**Лазуренко В.В.**

*доктор медичних наук, професор,*

*завідувач кафедри акушерства та гінекології №2*

**Романенко А.О.**

*асистент кафедри акушерства та гінекології №2*

**Старкова І.В.**

*кандидат медичних наук,*

*доцент кафедри акушерства та гінекології №2*

*Харківський національний медичний університет*

*м. Харків, Україна*

**ФАКТОРИ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА РОЗВИТОК ТА ПЕРЕБІГ БЛЮВАННЯ ВАГІТНИХ.**

**Анотація:** Стаття висвітлює основні фактори, котрі впливають на виникнення, перебіг та ускладнення блювання вагітних на ранніх термінах у жінок з хронічними захворюваннями різних органів та систем. В роботі представлені данні аналізу 120 історій хвороб жінок з екстрагенітальною патологією. Проведена паралель між зв’язком та впливом хронічних захворювань у першовагітних та повторновагітних жінок, котрі мали блювоту вагітних.

**Аннотация:** Статья освещает основные факторы, которые влияют на возникновение, течение и осложнения рвоты беременных на ранних сроках у женщин с хроническими заболеваниями различных органов и систем. В работе представлены данные анализа 120 историй болезней женщин с экстрагенитальной патологией. Проведена параллель между связью и влиянием хронических заболеваний у впервые беременных и повторно беременных женщин, которые имели рвоту беременных.

**Summary:** The article highlights the main factors that influence the occurrence, course and complication of vomiting of pregnant women early in women with chronic diseases of various organs and systems. The paper presents data from the analysis of 120 case histories of women with extragenital pathology. A parallel is drawn between the communication and the impact of chronic diseases in first-pregnancy and second-pregnancy women who had vomiting of pregnant women.

**Ключові слова:** блювання вагітних, гестоз, ранній термін вагітності, екстрагенітальна патологія, загроза викидня.

**Актуальність.** Блювання вагітних (ранній гестоз) – це патологічний стан, які виникають в ранні терміни вагітності до 12 тижнів та супроводжується вкрай неприємними симптомами для майбутньої мами. Найбільш поширені клінічні прояви ранніх гестозів - це нудота, блювання, слинотеча. Нудота та блювання спостерігається у 50-80% вагітних як прояв порушення адаптації організму до гестаційного процесу. Блювання більше 10 раз на добу з порушенням загального стану організму жінки спостерігається у 13-18% вагітних, тяжка форма – у 0,5-1%. Якщо повернутися в історію можна розглянути декілька класифікацій блювоти вагітних. Засновником однієї з перших класифікацій був А.А. Лебедев в 1957 р. Він описував: перший ступінь – фаза неврозу; другий ступінь - фаза токсикозу; третій ступінь – фаза дистрофії. Як відомо з джерел автора, зміни котрі виникали в фазу неврозу, були розтлумачені автором, як функціональні, тобто не пов’язані з екстрагенітальним захворюванням. Згодом класифікація була модифікована наступником А.А. Лебедева, І.П. Івановим в 1977 році, котра мала вигляд, як: легка, помірна та тяжка блювота вагітних.

Гестоз розвивається в першому триместрі вагітності та являє собою складний симптомокомплекс: гіперсалівацією, блювотою, порушенням апетиту, гострою реакцією на аромати. В залежності від тяжкості плину цих симптомів зниження маси тіла, виникають зміни у всі видах обміну речовин, що приводить до погіршення функцій ряду органів та систем вагітної жінки [1]. Нудота та блювання не впливає на перебіг вагітності і розцінюється, як фізіологічний процес [2].

Існує багато теорій механізму розвитку ранніх гестозів - рефлекторна, неврогенна, гормональна, алергічна, імунна, кортико-вісцеральна та інші [3].

Провідна роль в патогенезі раннього гестозу в теперішній час відводиться порушенням функціонального стану центральної нервової системи, нейроендокринної регуляції всіх видів обміну речовин та імунологічним змінам під час вагітності [4]. Ряд клінічних симптомів (блювання, слинотеча, висипання на шкірі) мають схожість з проявами неврозу. У рані терміни вагітності симптоми гестозу проявляються переважно розладами функції шлунково-кишкового тракту, тому що вагітність викликає необхідність змін в діяльності травних органів. Відомо, що травні рефлекси пов′язані з вегетативними центрами діенцефальної області головного мозку, що відзеркалюється на характері відповідних еферентних імпульсів. При змінах чутливості нервової системи швидко настає порушення рефлекторних реакцій та травних функцій [5].

Велику роль у виникненні блювання вагітних грають нейроендокринні та обмінні порушення, які можуть призводити до проявів патологічних рефлекторних реакцій. Порушення гормональних відносин в організмі вагітної також викликають патологічні реакції і як наслідок — розвиток раннього гестозу [6].

Тривале блювання супроводжується різкою втратою рідини і виснаженням організму в цілому, змінами реологічних властивостей крові, зниженням запасів глікогену, посиленням розщеплення жирів, накопиченням у крові недоокислених продуктів обміну жирів, розвивається ацидоз, гіповітаміноз, в тяжких випадках – жирове переродження печінки [7].

Важливим фактором є імунологічна атака плодом організму матері і, як наслідок, порушення рефлекторних реакцій, особливо на тлі перенесених інфекцій, інтоксикацій, запальних процесів статевих органів, нервового перевантаження, неправильного харчування. Тривала патологічна імпульсація спричиняє переважання збуджувальних процесів у корі головного мозку і в його стовбурових структурах, зокрема блювотного та слиновидільного центрів [8].

Велике значення в розвитку акушерської патології належить ендотелію. Ендотеліальні клітини утворюють інтиму - внутрішній шар судинної стінки. Структура організації ендотелію забезпечує підтримку цілості судинної стінки і селективну проникність для різноманітних субстанцій. В усіх органах ендотелій регулює транспорт розчинів, поживних речовин, ліпідів, гормонів в інтерстиціальні тканини через внутрішньоклітинний шлях або міжклітинні з’єднання - комплекс органел, який формується трансмембранними протеїнами, які пов’язані з протеїнами цитоплазми і цитокскелету. Зміни, які при цьому розвиваються, приводять до підвищення проникливості судин, їх чутливості до вазоактивних речовин, втрати їх тромборезистентних властивостей з формуванням гіперкоагуляції, створення умов для генералізованного вазоспазму, що може мати патогенетичне значення в блюванні вагітних [9].

Не дивлячись на велику кількість наукових досліджень з лікування та профілактики ранніх гестозів, дотепер ця проблема не вирішена. Психоемоційні фактори, стресові ситуації, наявність екстрагенітальних захворювань, які можуть сприяти виникненню ранніх гестозів, ще недостатньо вивчені. Запропонована медикаментозна терапія ранніх гестозів носить більше симптоматичний характер і може мати негативний вплив на процеси ембріогенезу та стан плода [10].

Таким чином, проблема раннього гестозу, достеменно не вивчена на тлі економічних та соціальних струсів в Україні. Відсутність однакових підходів для патогенетичного лікування та профілактики захворювання з урахуванням психоемоційного стану вагітної, нейроендокринного статусу, стану ембріона, хоріону та кровообігу в маткових судинах, залежність захворювання від екстрагенітальної та акушерської патології залишається практично невирішеною, що вказує на її високу актуальність для сучасного акушерства.

Метою дослідження було уточнення патогенетичних ланок та екстрагенітальних захворювань, котрі впливають на розвиток блювання вагітних з подальшим виділенням психоемоційних факторів.

Нами було проведено ретроспективний аналіз 120 історій хвороб жінок з блюванням вагітних середньої тяжкості та тяжкого ступеню, які проходили лікування у гінекологічному відділенні КНП ХОР «Обласної клінічної лікарні». Всі вагітні з раннім гестозом отримували симптоматичну та патогенетичну терапію в залежності від ступеню тяжкості захворювання та наявності екстрагенітальної патології та гінекологічної патології, у відповідності з протоколами МОЗ України. В ході аналізу ми розподілили жінок на 2 клінічні групи, по 60 жінок у кожній. Перша група жінки з першою вагітністю, друга група жінки, котрі мали вагітності в анамнезі. Ідентичним було те, що соціальний стан першої та другої груп був однаковим, усі жінки працювали, не мали професійних шкідливостей та були зареєстровані в шлюбі. Середній вік жінок I групи складав 25,6 ± 3,5 роки, II групи – 22,1 ± 4,2 роки. Середній вік менархе групах склав 14,3 років ± 1,2 рік. Всі пацієнтки в групах мали регулярні, безболісні, помірні менструації тривалістю від 3 до 7 днів. Вагітність у всіх жінок була бажаною, без застосування допоміжних репродуктивних технологій. Аналіз анамнезу життя показав, що 50% жінок обох груп мали шкідливі звички (паління) до вагітності, з них 20 жінок (33,3%) продовжували паління під час теперішньої вагітності. В анамнезі у вагітних з блювотою вагітних частіше всього зустрічалися такі екстрагенітальні захворювання як: патологія шлунково-кишкового тракту (ШКТ), серцево-судинні системи, нервової системи, сечовивідної системи, ендокринної патології (таблиця 1).

Таблиця 1. Екстрагенітальні захворювання жінок з блюванням вагітних

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Екстрагенітальні захворювання** | 1 група  (кількість жінок, %) | 2 група  (кількість жінок, %) |
| **Захворювання шлунково-кишкового тракту:**  виразка шлунка;  гостро-езовагіальний рефлекс;  хронічний гастрит;  хронічний гостро-дуоденіт;  дискінезія жовчовивідних шляхів;  жовчнокам’яна хвороба; | * 3 (5,0%) * 7 (11,6%) * 9 (15,0%) * 9 (15,0%) * 2 (3,33%) * 1 (1,6%) | * 5 (8,33%) * 9 (15,0%) * 8 (13,3%) * 6 (10,0%) * 4 (6,6%) * 3 (5,0%) |
| **Серцево-судинні захворювання:**  вегето-судинна дистонія за гіпотонічним типом;  вегето-судинна дистонія за гіпертонічним типом;  хронічна артеріальна гіпертензія;  вродженні вади серця | * 28 (46,6%) * 32 (53,3%) * 27 (45,0%) * 3 (5,0%) | * 31 (51,6%) * 32 (53,3%) * 29 (48,3%) * 0 випадків |
| **Захворювання нирок та сечовивідних шляхів:**  хронічний пієлонефрит;  хронічний цистит. | * 32 (53,3%) * 28 (46,6%) | * 20 (33,3%) * 25 (41,6%) |
| **Захворювання ендокринної системи:**  порушення функції щитоподібної залози; адреногенітальний синдром;  порушення жирового обміну;  метаболічний синдром. | * 3 (5,0%) * 1 (1,6%) * 10 (6,6%) * 2 (3,3%) | * 4 (6,6%) * 0 випадків * 10 (6,6%) * 1 (1,6%) |
| **Захворювання нервової системи**:  нейроциркуляторна дистонія;  епілепсія;  неврози; | * 2 (3,3%) * 1 (1,6%) * 7 (11,6%) | * 4 (6,6%) * 0 випадків * 8 (13,3%) |

Поєднання двох та більше екстрагенітальних захворювань спостерігалось у 26% всіх жінок обох груп. В ході роботи з історіями хвороб був помічений той факт, що в групі жінок котрі повторно вагітні акушерський анамнез був обтяжений. У 7 жінок II групи (11,6%) попередня вагітність закінчилась перериванням у зв’язку з надмірною блювотою, котра не зупинялась на фоні обраної терапії. У 20 жінок (33,3%) другої групи в анамнезі були мимовільні викидні в терміні вагітності (до 3 тижнів) 3 жінки, а у 5 жінок (8,3%) після 6 тижнів. Перебіг теперішньої вагітності у 35 (58,3%) жінок II групи ускладнився гестозом в поєднанні з загрозою викидня.

При ультразвуковому обстеженні жінок 2-ї групи з загрозою переривання вагітності спостерігалися ознаки відшарування хоральної тканини, плодових оболонок, ретрохоріальні гематоми у 8-х випадках (13,3%). В першій групі ультразвукових ознак передчасного переривання вагітності не спостерігалось. Гіпертонус міометрія частіше спостерігався у жінок з захворюваннями серцево-судинної та нервової систем. Також звернуло на себе увагу в ході роботи з історіями, те, що у жінок з захворюваннями нервової системи спостерігалась блювота вагітних тяжкого ступеню і загроза викидня простежувалась у всіх випадках.

Результати. Клінічна частина досліджень включала загальноприйняті стандарти обстеження жінок в гінекологічному відділені: загальноклінічне, УЗД, консультації суміжних спеціалістів.

При проведенні аналізу результатів досліджень та анамнезів життя жінок відмічено, що фоном для розвитку та тяжкого перебігу блювоти вагітних (раннього гестозу), є наявність екстрагенітальної патології, а саме захворювання серцево-судинної системи, ендокринної, ШКТ та нервової системи. Відомо, що всі вищенаведені захворювання – це хронічні стани, котрі потребують постійного контролю, нагляду та кваліфікованого лікування, вони ускладнюють соматичне та психологічне балансування вагітної жінки. На нашу думку, є необхідним раннє виявлення психоемоційних розладів для попередження ускладнення екстрагенітальних захворювань, котрі впливають на виникнення та загострення патологічного стану - блювання вагітних.

Висновки. Хронічна форма екстрагенітальної патології, безумовно має вплив на розвиток блювання у вагітних жінок та спричиняє ускладнення раннього гестозу. Серцево-судинні, ендокринні, шлунково-кишкові та нервові захворювання найчастіше супроводжуються блювотою вагітних середнього та важкого ступеню. Своєчасна профілактика, виявлення та специфічне лікування на етапі планування вагітності, може знизити ризик виникнення блювання вагітних та попередити загрозу викидня на ранньому терміні вагітності. З’являється необхідність застосування для лікарів жіночих консультацій та сімейних лікарів спеціально розроблених опитувальників, для точного алгоритму збору анамнезу та виявлення психоемоційних факторів у жінок з екстрагенітальною патологією.

**Список літератури:**

1. Matthews A., Haas D. et al. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy (Cochrane Review)/ 2014 Mar 2; 3:CD007575.
2. King T., Murphy P. Evidence-based approaches to manging nausea and vomiting in early pregnancy. J. Midwifery Womens Health. 2009; 54 (6): 430-44.
3. Дубская О.П., Бондаренко Л.А., Черных Г.А. Ранний токсикоз беременных: возможности терапии. Лечащий врач. 2007; 4: 80-1.
4. Ozgoli G., Goli M. et al. Effects of ginger Capsules on Pregnancy, Nausea and Vomiting. J. of alternative and complementary medicine. 2009; 15 (3): 243-6.
5. Ромасенко Л.В. Психосоматические расстройства в гастроэнтерологической практике: функциональная диспепсия. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2009; 1: 35-8.
6. Ведення фізіологічної вагітності. Методичний посібник для ТУ. – Київ, Україно-Швейцарська програма «Здоров’я матері та дитини», 2012. – 128 с.
7. Параскевова С.А. Комплексное лечение токсикоза беременных с применением медикам ентозного озона. Автор. дис. канд. мед. наук. М.; 2011.
8. Тютюник В.Л., Михайлова О.и., Чухарева Н.А. Психоэмоциональные расстройства при беременности. Необходимость их коррекции. РМЖ Неврология. 2009; 20: 1386-8.
9. Павлов Н.Г. Значение экспериментально-клинического подхода к изучению взаимодействия в функциональной системе мать-плацента-плод. Журнал акушерства и женских болезней. 2010; 5: 7-10.
10. Гусак В.И., Леник Г.Л. Лечение беременных с рвотой, что изменилось? Український хіміотерапевтичний журнал. 2012.;26 (3): 58-65.