1).

**Таблица 1.**

Степени тяжести рвоты беременных [Савельева Г.М, 2018]

Симптомы	Степень тяжести		
	Легкая	Средняя	Тяжелая
Частота рвоты, раз в сутки	От 3 до 5	От 6 до 10	От 11 и выше
ЧСС	80–90	90–100	Более 100
САД, мм рт. ст.	110–120	100–110	Ниже 100
Снижение массы тела в неделю от исходной массы	До 5%	До 6–10%	Свыше 10%
Субфебрильная температура	Нет	Редко	Часто
Желтушность склер и кожного покрова	Нет	5–7%	20–30%
Гипербилирубинемия, мкмоль/л	Нет	21–40	21–60
Сухость кожного покрова	+	++	+++
Стул	Ежедневно	1 раз в 3 дня	Задержка > 3 дней
Диурез, мл	900–800	800–700	Менее 700
Кетонурия	+, ++	+, +++ (периодически у 20–50%)	+++, ++++ (периодически у 70–100%)

С учетом степени тяжести 123 беременные разделены на группы. 1 группу составили 56 (45,5%) беременных с рвотой легкой степени, 2-ую – 55 (44,7%) пациенток с рвотой средней тяжести и 3-ью - 12 (9,8%) женщин с рвотой тяжелой степени. Контрольную группу составили 30 относительно здоровых беременных без рвоты беременных. Наши данные аналогичны данным, полученным И.И.Зданкевич [5]: рвота беременных проявлялась чаще в легкой



(46,67%) и средней (40%) степени, тяжелая степень встречалась только 13,33% пациенток.

В работе использованы клинические, клинико-лабораторные и статистические методы исследования. использовали показатели: среднее значение, стандартную ошибку средней, стандартное отклонение, проценты и частоты. Достоверность отличий сравниваемых показателей оценивались по t-критерию Стьюдента. За статистически значимые изменения принимали уровень достоверности  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** Возрастной состав по группам представлен на рис.1. Беременные основной группы были в возрасте 20-24 лет 48,8% (60), 25-29 лет несколько меньше - 29,3% (36) и 30 лет и старше - 28,0% (27). По возрастной структуре беременные контрольной группы не отличались от основной ( $p < 0,05$ ). Средний возраст пациенток основной группы составил  $26,3 \pm 3,8$  года, контрольной группы -  $24,8 \pm 2,9$  года ( $p > 0,05$ ).

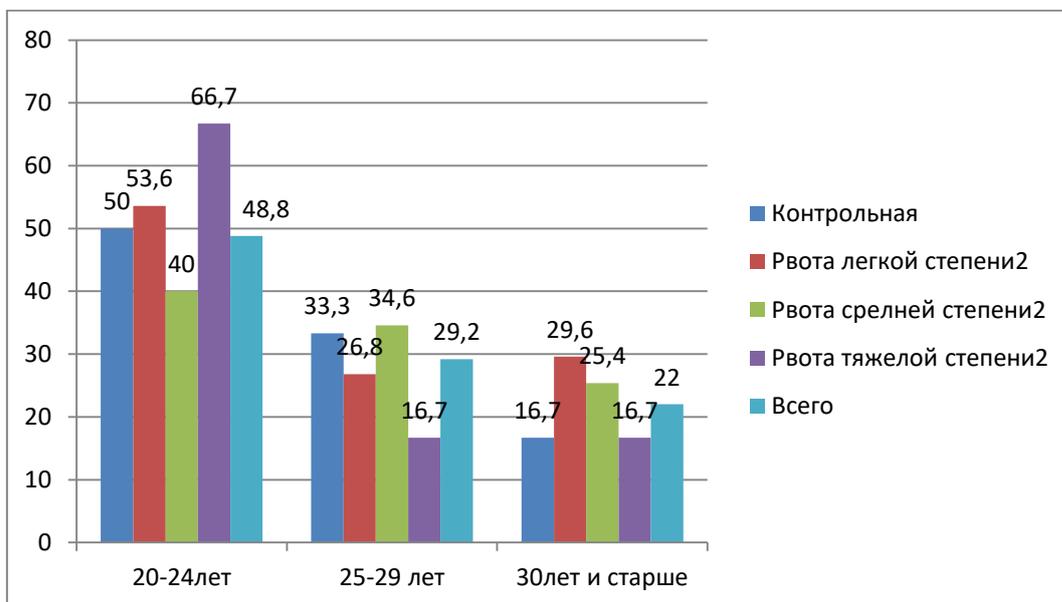


Рис.1. Возрастной состав беременных, страдающих рвотой, по группам Паритет по группам представлен на рис.2.

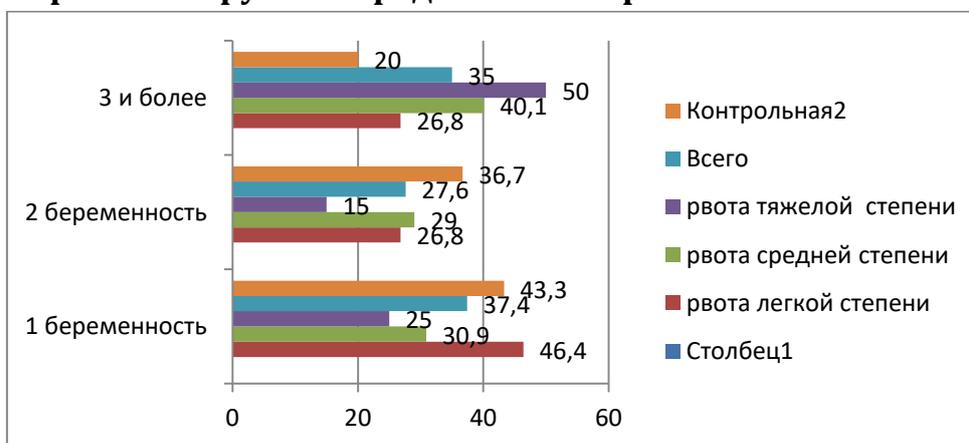


Рис.2. Паритет беременных, страдающих рвотой, по группам



1-ая беременность была у 37,4% (46), 2-ая – у 27,6% (34) и 3-ья и более – у 35,0% (43) женщин, то есть преобладали повторно беременные - 62,6% (67). Однако, следует отметить, что среди беременных с легкой рвотой первобеременных было 46,4%, тогда как при РБ средней степени они составили 1/3, а при тяжелой РБ-1/4.

Сроки госпитализации женщин с рвотой беременных по группам представлен на рис.3.

В стационар 1/3 (33,3%) беременных поступила в сроки гестации 4-6 недель, еще 1/3 - в сроки (31,7%) - в 7-8 недель, в 9-12 недель - 21,6% (26) и в 12 недель и более – 13,8% (17). При этом 32,1% беременных 1 группы поступали в стационар в сроки 9-12 недель, а 2-ой группы – в 4-6 недель 48,9% и 3 группы – преимущественно в сроки гестации 7-8 недель 50,0%.

Из акушерского анамнеза установлено, что роды перенесли 40,7% (50) женщин, аборт – 23,6% (28), из них по поводу неразвивающейся беременности

Исход предыдущей беременности	Рвота легкой степени, n=56	Рвота средней степени, n=55	Рвота тяжести степени, n=12	Всего, n=123	Контрольная
-------------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--------------	-------------

55,2% (16). Указание на прерывание беременности по медицинским показаниям - неукротимая рвота было в 1 случае (0,8%). По группам акушерский анамнез представлен в табл. 2.

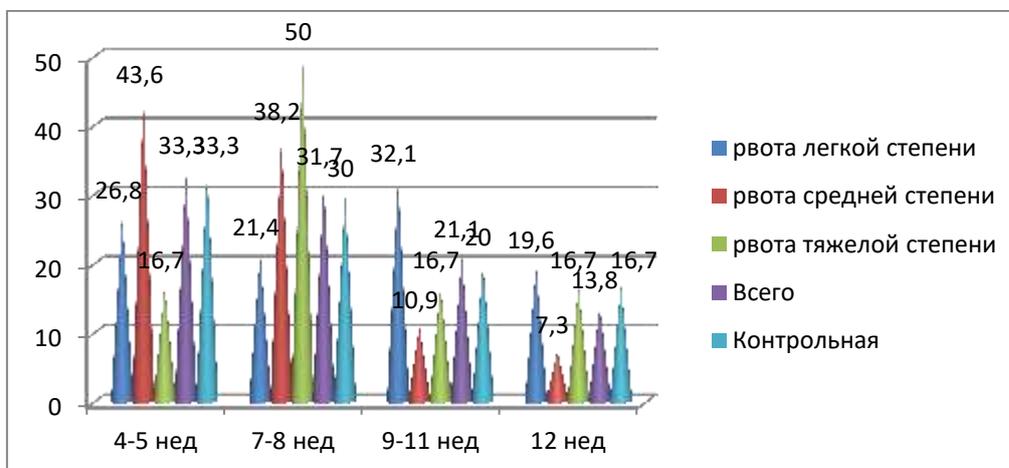


Рис.3. Сроки госпитализации женщин с рвотой беременных по группам  
**Таблица 2**  
**Акушерский анамнез женщин с рвотой беременных по группам**



	абс.	%								
Роды	20	35,7	25	45,4	5	41,7	50	40,7	14	46,7
Аборты:	11	19,6	15	27,3	3	25,0	29	23,6	3	10,0
самопроизвольные	7	12,5	5	9,1	0	0	12	9,8	2	6,7
неразвивающаяся беременность	4	7,1	10	18,2	2	16,7	16	13,0	1	3,3
По мед. показаниям (неукротимая рвота)	0	0	0	0	1	8,3	1	0,8	0	0

По социальному статусу подавляющее большинство составили домохозяйки (83/67,4%,  $p < 0,05$ ), служащих было 35/28,5%, учащихся – 5/4,1%. Клинически помимо тошноты и рвоты у беременных отмечалось формирование отрицательного естественного рефлекса на голод: потеря аппетита, отвращение к пище, приему жидкости. Характерными для РБ были общая слабость, апатия, потеря интереса к окружающему, артериальная гипотония (84,6%) и угроза прерывания (26,0%), которая при РБ легкой степени составила 42,9%, а при средней степени тяжести – 17,0%. Среди соматической патологии наиболее часто диагностирован эндемический зуб (60%), ЖДА (67,5%), ИМТ (17,0%). Указание на перенесенную вирусную инфекцию COVID-19 имелось лишь у 1,3% беременных.

**Выводы.** К группе риска развития РБ тяжелой степени можно отнести повторнобеременных в возрасте 20-24 лет, домохозяек, поступавших запоздало в сроки гестации 7-8 недель, что свидетельствовало об отсутствии у них знаний и/или несоблюдении режима питания, сна и отдыха – основных мер профилактики развития раннего токсикоза беременных. К факторам риска РБ относятся перенесенная неразвивающаяся беременность, железодефицитная анемия, инфекция момевого тракта. На основании полученных данных можно предположить, что в генезе рвоты беременных имеют место такие факторы, как хроническая инфекция, гормональные нарушения и иммунологический дисбаланс. В связи с указанным, представляет научный и практический интерес оценить состояние плацентарных гормонов и иммунной системы при рвоте беременных, что является объектом наших дальнейших исследований.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Айламазян Э.К. Акушерство. 9-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа;2015. (704): <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433164.html>.



2. Давыдова Ю.В., Волошина Т.В., Лиманская А.Ю., Тудай В.Н., Двулит М.П., Баранова В.В. Ранний токсикоз беременности: оценка риска и тактика// Здоровье женщины. 2014; 92 (6):.62-66.

3. Давыдова Ю. В., Лиманская А. Ю., Тудай В. Н., Мокрик А. Н. Клинический случай применения Ксилата в комплексной терапии тяжелого раннего токсикоза беременных [Электронный ресурс]: [1 10](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zdzh_2015)//Здоровье женщины.2015;(1):45-48 [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zdzh\\_2015](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zdzh_2015).

4. Жуковская И.Г., Сандакова Е.А., Хлынова О.В., Садовниченко Е.А.Особенности течения и исходы беременности у женщин с различными видами диспептических расстройств.//Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.2018;(7):146–150. <https://www.nogr.org/jour/article/view/967>.

4. Зданкевич И. И. Влияние рвоты беременных на течение и исход беременности //Актуальные проблемы современной медицины и фармации-.2017. (50-55). <http://rep.bsmu.by/handle/BSMU/4.pdf>.

5. Кутузова О. А. Оптимизация ведения беременных с ранним токсикозом путем выделения предикторов тяжелого течения //Аспирантский вестник Поволжья. 2015; (5-6): 21-27.

6. Можейко Л. Ф., Поух М. А. Применение комплексного препарата прегинор в лечении рвоты беременных //Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. 2020; 10 (5): 638-646.

7. Мравян С. Р., Петрухин В. А. "Терапевтический нигилизм", патогенез и исходы рвоты беременных //РМЖ. Мать и дитя. 2016; (15): 966-970.

8. Павлова К.С. Токсикоз первой половины беременности. Физиотерапевтическая коррекция.

9. В: Мечниковские чтения – 2020: материалы 93й Всероссийской научнопрактической студенческой конференции с международным участием. Санкт-Петербург. 29–30 апреля, 2020 г. СПб.: Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова; <https://elibrary.ru/item.asp?id=42961395&>

10. Рахманова Т.Х., Исенова С.Ш., Святова Г.С., Эгле М. Современный взгляд на вопрос этиологии чрезмерной рвоты беременных.//Вестник Казахского национального медицинского университета.2020;(3):7–12.

11. Рябова С.А., Тезиков Ю.В., Липатов И.С. Результаты клинической апробации комплексной балльной шкалы оценки степени тяжести хронической плацентарной недостаточности // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2015; 17(2-2): 371-375.

12. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серова В.Н., Радзинский В.Е. (ред.). Акушерство:национальное руководство. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018: (1088). <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433652.html>.



13. Abdiyeva, S. (2023). THE IMPORTANCE OF EFFECTIVE TECHNIQUES IN INCREASING VOCABULARY RANGE OF STUDENTS. *Innovative Development in Educational Activities*, 2(3), 129-132.

14. Abdiyeva, S. A., & Rahimova, N. B. (2021). MODERN PROBLEMS OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. *Экономика и социум*, (12-1 (91)), 3-6.

15. Abdiyeva, S. A., & Haydarova, Z. A. (2021). EARLY TOXICOSIS IN PREGNANCY. *Экономика и социум*, (11-1 (90)), 3-6.

16. Abdiyeva, S. A., & Haydarova, Z. A. (2021). THE VALUE OF THE PSYCHE PREGNANT IN THE DEVELOPMENT OF EARLY TOXEMIA. *Мировая наука*, (11 (56)), 3-6.

17. Abdujabborova is the daughter of Charoskhan Sanjarbek //STYPHONOBIUM JAPONICUM (SOFORA JAPONICA) THE CHEMICAL COMPOSITION AND APPLICATION IN MEDICINE// JOURNAL OF MEDICINE AND PHARMACY. Volume-6, Issue-5, Published |20-12-2023|. 13-21 pages.

18. Askarov, I. R., & Gulomova, N. S. (2023). CHEMICAL COMPOSITION OF SAMBUCUS NIGRA AND ITS ROLE IN FOLK MEDICINE. *International Bulletin of Medical Sciences and Clinical Research*, 3(12), 16-20.

19. Xalilovich, G. K., & Nodira, G. (2022). A BRIEF HISTORY OF THE DEVELOPMENT OF THE FIELD OF HELMINTHOLOGY. *Spectrum Journal of Innovation, Reforms and Development*, 9, 84-87.

20. G'ulomova, N. (2022). MILLATNING BORLIQDA MAVJUDLIGI BELGISI-TIL VA ADABIYOTDIR. *Евразийский журнал академических исследований*, 2(6), 230-234.

21. Jumanova, B. (2023). CHEMICAL COMPOSITION OF THE MARMARAK MEDICINAL PLANT (SALVIA OFFICINALIS) AND USE IN PEOPLE'S MEDICINE. В ACADEMIC RESEARCH IN MODERN SCIENCE (Т. 2, Выпуск 26, сс. 158-162).