

ОСОБЕННОСТИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА МАТЕРЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ НА ФОНЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Исломова Г.Х.

*Исломова Гульноза Хайдаровна – ассистент,
кафедра педиатрии, лечебный факультет,
Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан*

Аннотация: выявлены особенности акушерско-гинекологического анамнеза 20 матерей, родивших новорожденных на фоне преэклампсии. Выявлено, что наиболее значимыми экстрагенитальными заболеваниями в развитии преэклампсии являются: заболевания почек и сосудов, а частым осложнением течения беременности - фетоплацентарная недостаточность и анемия.

Ключевые слова: новорожденные, преэклампсия, акушерско-гинекологический анамнез.

Актуальность. Несмотря на разработки и применение новых профилактических и лечебных мер, преэклампсия встречается у 5–30% беременных, занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости, инвалидизации смертности женщин [2, 7, 11]. Очевидна связь преэклампсии с невынашиванием беременности, с послеродовыми кровотечениями, сепсисом и с отдаленными неблагоприятными последствиями для матери и плода [1, 5, 9]. Немаловажно то, что преэклампсия является основной причиной заболеваемости новорожденных (640–780 на 1000) и перинатальной смертности (18–30 на 1000) [6, 8, 10, 12]. По данным автора, при сочетании преэклампсии, преждевременных родов и низкой массы младенца фатальные исходы для новорожденного возрастают в семь раз [3, 4].

В связи с этим перед нами была поставлена цель: определить особенности анамнеза матерей детей родившихся от матерей с преэклампсией

Материал и методы. Нами проведено исследование матерей детей родившихся в областном перинатальном центре а также родильных домов. Из общего количества детей новорожденных методом случайной выборки было отобрано 40 детей с различными сроками гестации родившихся в состоянии гипоксии, из которых были сформированы 2 группы: 20 новорожденных родившихся от беременности без отягощенного акушерского анамнеза и 20 новорожденных родившихся от матерей с преэклампсией и фетоплацентарной недостаточности.

Критериями исключения явились: гестационный возраст менее 32 нед, врожденные пороки развития, манифестные формы внутриутробных инфекций и гнойно-септические заболевания.

Тяжесть преэклампсии у беременных оценивали по шкале Goecke в модификации Г.М. Савельевой. Всем новорожденным проводилось полное клиническое обследование, включающее оценку состояния ребенка при рождении и в динамике. Для оценки состояния новорожденного при рождении мы использовали шкалу Апгар. В течение первых часов жизни у недоношенных детей каждый час проводилась клиническая оценка степени дыхательной недостаточности по шкале Сильвермана.

При анализе возраста матерей новорожденных исследуемых групп было выявлено, что он был почти одинаковым во всех исследуемых группах и находился в пределах от 18 до 40 лет и составил в среднем $26,3 \pm 0,9$ года и $26,9 \pm 1,2$ лет.

При изучении репродуктивной функции матерей выявлено, что только 15% (3) женщин в 1 группе имели отягощенный акушерский анамнез, тогда как в группе матерей с преэклампсией 45% (9). Так, выявлено, что в группе с преэклампсией выкидыши имели место у 5 (25%) женщин, тогда как в группе сравнения 2 (10%). Медицинские аборты имелись в анамнезе только у матерей во второй группы - 2 (10%). Замершие беременности были отмечены у 1 (5%) женщины 1 группы, тогда как у женщин с преэклампсией данная патология встречалась с достоверной большей частотой в 3 (15%). Полученные данные свидетельствуют о тенденции к увеличению числа выкидышей и замерших беременностей у женщин с преэклампсией.

Во вторую группу настоящего исследования были включены женщины, течение беременностей которых было осложнено развитием преэклампсии. По тяжести состояния, и в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ 10), в эту группу вошли женщины со следующими диагнозами: вызванные беременностью отеки и протеинурия, гипертензия, вызванная беременностью, для удобства эти диагнозы включены в группу «легкая преэклампсия», преэклампсия средней тяжести и тяжелая преэклампсия.

Так, преэклампсия легкой и средней степени тяжести отмечена у 16 (80%) матерей 2 группы, тяжелая преэклампсия наблюдалась всего у 20% материей новорожденных детей 2 группы.

Вопросы этиологии, патогенеза преэклампсии остаются до конца неясными, но бесспорно одно: это осложнение связано с беременностью и у 70–100% пациенток возникает при различной соматической патологии: почек, печени и прочих органов. Многочисленные авторы показывали опасность сочетания двух, казалось бы, не опасных факторов физиологической беременности и исходно благополучного по течению соматического заболевания [1, 6].

Данные факты были подтверждены и нашими исследованиями. Так, анализ соматического статуса матерей новорожденных детей 2 группы показал, что большинство женщин с преэклампсией имели различную экстрагенитальную патологию, частота которой была статистически значимо выше по сравнению с женщинами с физиологически протекающей беременностью.

Особое значение приобретает наличие у беременной хронической артериальной гипертензии, заболеваний почек, эндокринной системы и других заболеваний, в основе которых лежит эндотелиальная дисфункция. Так в 15% (3) случаев фоном для развития осложнения беременности явилась артериальная гипертензия, тогда как в 1 группе артериальная гипертензия не встречалась. Нейроциркуляторная дистония (соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы) встречалась также достоверно чаще в группе матерей с преэклампсией - 15% (3), чем в группе с физиологической беременностью – 5% (1).

Инфекционно-воспалительные заболевания мочевыделительной системы (хронический пиелонефрит, цистит) в 3 раза чаще встречались у матерей с преэклампсией по сравнению с матерями детей 1 группы (30% (6) против 10% (2) в 1 группе). Заболевания сердца встречались только в группе матерей с преэклампсией в 15%(3). Они включали пролапс митрального клапана I степени с регургитацией I-II степени (1), пролапс митрального клапана II степени без регургитации (1), ревматизм в анамнезе (1).

Метаболические нарушения и эндокринные заболевания в группе с преэклампсией встречались в 1,5 раза чаще, чем в первой группе. Из эндокринных заболеваний наиболее часто встречался абдоминальное ожирение. Заболевания пищеварительного тракта (хронический гастрит, холецистит, дуоденит, колит) в группе матерей с преэклампсией выявлялись более чем в 2 раза чаще по сравнению с контрольной группой.

Частота анемии во время беременности была выше в группе с преэклампсией (в 75% (15), чем в первой группе (в 60,0% (12)). Однако истинная анемия была выявлена практически в 100% (20) после родов во II группе исследования, что можно объяснить выраженной гиповолемией во время беременности (отсутствуют реальные показатели крови), связанной с преэклампсией, и конечно большей кровопотерей в родах. Заболевания ЛОР органов дыхания в виде хронического синусита, тонзиллита во второй группе встречались несколько чаще – в 10% (2), чем в группе со здоровыми матерями – в 5% (1).

В процессе исследований особое внимание обратил на себя факт высокой частоты осложнений течения беременности у женщин с преэклампсией. Наиболее частым осложнением в процессе течения беременности оказалась фетоплацентарная недостаточность, а так же

угроза прерывания на различных сроках и анемия, что согласуется с данными других авторов [3,4].

При преэклампсии первично нарушается маточно-плацентарный кровоток. Изменение гемодинамики в артерии пуповины, сосудах плода, как правило, носит вторичный характер. Степень выраженности плацентарной недостаточности зависит от тяжести и длительности преэклампсии: чем тяжелее течение преэклампсии, тем более выражены нарушения маточного и плодового кровотоков [1].

По частоте встречаемости, среди выявленных осложнений течения беременности у женщин с преэклампсией во второй группе, на первом месте стоит фетоплацентарная недостаточность (ФПН) у 20 (100%) матерей, на втором месте – анемия 15 (75%), на третьем месте угроза прерывания 6 (30%). Во 1 группе: на первом месте стоит анемия беременных 12 (60%), затем ФПН 2 (10%), следует отметить, что у матерей данной группы встречалась ФПН только 1а степени, а третьем угроза прерывания 3 (5%). Таким образом, ФПН и угроза прерывания беременности достоверно чаще наблюдалась у матерей с преэклампсией, тогда как частота анемии встречалась с небольшим преобладанием в группе матерей с преэклампсией.

Метод родоразрешения у всех женщин зависел от различных факторов и в первую очередь определялся сроком гестации, акушерской ситуацией, экстрагенитальной патологией, тяжестью преэклампсии и выраженностью внутриутробной гипоксии плода, что согласуется с данными Ипполитовой Л.И.[3]. Так, во 2 группе 10(50%) женщин были родоразрешены оперативным путем, в группе сравнения лишь 3 (15%) матерям по была проведена операция кесарево сечения. Таким образом в основной группе оперативное родоразрешение женщин проводилось достоверно чаще, чем в группе сравнения ($p < 0,001$).

Таким образом, в результате нашего исследования выявлено, что наиболее значимыми экстрагенитальными заболеваниями в развитии преэклампсии являются: заболевания почек и сосудов. Наличие экстрагенитальных заболеваний, даже при условии их компенсированного течения, представляет собой фон для развития преэклампсии. Заболевания ССС приводит к системному изменению сосудов с разрастанием субинтимального слоя и гипертрофией мышечной оболочки, такие изменения сосудов носят системный характер. При этом у большинства матерей 2 группы наиболее частым осложнением течения беременности были фетоплацентарная недостаточность, тогда как у женщин с физиологически протекающей беременностью частым осложнением были анемия. В группе матерей с преэклампсией роды с достоверной большей частотой были разрешены оперативным путем.

Список литературы

1. *Бикташева Х.М. и др.* Преэклампсия в системе «мать-плацента-плод» // Материалы научно-практической конференции. Алматы, 2010.
2. *Гарифулина Л.М., Ашурова М.Д., Гойибова Н.С.* Совершенствование терапии метаболического синдрома у подростков при помощи применения α -липоевой кислоты // Наука, техника и образование, 2018. № 10 (51).
3. *Гарифулина Л.М., Кудратова Г.Н., Гойибова Н.С.* Степень метаболических нарушений у детей и подростков с ожирением и артериальной гипертензией // Актуальные вопросы современной науки, 2016. № 4. С. 19-24.
4. *Гарифулина Л.М.* Эффективность аллопуринола в комплексной терапии острой пневмонии с токсическими проявлениями у детей раннего возраста // Актуальные проблемы современной науки, 2004. № 1. С. 161-162.
5. *Ипполитова Л.И.* Состояние почек у новорожденных, перенесших внутриутробно фетоплацентарную недостаточность. Автореферат канд мед наук. Воронеж, 2006. С. 26.
6. *Молоканова Н.П.* Оптимизация ведения недоношенных детей, рожденных от женщин с осложненным течением беременности. Диссертация канд мед наук. Волгоград, 2015. С. 116.
7. *Турсунов Ф.О. и др.* Сахарный диабет 1-ГО типа у детей в системе экстренной медицинской помощи // Вестник экстренной медицины, 2013. № 3.
8. *Чиркова И.В., Севостьянова О.Ю., Якубович О.И.* Алгоритм прогноза задержки развития плода и предупреждения перинатальной патологии при беременности, осложненной гестозом. Урал. мед. журн., 2007; 2:17—20.
9. *Шамсиев А.М., Юсупов Ш.А., Юлдашев Б.А.* Влияние экологических факторов на частоту хирургических заболеваний у детей. / Проблемы опустынивания в Центральной Азии и их региональное стратегическое решение // Тезисы докладов. Самарканд, 2003. С. 86-87.
10. *Davlatov S.S., Kasimov S.Z.* Extracorporeal technologies in the treatment of cholemic intoxication in patients with suppurative cholangitis // The First European Conference on Biology and Medical Sciences, 2014. С. 175-179.
11. *Kasymov S.Z., Davlatov S.S.* Hemoperfusion as a method of homeostasis protection in multiple organ failure syndrome // ББК, 2013. Т. 51. № 74.58. С. 85.
12. *Shamsiyev A.M., Khusinova S.A.* The Influence of Environmental Factors on Human Health in Uzbekistan // The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia. Springer, Dordrecht, 2008. С. 249-252.