

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ НИКОТИНОВОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ

Шуркало В.В., Царёва С.Н.

*Белорусский государственный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии, г. Минск*

Ключевые слова: табакозависимые беременные, фетальный табачный синдром, осложнения беременности.

Резюме: с целью выяснения влияния табакокурения на течение беременности и исход родов для плода изучены особенности течения беременности у 48 женщин. На основании данных УЗИ, доплерометрии, кардиотокографии установлено, что беременность курящих женщин достоверно чаще осложняется невынашиванием, плацентарной недостаточностью, повышается риск возникновения синдрома задержки развития плода.

Resume: in order to determine the effect of smoking on pregnancy and outcomes of childbirth for the fetus there were studied particular qualities of the process of pregnancy in 48 womens. On the basis of ultrasound, Doppler, cardiotocography was found that pregnancy of smoking women significantly is more often complicated by miscarriage, placental insufficiency, and there is increased risk of fetal growth retardation.

Актуальность. На сегодняшний день признано, что курение во время беременности является одним из важнейших предотвратимых факторов риска неудачного исхода как для матери, так и для плода. Опасность воздействия никотина на организм женщины значительно возрастает при наступлении беременности, поскольку в этот период повышается чувствительность женского организма к действию табачного дыма [1].

Все неблагоприятные последствия курение во время беременности делятся на: последствия для самой женщины, последствия для эмбриона, последствия для плода, последствия для родившегося ребёнка, последствия для детей более старшего возраста.

Существует специальный термин, который используют для оценки влияния никотина на плод – фетальный табачный синдром.

Наиболее часто среди курящих женщин встречаются такие осложнения беременности как: гестоз, неразвивающаяся беременность, спонтанные аборт, преждевременные роды, преждевременный разрыв плодных оболочек, хроническая плацентарная недостаточность, анемия беременных, СЗРП, маловодие и многоводие, угроза выкидыша [2].

Доказано, что масса новорождённых детей от курящих матерей в среднем на 200 г ниже, чем у детей, матери которых не курили. Также имеются данные о снижении объёма грудного молока и его жирности у данной категории женщин.

Среди отдалённых негативных эффектов, связанных с курением во время беременности и в период лактации выделяют подверженность таких детей частым респираторным инфекциям, бронхиальной астме, склонность к ожирению, а также к развитию сахарного диабета. По результатам некоторых исследований считается, что существует зависимость между курением и рождением умственно неполноценных детей с болезнью Дауна и другими неврологическими расстройствами [3].

Таким образом, материнское курение – это риск для матери и ребёнка.

Цель: Изучить особенности течения беременности, родов и их исходов для плода у табакозависимых женщин.

Задачи: 1. По данным анкетирования и архивного материала изучить течение беременности, родов и их исходов для плода у табакозависимых беременных. Сравнить полученные результаты с контрольной группой беременных; 2. Изучить особенности развития и состояния плода у беременных основной и контрольной групп по данным УЗ-исследования, доплерометрии и кардиотокографии; 3. С учётом проведенных исследований определить оптимальные пути ведения беременности, способы родоразрешения беременных с хронической никотиновой интоксикацией; 4. Улучшить способы проведения прегравидарной подготовки у данной категории пациенток.

Материал и методы. В соответствии с целью исследования по данным анкетирования и анализа историй родов и обменных карт изучено течение беременности, родов и их исходов для плода на фоне хронической никотиновой интоксикации. На базе 1 и 6 ГКБ г. Минска было обследовано 48 беременных в возрасте 17-39 лет.

Первую группу составили 18 беременных, курящих более 10 сигарет в сутки. Вторую группу составили 30 беременных, которые курили менее 10 сигарет, контрольную группу составили 25 беременных с физиологическим течением беременности и рождением здоровых детей.

Результаты и их обсуждение.

Таблица 1 - Средний возраст и стаж курения основных и контрольной групп

Группы	1-ая группа	2-ая группа	Контрольная группа
Возраст	27,1 ± 0,13 лет	28,6 ± 0,01 лет	29,3 ± 0,14 лет
Стаж курения	≈ 13 лет	≈ 10 лет	

Две основные группы были сопоставимы по сопутствующей экстрагенитальной и генитальной патологии.

Таблица 2 - Сопутствующая экстрагенитальная патология

Патология	1-ая группа (%)	2-ая группа (%)	Контрольная группа
Сердечно-сосудистая патология	3	1	-
Заболевания ЖКТ	4	2	1
Заболевания щитовидной железы	2	1	-
Хронический бронхит	4	2	-
Болезни мочевыводящих путей	2	1	1

В 1-ой и 2-ой основных группах достоверно чаще встречалась данная патология по сравнению с контрольной группой.

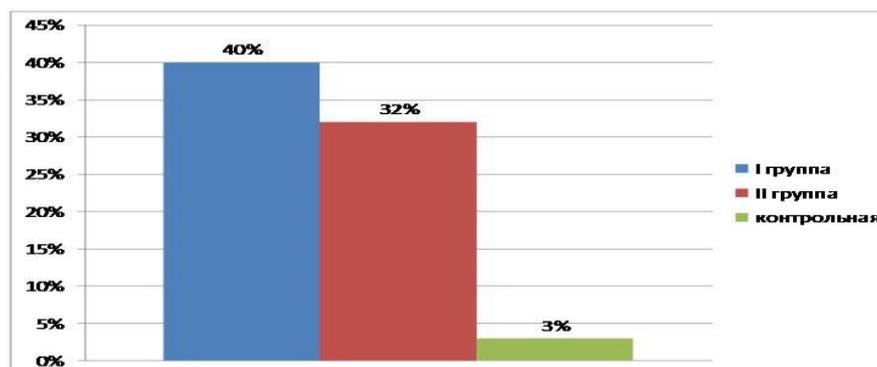
Наиболее частой генитальной патологией в обеих основных группах были: хронический аднексит, эрозия шейки матки, воспаление вульвы и влагалища.

Таблица 3 - Осложнения беременности в основных и контрольной группах

Осложнения	1-ая основная группа (%)	2-ая основная группа (%)	Контрольная группа (%)
Гестоз	1	2	1
Гестационный пиелонефрит	2	1	-
Анемия беременных	2	1	1
Угрожающий ранний выкидыш	3	4	1
Угрожающий поздний выкидыш	6	3	-
Угрожающие преждевременные роды	8	2	-
Маловодие	2	1	-
Многоводие	3	1	-
СЗРП	8	2	1
Хроническая внутриутробная гипоксия плода	12	4	1

Течение беременности у женщин 1-ой и 2-ой основных групп достоверно чаще осложнялось невынашиванием, хронической фетоплацентарной недостаточностью по сравнению с контрольной. При этом в 1-ой основной группе данные осложнения встречались чаще, чем во 2-ой основной группе.

Для оценки внутриутробного состояния плода использовалось УЗИ, доплерометрия, кардиотокография. Нарушения маточно-плацентарного кровотока отмечено у 40% беременных 1-ой основной группы и у 31% беременных 2-ой основной группы, что достоверно чаще, чем в контрольной группе(3%).



*Рис. 1-*Нарушения маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока

Синдром задержки развития плода был диагностирован у 22% беременных 1-ой основной группы, что достоверно выше, чем во 2-ой основной группе (11,8%) и в контрольной (0,04%).



Рис. 2- Синдром задержки развития плода

В 1-ой основной группе роды были срочными у 78% беременных и у 92% беременных 2-ой основной группы. 22% беременных 1-ой основной группы 8 % 2-ой основной группы были переведены для родоразрешения во 2 ГРД в связи с преждевременными родами.

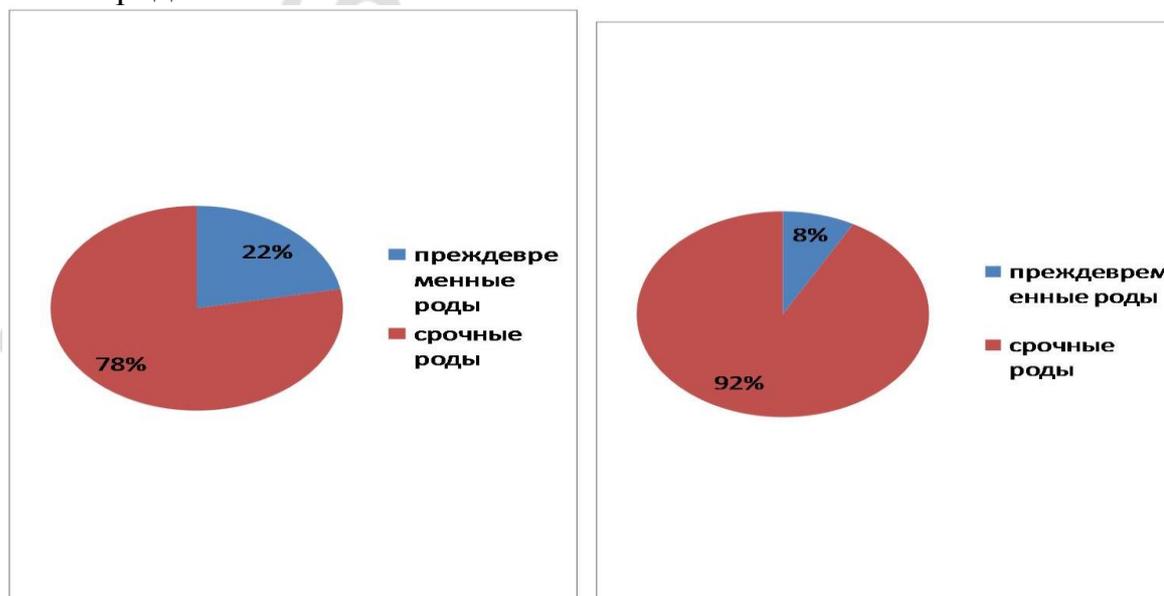


Рис. 3, 4 – I группа и II группа

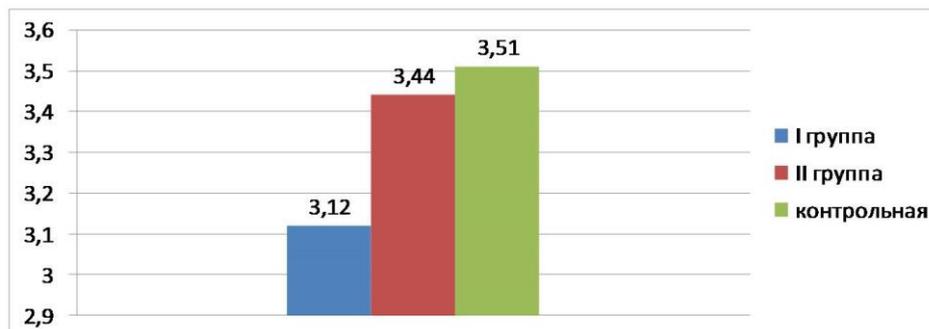


Рис.5 - Средняя масса новорожденных

Дети также были оценены по шкале Апгар. Были получены следующие результаты:

I группа – 7,53 балла

II группа – 7,72 балла

Контрольная группа – 8, 71 балла

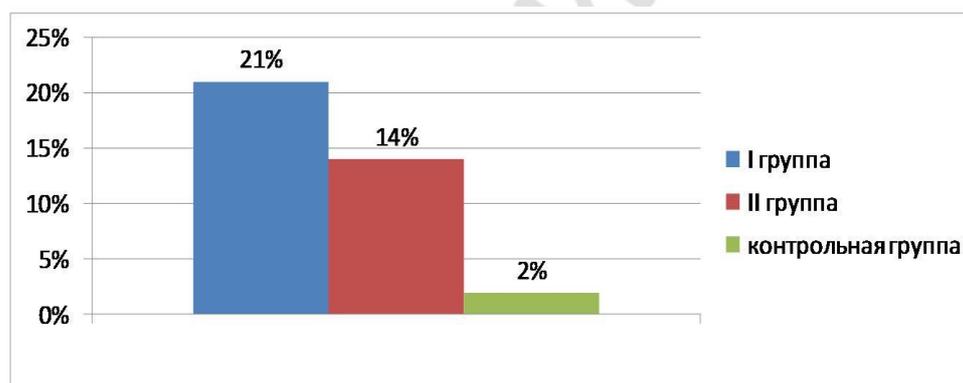


Рис. 6- Доля пациенток с плацентарной недостаточностью по данным гистологического исследования

Выводы: 1. Хроническая никотиновая интоксикация является фактором риска развития хронической плацентарной недостаточности, невынашиванием беременности; 2. Дети, рождённые от матерей, страдающих табакозависимостью, увеличивают в целом перинатальную заболеваемость; 3. Курение во время беременности и в период лактации также оказывает неблагоприятное влияние на последующее развитие новорожденных (снижение их индекса здоровья, ухудшение физического и психического развития); 4. Для улучшения исхода родов на фоне хронической никотиновой интоксикации необходимо рекомендовать пациентам отказ от курения или уменьшение количества выкуриваемых сигарет во время беременности; 5. Во время беременности данной категории пациенток требуется проведение профилактических курсов лечения ФПН; 6. На этапе прегравидарной подготовки целесообразно посещение психолога с целью отказа от курения.

Литература

1. Андреева Т.И., Красовский К.С. Табак и здоровье. Киев 2004; 161—181.
2. Костерева В.В., Тимошенко О.В., Смирнова В.И. Табакокурение и осложнения перинатального периода // Профилактическая и клиническая медицина. Тез. докл. 5-го междисц. Росс.

конгр. с междунар. участием «Человеки проблемы зависимостей: междисциплинарные аспекты». 2011. Т. I, № 2. С. 226.

3. Стрижаков А.Н., Тимохина Т.Ф., Баев О.Р. Фетоплацентарная недостаточность: патогенез, диагностика, лечение 2003; 2: 53—63.