

ИСХОДЫ РОДОВ ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА У ПАЦИЕНТОК С ИНВАЛИДНОСТЬЮ, ИМЕЮЩИХ ТЯЖЕЛУЮ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНУЮ ПАТОЛОГИЮ

¹Егорова Т.Ю., ¹Гутикова Л.В., ²Пашенко Е.Н.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

В последние десятилетия возросло количество экстрагени- тальной патологии, оказывающей неблагоприятное воздействие на течение беременности, родов и послеродового периода, пред- располагающих к развитию акушерских осложнений у матерей с инвалидностью.

Экстрагени- тальная патология является тем неблагоприят- ным фоном развития беременности, на котором сокращаются или ограничиваются возможности адаптационных механизмов, а так- же усугубляются все осложнения, возникающие во время бере- менности, родов и послеродовом периоде.

Раннее выявление экстрагени- тальной патологии у матерей с инвалидностью в условиях женской консультации важно для профилактики акушерской патологии у женщины и перинаталь- ной патологии у новорожденных, т.к. экстрагени- тальные заболе- вания значительно повышают риск осложнений в предстоящих родах. В настоящее время при большинстве заболеваний у жен- щин с инвалидностью возможно благополучно провести бере- менность и родоразрешение при условии правильного наблюде- ния за женщиной во время беременности, а при необходимости и назначении специального лечения. Частота экстрагени- тальной патологии довольно велика. По данным различных авторов поро- ки сердца наблюдаются у 5% беременных, гипертоническая бо- лезнь у 2,5%, заболевания почек – у 6%, диабет – у 2%, заболева- ния желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы – у 3% и т.д. По данным отчета акушерских стационаров 70% бере- менных имеют экстрагени- тальную патологию и только 30% аб- солютно здоровые женщины.

Неблагоприятное влияние ЭГП у матерей с инвалидностью на течение беременности, родов и послеродового периода много- образно и зависит от характера и тяжести основного заболевания. Многие экстрагени- тальные заболевания predisпо- лагают к раз- витию акушерских осложнений. Как пример, можно сказать, что

артериальная гипертензия повышает риск преждевременной отслойки плаценты и поздних гестозов, все гемофилические состояния – раннего послеродового кровотечения, сахарный диабет – аномалий родовой деятельности, дистресса плода в родах, дистонии плечиков, инфекция мочевых путей – преждевременных родов и т.д.

Необходимость необычного способа родоразрешения, обусловленного не акушерской ситуацией, а показанного в связи с ЭГП матери, – объективно существующая проблема. Ясно, что речь идет о кесаревом сечении, например при портальной гипертензии или после геморрагического инсульта и т.д.

Цель: выявить взаимосвязь между экстрагенитальной патологией, явившейся причиной инвалидности матери и исходы родов для плода.

Задачи:

- 1) Определить ависимость между экстрагенитальной патологией у матерей с инвалидностью и акушерскими осложнениями.
- 2) Проанализировать исходы родов для матери и способ родоразрешения.
- 3) Оценить состояние здоровья новорожденного от матери с инвалидностью.

Материалы и методы: изучено течение беременности, родов и состояние новорожденных у 40 женщин-инвалидов с экстрагенитальной патологией за 2012-2013 год.

Результаты: По причинам инвалидности пациентки распределились следующим образом: патология опорно-двигательного аппарата-17,5% (кифосколиотическая болезнь, кифосколеоз грудного отдела позвоночника с реберным горбом справа 4 степени, левосторонний диспластический коксартроз, укорочение левой нижней конечности, остеоартроз верхней левой бедренной кости после радиационной краевой резекции, врожденная косолапость, ревматоидный артрит, посттравматическая деформация левой кисти, ампутиционная культя), онкология 32,5% (лимфогранулематоз 1 и 2 степени, болезнь Ходжкина, острый лимфобластный лейкоз, саркоидоз Бека, глиома левой височной доли головного мозга), заболевание дыхательной системы 12,5% (бронхиальная астма), кардиология 10% (ВПС), уроло-

гия 15% (трансплантация почки, ВПР), неврология 10% (умственная отсталость, ДЦП), отоларингология 5% (нейросенсорная потеря слуха двухсторонняя 4 степени), эндокринология 7,5% (сахарный диабет), офтальмология 5% (врожденная глаукома, врожденная катаракта, атрофия зрительного нерва, отслойка сетчатки). Оперативным путем было родоразрешено 85% беременных пациенток с инвалидностью: в плановом порядке - 80%, в экстренном - 5% (по акушерским показаниям).

Родоразрешение через естественные родовые пути - 15%. Родовозбуждение с помощью простагландина Е2, с последующим родоразрешением через естественные родовые пути составило 12, 5%. Амниотомия, как метод родовозбуждения использовалась у 2,5% пациенток с дальнейшим родоразрешением через естественные родовые пути.

Из родившихся новорожденных 90% были доношенные дети с минимальной массой 2250 и максимальной – 4250 г; 10% были недоношенные, с минимальной массой 970 г и максимальной - 2350г.

Вспомогательная вентиляция легких использовалась как у 1 доношенного ребенка, так и у 4 недоношенных детей. В одном случае имела место антенатальная гибель плода (массой 970г), причиной гибели которого были множественные врожденные пороки развития.

При аудиологическом скрининге новорожденных у 25% были обнаружены положительные результаты, что свидетельствует о снижении слуха.

Выводы:

1) Из имеющихся экстаргенитальных заболеваний на первом месте стоят онкологические заболевания крови (лимфогранулематоз 1 и 2 степени, болезнь Ходжкина и острый лимфобластный лейкоз).

2) Из проведенных оперативных родоразрешений преобладает плановое кесарево сечение (80%).

3) В 90% случаев родились доношенные дети, 78% из них были выписаны здоровыми.

4) У 25% родившихся детей наблюдалось снижение слуха.

5) У матерей, с заболеваниями слуха (5%), родился только один ребенок со снижением слуха.

Литература

1. Барашнев, Ю.И. Патогенетические основы перинатальных поражений плода / Ю.И. Барашнев // Акушерство и гинекология. – 1993. – № 3. – С. 14-18.
2. Бурдули, Г.М. Репродуктивные потери / Г.М. Бурдули, О.Г. Фролова. – М.: Триада-Х, 2001. – 188 с.
3. Савельева, Г.М. Пути снижения перинатальной заболеваемости и смертности / Г.М. Савельева // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1998. – № 2. – С. 2-9.
4. Шехтман, М.М. Клинико-иммунологические варианты острых вирусных гепатитов и беременность / М.М. Шехтман // Гинекология. – 2004. – Т. 6, № 1. – С. 180.
5. Hunter, M. Polycystic ovary Syndrom; It's not just infertility / M. Hunter, J. Sterrett // Am. Family Physician. – 2000. – Vol. 52. – P. 5.

ИСХОДЫ РОДОВ ПРИ СЛАБОСТИ РОДОВЫХ СИЛ

¹Егорова Т. Ю., ¹Янушко Т.В., ²Пашенко Е.Н., ²Качук Н.В.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

Актуальность. Патология сократительной деятельности матки (СДМ) продолжает оставаться одной из главных проблем акушерства и проявляется аномалиями родовой деятельности, маточными кровотечениями, перенашиванием и невынашиванием беременности, различными осложнениями в родах и послеродовом периоде. Аномалий родовой деятельности (АРД) матки встречаются у 15-20% всех рожаящих женщин, более часто у первородящих (80-85%), чем у повторнородящих, особенно у первородящих женщин, старше 30 лет [1]. АРД особенно часто возникают у женщин страдающих экстрагенитальной патологией, гестозами, а также морфофункциональными изменениями матки [2] Первичная слабость родовой деятельности возникает обычно у беременных с гипотонусом матки. Важное значение в ее этиологии имеет недостаточность импульсов, вызывающих, поддерживающих и регулирующих сократительную деятельность матки, а также ее неспособность воспринять эти импульсы или ответить на них достаточно мощным сокращением миометрия. Диагноз первичной слабости родовой деятельности устанавливают на основании анализа характера и частоты схваток, тонуса матки, динамики раскрытия шейки матки. О слабости родовой деятельности свидетельствует увеличение продолжительности латентной