

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН С ГЕСТОЗОМ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ В СОЧЕТАНИИ С ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Гутикова Л.В.*, Климович С.С.** , Табала М.П.***

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»

** Женская консультация №2 г. Гродно

***УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»
г. Гродно, РБ

Реферат. В статье приведены данные о течении беременности и исходах родов у женщин с гестозом в сочетании с плацентарной недостаточностью.

Только неповрежденная плацента может обеспечить условия для нормального формирования, развития и роста плода. Перфузионная недостаточность плаценты формируется по мере нарастания тяжести гестоза вследствие спазма, гиалиноза сосудов, нарушения реологии крови и ухудшения диффузионной способности плаценты с нарушением ее негазообменных функций (барьерной, метаболической, фильтрационной, эндокринной, иммунной и др.). Следствием этого является несоответствие между потребностями плода и возможностями доставки кислорода мира [Герасимович Г.И., 2003, Серов В.Н., 2003, Chen H. et al., 2008, Anderson A.K., 2009]. По нашему мнению, новые данные, полученные в результате обследования женщин с беременностью, осложнённой гестозом и ПН, позволят расширить представление о функциональных резервах системы мать-плацента-плод.

Обследована 131 женщина при сочетании двух патологий – гестоза и ПН. Для однородности сравнения использовались следующие критерии, а именно: доношенная беременность, родоразрешение через естественные родовые пути. Контрольную группу составили женщины с физиологически протекающей беременностью (48). Беременные с гестозами в сочетании с ПН были разделены на 3 основные группы (по шкале Виттлингера): I группа – поздний гестоз легкой степени (34), II – средней (28), III – тяжелой (21). Возраст беременных контрольной группы составил $25 \pm 2,3$ лет, с гестозами $21 \pm 2,8$ лет. Средний возраст наступления менархе составлял в контрольной группе $13,79 \pm 0,24$ лет, в I, II и III – $13,34 \pm 0,12$; $13,53 \pm 0,15$; $13,0 \pm 0,15$ лет, соответственно. В контрольной группе первородящие составляли 53,68%, а при гестозах в сочетании с ПН отмечено увеличение количества первородящих, причем большинство в III группе (90,48%). Наличие трех симптомов (отеки, гипертензия, протеинурия) отмечено у 30,12%, двух – у

44,58%, одного – у 25,30%. При отсутствии типичной триады признаков наиболее частым явилось сочетание гипертензии и протеинурии. Беременность осложнилась угрозой прерывания у 8,81% женщин контрольной группы, 26,23%, 38,18% и 56,79% женщин с легкой, средней и тяжелой степенью гестоза, соответственно. В два раза больше женщины этих групп, по сравнению с контрольной, болели ОРЗ. Изменение глазного дна установлено у 44,28% беременных женщин со средней и тяжелой степенью гестоза. УЗИ выявило изменения со стороны плаценты в виде преждевременного ее созревания в 31,75% случаях. Чистая форма гестоза отмечена у 21,69% женщин. Гестоз был сочетанным у 61,76% женщин I, у 78,57% II и у 85,71% женщин III групп. Два и более заболеваний имелось у 67,47% женщин с гестозами. Среди особенностей родового акта можно отметить несвоевременное излитие околоплодных вод, присоединение внутриутробной гипоксии плода в результате развития родовой деятельности, а также аномалии родовых сил. Гипотония матки в III периоде родов развилась у 4,38% рожениц с поздними гестозами. По мере усугубления патологического процесса при гестозах проявилась тенденция к увеличению средней величины и частоты патологической кровопотери ($p < 0,05$). Утеротоники (окситоцин, простагландины) применялись с целью родовозбуждения и родостимуляции в 27,61% случаев, реже в контрольной (6%) и первой (23,71%), чаще во второй (30,18%) и третьей (44,14%). Продолжительность родов в контрольной группе составила 443 ± 32 мин. Наблюдалась тенденция к уменьшению продолжительности родов: 403 ± 15 мин. в I, 377 ± 22 мин. во II, 392 ± 27 мин. в III группах, что, по нашему мнению, объясняется более частым применением утеротоников. Средняя длительность безводного периода в контрольной группе составила 281 ± 20 мин., в основных группах 263 ± 8 , 294 ± 14 , 282 ± 14 мин., соответственно, для I, II и III групп. В структуре осложнений течения послеродового периода в III группе преобладала патология, связанная с нарушением инволюции матки и остатками плодных оболочек.

Выявлено, что в контрольной группе большинство детей с массой тела от 3000 г до 4000 г, а во II и III группах наибольшее количество детей родились с весом менее 3000 г. У каждой третьей роженицы основных групп беременность сопровождалась хронической гипоксией плода, которая выявлена у 35,29; 39,29; 47,62% детей I, II и III групп, асфиксия новорожденного – в 5,88; 14,29 и 19,04% случаев, соответственно. Оценка по шкале Апгар составила в контрольной группе $8,4 \pm 0,1$ баллов, а в I, II и III группах – $6,9 \pm 0,09$; $6,6 \pm 0,2$ и $6,1 \pm 0,08$ баллов. Анализ течения раннего неона-

тального периода позволил определить наиболее часто встречающиеся осложнения: нарушение мозгового кровообращения (11,76; 17,86 и 23,81% в I, II и III группах), конъюгационная желтуха (10,71 и 4,76 в I и II группах), кефалогематома, перелом ключицы, внутриутробное инфицирование. Течение раннего неонатального периода сопровождалось вышеперечисленными осложнениями в 79,04% случаев в основных группах. Дети основных групп достоверно чаще рождались с низкими показателями физического развития, у них возникали пограничные с нормой состояния (физиологическая желтуха, токсическая эритема), эти дети имели большую физиологическую убыль массы тела, и чаще не восстанавливали первоначальный вес к моменту выписки из роддома. У пятерых детей, рожденных от матерей III группы, отмечалась патологическая убыль веса (более 10%) по сравнению с новорожденными контрольной группы. Для новорожденных основных групп повышен риск внутриутробного поражения мозга и инфицирования.

Таким образом, сочетание гестоза с плацентарной недостаточностью увеличивает частоту осложненного течения беременности, родов, послеродового и раннего неонатального периодов и сокращает резервную емкость функциональной системы мать-плацента-плод.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЛОПРОТЕЗИРОВАНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

Гутикова Л.В.*, Янушко Т.В.*, Бут-Гусаим Л.С.,
Биркос В.А.**, Амбрушкевич Л.П.**, Довнар Л.Н.**,
Павловская Н.А.**, Олешко Н.А.****

**УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

***УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»
г. Гродно, РБ*

Реферат. В статье приведены результаты использования аллопротезирования для хирургической коррекции пролапса гениталий.

Пролапс гениталий является одной из наиболее актуальных проблем не только гинекологии, но и смежных дисциплин. Частота этой патологии варьируют от 1 до 50% в популяции. Операции по коррекции выпадения матки и влагалища занимают 3-е место в структуре гинекологических операций [Kohli N., Goldstein D.P., 2007; Радзинский В.Е., Салимова Л.Я., Субботин Д.Н., 2008].