

Е. С. Игумнова
ВЕДЕНИЕ РОДОВ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ
Научные руководители: д-р мед. наук, проф. Сидоренко В. Н.,*
*доц. А.Н. Черевко***
*Кафедра акушерства и гинекологии**
*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения**,*
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

E. S. Igumnova
MANAGEMENT OF PREECLAMPSIA DURING DELIVERY
Tutors: doctor of Medical Sciences, professor V. N. Sidorenko,*
*associate professor A.N. Cherevko***
*Department of Obstetrics and Gynecology**
*Department of Public Health and Health Care**,*
Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. Развитие преэклампсии во время беременности является неотложным состоянием. Целью лечения является восстановление функций жизненно важных органов и своевременное родоразрешение.

Ключевые слова: преэклампсия, беременность, родоразрешение.

Resume. The development of preeclampsia during pregnancy is an emergency. The goal of treatment is to restore the functions of vital organs and timely birth.

Keywords: preeclampsia, pregnancy, labor.

Актуальность. Преэклампсия – серьезное осложнение беременности, стоит на втором месте среди причин материнской смертности в мире. 3% беременных страдают от преэклампсии, что создает необходимость рассмотрения проблемы не только с медицинской, но и социальной точки зрения [1].

Цель: выявить особенности оказания медицинской помощи пациенткам с преэклампсией на этапе родовспоможения.

Материал и методы. В работе использованы документальный и статистический методы исследования. Объектом исследования явились женщины с преэклампсией, развившей во второй половине беременности. Объем исследования: 99 историй родов, произошедших в родильном доме 5-й городской клинической больницы г. Минска в 2017-2018 гг.

Данные обработаны в программе Statistica 10.0. Количественные значения представлены в виде Me (Q25–Q75), качественные - в виде процентного распределения. Результаты признавались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Возраст женщин составил 28 (25-33) лет. Средний срок гестации 271,5 (261-278) день. Доношенная беременность к моменту родоразрешения была у 57,4% женщин.

Установлено, что у 31,3% женщин беременность была первой. По паритету родов пациентки распределились следующим образом: у 58,3% роды были , у 35,0% – со вторыми, 6,7% – с третьими (рисунок 1).

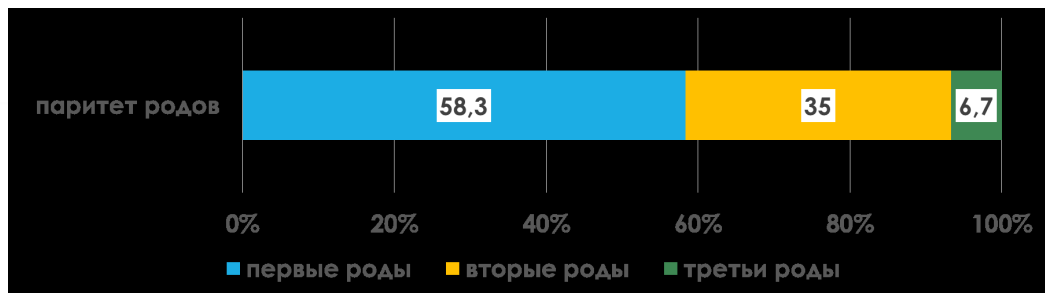


Рис. 1 – Паритет родов у женщин с преэклампсией

Порядковый номер беременности и паритет родов не совпадали. Выявлены статистически значимые различия между этими показателями ($Z=4,01$, $p<0,05$).

Способ родоразрешения выбирался в зависимости от тяжести состояния беременной и имел целью уменьшение рисков осложнений для женщины и ее ребенка что согласуется с литературными данными [2, 3].

Пациенткам с умеренной преэклампсией обеспечивался лечебно-охранительный режим и госпитализация в акушерский стационар в сроке беременности до 37 недель. При отсутствии эффекта от лечения в течение 7 дней проводилось досрочное родоразрешение. Естественные роды в сроке 37 недель проводились при готовности родовых путей, компенсированном состоянии плода, управляемой нормотонии. В родах применяли антигипертензивные средства, инфузионную терапию, спазмолитики, средства, улучшающие кровоток в тканях. При уровне АД выше 150/100 в соответствии с протоколом производили кюретаж полости матки в раннем послеродовом периоде [3].

Преэклампсия умеренной тяжести являлась относительным показанием для кесарева сечения. Этим способом было родоразрешено 48,1% беременных этой группы (рисунок 2).

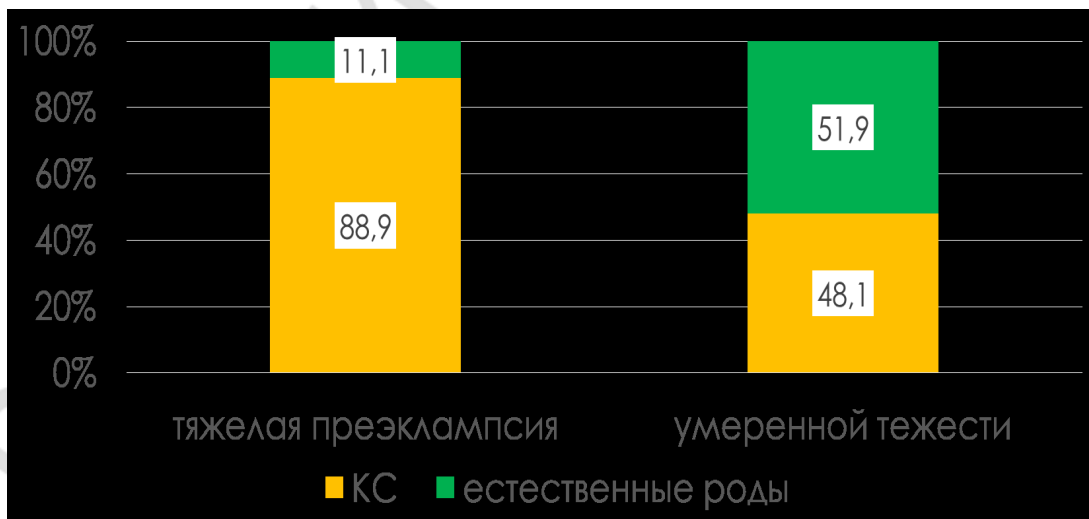


Рис. 2 – Родоразрешение у женщин с преэклампсией, в зависимости от ее тяжести

При тяжелой преэклампсии женщины госпитализировались в отделение интенсивной терапии и реанимации.

В этой группе беременных кесарево сечение было произведено в 88,9% случаев,

различия между сравниваемыми группами статистически значимы ($p < 0,05$).

В целом, в группе пациенток с преэклампсией кесарево сечение при родовспоможении использовалось в 60,6% родов, что значительно превышает диапазон частоты, рекомендуемый Всемирной организацией здравоохранения (10-15% общего числа родов) и связано со спецификой исследуемой патологии [4].

Был проанализирован выбор метода обезболивания при естественных родах и операции кесарева сечения (рисунок 3).

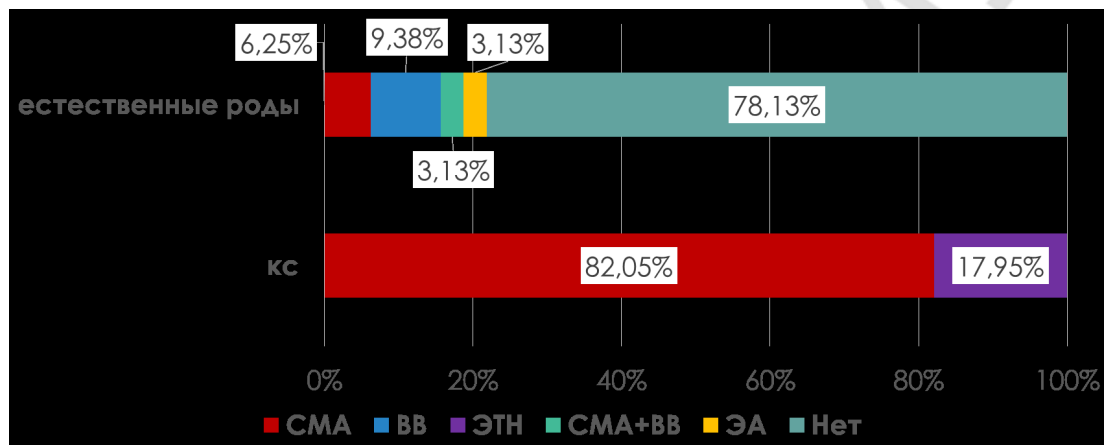


Рис. 3 – Выбор обезболивания в родах (СМА – спинномозговая анестезия, ВВ – внутривенное введение, ЭТН – эндотрахиальный наркоз, ЭА – эпидуральная анестезия)

При естественных родах 78,1% пациенток не потребовалось обезболивания. При операции кесарева сечения у 82,1% пациенток проведена спинно-мозговая анестезия.

Выводы:

1 Выбранная тактика ведения беременности позволила более чем у половины пациенток с преэклампсией закончить беременность в срок.

2 При тяжелой преэклампсии доля родов выполненных путем кесарева сечения существенно выше, чем в группе пациенток с умеренной преэклампсией ($p < 0,05$).

3 Выбор метода родоразрешения определяется тяжестью состояния пациентки ($p < 0,05$).

4 При проведении кесарева сечения родов предпочтение отдавалось спинномозговая анестезия.

Литература

1. Малевич, Ю. К. Гинекология / Ю. К. Малевич, Е. И. Барановская и др. – Минск: Беларусь, 2018. – 815с.
2. Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии [Текст] : клинич. протокол : утв. Постановлением М-ва здравоохранения Респ. Беларусь 19.02.2018 г. № 17 / Министерство здравоохранения Республики Беларусь. - Минск: [б. и.], 2018. - 318 с.
- 3 Савельева, Г. М. Акушерство: учебник для медицинских ВУЗов / Г. М. Савельева. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 606с.
4. Кесарево сечение должно выполняться только при наличии медицинских показаний, Выпуск новостей 10 апреля 2015 г. / ВОЗ: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/ru/> [Доступ: 16.02.19]