

Подшендялова Анастасия Александровна

студентка

Савельева Анастасия Вячеславовна

студентка

Воронцова Наталья Александровна

ассистент кафедры

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный

медицинский университет» Минздрава России

г. Оренбург, Оренбургская область

**КОРРЕЛЯЦИЯ ФОНОВЫХ СОСТОЯНИЙ БЕРЕМЕННЫХ С
РАЗВИТИЕМ ПРЕЭКЛАМПСИИ УМЕРЕННОЙ И ТЯЖЕЛОЙ
СТЕПЕНИ СРЕДИ РОЖЕНИЦ ОБЛАСТНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО
ЦЕНТРА Г. ОРЕНБУРГА ЗА 2016 Г.**

Аннотация: преэклампсия является серьезным осложнением беременности, приводящим к неотложным состояниям матери и плода. В статье представлена структура заболеваемости преэклампсией в Областном перинатальном центре г. Оренбурга за 2016 г., полученная статистическим анализом.

Ключевые слова: преэклампсия, акушерство.

ПЭ является серьезным осложнением беременности в акушерской практике. Несмотря на уровень развития современной медицины и новейших открытий для понимания этиологии, патогенеза, лечения и профилактики ПЭ, она до сих пор занимает одно из ведущих мест в структуре материнской и перинатальной смертности. Более того, каждый четвертый ребенок, родившийся от матери с гестозом, отстает в физическом развитии.

ПЭ – не длительный по времени промежуток до развития судорог (эклампсии) с нарушением витальных функций и преимущественным поражением центральной нервной системы. В современной научной литературе понятия «гестоз» и «эклампсия» отождествляются. Выделяют тяжелую и умеренную ПЭ.

ПЭ имеет специфическую триаду симптомов: повышение артериального давления (АД), протеинурия, отеки. ПЭ может развиваться как самостоятельное заболевание без экстрагенитальных патологий, так и на фоне предшествовавшего заболевания. Наиболее прогностически неблагоприятным является развитие на фоне гипертонии, заболеваний почек и печени, эндокринопатологии и метаболического синдрома.

Представления об этиологии и патогенезе к XXI веку расширились, однако единой теории, объясняющей многообразные клинические проявления, нет. Наблюдая за историей открытий и теорий, можно отметить, что они переходят с органного к клеточному и молекулярному уровню понимания проблемы. ПЭ рассматривается как генетически детерминированная недостаточность процессов адаптации матери к беременности. Вероятность развития ПЭ возрастает при наличии таких фоновых состояний, как многоплодная беременность, наличие ПЭ и / или плацентарной недостаточности в предыдущую беременность, возраст младше 18 и старше 35 лет, неблагоприятные социальные условия. Наличие экстрагенитальных патологий (хроническая артериальная гипертония, заболевания почек, эндокринные заболевания, ожирение) в несколько раз увеличивает риск развития ПЭ.

Результаты. На основе проведенного статистического анализа случаев развития ПЭ за 2016г. среди рожениц Областного Перинатального центра г. Оренбурга выявили следующее. Среди 5081 рожениц за 2016 г. у 500 (9,8%) наблюдались тяжелая и умеренная ПЭ. Тяжелая ПЭ была у 75 пациенток (15%), у 425(85%) женщин беременность осложнилась присоединением умеренной ПЭ. В 15 (3%) случаях был гепатоз, в 1 (0,2%) случае острая жировая дистрофия печени и в 1 (0,2%) острый жировой гепатоз. В 17 случаях (3,4%) ПЭ развилась при многоплодной беременности. Средний возраст беременных с ПЭ составляет 20–29 лет – 264 (52,8%) женщины, до 20 лет было 28 пациенток (5,6%), 30–39 лет – 184 (36,8%), старше 40 лет 24 (4,8%). Среди пациенток с ПЭ преобладали повторнородящие 274 (54,8%), а первородящих пациенток было 226(45,2%). 250 (50%) пациенток

родоразрешены через естественные родовые пути, из них вагинальные оперативные роды были в 8 (1,6%) случаях по поводу дистресса плода; 250 женщин (50%) – оперативным путем, на долю экстренного кесарева сечения (КС) пришлось 183 (73,2%), планового КС 67(26,8%). Сверхранные преждевременные роды на сроке 22–27 недель произошли у 4 рожениц (0,8%), ранние преждевременные роды 28–33 недели у 16 (3,2%) пациенток и преждевременные роды 33–37 недель в 54 случаях (10,8%), у 426 пациенток были срочные роды (85,2%).

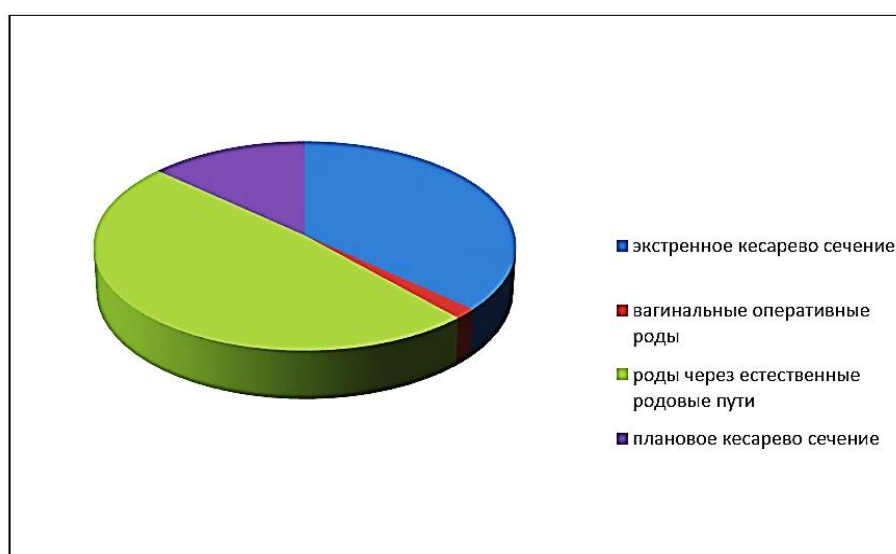


Рис. 1. Варианты родоразрешения беременных с преэклампсией по данным Областного перинатального центра г. Оренбурга за 2016 год

В 72 (28,8%) случаев тяжелая ПЭ стала показанием к КС, декомпенсация фетоплацентарной недостаточности у 26 пациенток (10,4%), дистресс плода в 16 (6,4%) случаев, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты имела место у 5 (2%) рожениц, по поводу аномалий родовой деятельности было родоразрешено операцией КС 50 (20%) женщин.

Роды осложнились слабостью родовой деятельности у 44 (8,8%) рожениц, дискоординацией родовой деятельности у 20 (4%) пациенток, преждевременным излитием околоплодных вод в 108 (21,6%) случаев, развитием хориоамнионита у 8 (1,6%) пациенток, разрывы мягких родовых путей и промежности были у 73 (14,6%) пациенток, у 31 женщины (6,2%) была проведена эпизиотомия.

Кровотечение в последовом и раннем послеродовом периоде при самостоятельных родах было у 12 женщин (2,4%) с объемом кровопотери 500–1000 мл, в 3(0,6%) случаев объем кровопотери был более 1000мл. При оперативном родоразрешении у 9 (1,8%) пациенток кровопотеря составила 1000–1500 мл, в 2 (0,4%) случаев более 1500 мл, из них в 1(0,2%) случае с объемом кровопотери 2500 мл, развитием ДВС синдрома, потребовалась экстирпация матки без придатков. Ручное вхождение в полость матки по разным причинам было проведено у 29 рожениц (5,8%).

Экстрагенитальный фон имелся у каждой пациентки с ПЭ. Рожениц с ВИЧ и химиопрофилактикой от общего числа – 5 (1%). Сахарный диабет (СД) I и II типа, включая гестационный СД у 118 (23,6%) пациенток, ожирение – 234 (46,8%), заболевания мочеполовой системы – 118 (23,6%), анемии 166 (33,2%), заболевания сердечно-сосудистой системы, кроме артериальной гипертензии – 54 (10,8%), гипертензионные расстройства – 113 (22,6%), патология печени 32 (6,4%), заболевания дыхательной системы 7 (1,4%), патология щитовидной железы – 20(4%).

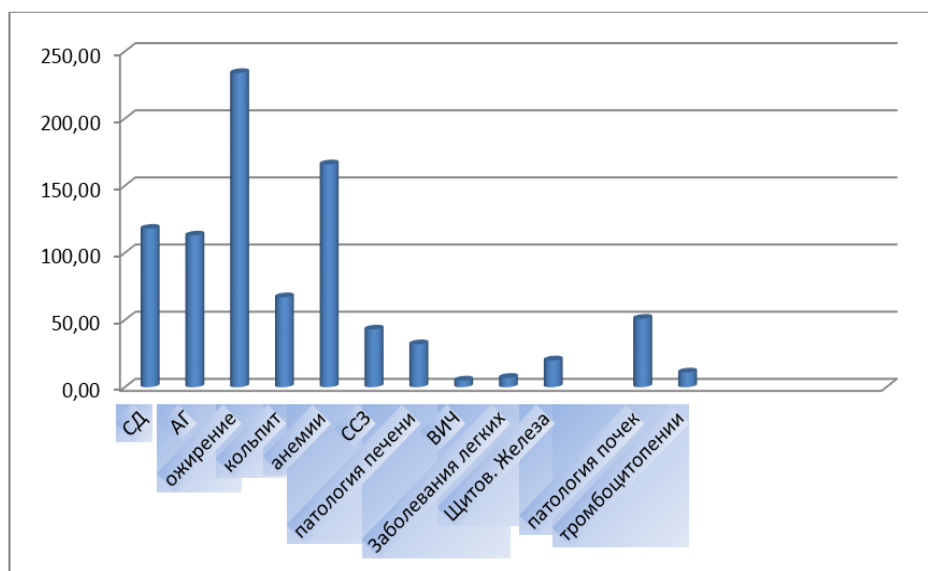


Рис. 2. Экстрагенитальные заболевания у беременных с ПЭ по данным Областного перинатального центра г. Оренбурга за 2016 год

С массой менее 1000 г родилось 7 (1,4%) детей, 38 новорожденных имели массу при рождении 1001–2000 г (7,6%), 114 (22,8%) – 2001–3000 г, 153 (30,6%) – 3001–3499, 139(27,8%) массу 3500–3999, 4000 г и более – 83(16,6%) новорожденных. 85 (17%) новорожденных детей имели синдром задержки внутриутробного развития. 4 детей родилось с оценкой 0 по шкале Апгар (0,8%) – все антенатальная гибель плода, в состоянии тяжелой асфиксии 1–3 балла – 4 (0,8%), в асфиксии средней степени тяжести 4–5 баллов – 34 (6,8%) ребенка, в состоянии легкой асфиксии 6–7 баллов – 160 (32%) детей. С оценкой 8–10 баллов по шкале Апгар родилось 332 ребенка (66,4%).

Выводы. Тяжесть ПЭ коррелирует с возрастом и фоновыми состояниями. Наиболее часто ПЭ развивается при наличии эндокринопатологии, а именно на фоне ожирения, СД, также при исходной артериальной гипертензии и анемии. Чаще всего ПЭ развивается у повторнородящих пациенток в возрасте 20–29 лет. Тяжелая ПЭ является показанием к экстренному оперативному родоразрешению в преобладающем большинстве случаев.

Список литературы

1. Акушерство: Учебник / Г.М. Савельева, Р.И. Шалина, Л.Г. Сичинава [и др.] – М.: Гэотар-Медиа, 2010. – 656 с.
2. Акушерство: национальное руководство. – 2-е изд., перераб. и доп. / Г.М. Савельева, Г.Т. Сухих, В.Н. Серов, В.Е. Радзинский. – М.: Гэотар-Медиа, 2015. – 1080 с.