

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ АНАМНЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ДИСФУНКЦИЕЙ ПЛАЦЕНТЫ

*Киселева Мария Александровна
Абрамова Юлия Владимировна
ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ, г.Тюмень
Научный руководитель: профессор, д.м.н.
Винокурова Елена Александровна
Кафедра акушерства и гинекологии*

ANALYSIS OF ANAMNESIS FEATURES IN PREGNANT WOMEN WITH PLACENTAL DYSFUNCTION

*Professor, Ph.D.
Elena Vinokurova
Kiseleva Maria Alexandrovna
Abramova Yulia Vladimirovna
Supervisor: MD, professor
Vinokurova Elena Alexandrovna
Department of Obstetrics and Gynecology*

Аннотация. В статье рассматривается анализ анамнеза беременных с плацентарной дисфункцией, результаты проведенных исследований позволили сделать вывод, что с нарушением маточно-плацентарного кровотока с 18-22 недель, показал высокий уровень развития позднего гестоза (84,7%). Своевременно начатое лечение плацентарной недостаточности и профилактика позднего гестоза позволили сократить частоту осложнений.

Abstract. The article examines the analysis of the anamnesis of pregnant women with placental dysfunction, the results of the studies made it possible to conclude that with impaired uteroplacental blood flow from 18-22 weeks, showed a high level of development of late gestosis (84.7%). Timely treatment of placental insufficiency and prophylaxis of late gestosis made it possible to reduce the incidence of complications.

Ключевые слова: плацентарная недостаточность, гестоз, отягощённый акушерский анамнез.

Key words: placental insufficiency, preeclampsia, burdened obstetric history.

Введение. Плацентарная дисфункция (ПД) является одной из важных проблем современного акушерства и перинатологии, занимает одно из ведущих мест среди причин перинатальной заболеваемости и смертности. Функциональная несостоятельность плаценты является основной причиной возникновения гипоксии и синдрома задержки развития плода, в 56-60% случаев анте- и интранатальной гибели плода, 70-100% - перинатальный поражений ЦНС, в 40-60; - невынашивания, 70-80% - внутриутробного инфицирования плода. Гемодинамические процессы в единой функциональной системе мать-плацента-плод являются одним из ведущих факторов, обеспечивающих нормальное течение беременности, рост и развитие плода [2, 5, 7, 15].

Целью нашей работы является анализ показателей анамнеза у беременных с дисфункцией плаценты.

Объекты и методы исследования. Для выполнения поставленной цели проведен ретроспективный анализ течения беременности у пациенток с диагнозом дисфункция плаценты. В специально разработанную карту вносили полный объем сведений о перенесенных заболеваниях, акушерский анамнез, течение настоящей беременности, данные об амбулаторном и стационарном лечении, результаты лабораторных и инструментальных (ультразвуковая фетометрия, доплерометрия, кардиотокография) исследований, заключение гистологического исследования последа [1, 3, 4, 12, 14]. Карта имела раздел, содержащий полные сведения о родах, состоянии новорожденного. Доплерометрия проводилась всем женщинам в 18-22 нед. при помощи ультразвукового диагностического аппарата конвексным датчиком с частотой 3,5 МГц. Кардиотокография плода (с проведением нестрессового теста) выполнялось с помощью аппарата (Model 1400) [2, 3, 4, 6].

Всего обследовано 46 женщин, у которых были выявлены нарушения маточно-плацентарного кровотока: снижение индекса резистентности в одной из маточных артерий и наличие дикротической выемки на спектрограмме.

Результаты и их обсуждение. Возраст обследованных беременных в 91% случаев был от 18 лет до 29 лет, группу 30 лет и старше составили 9% беременных.

Отягощенный акушерский анамнез диагностирован у 52,3% беременных, первородящими были 60% женщин.

Осложнения беременности у обследованных пациенток: а) поздний гестоз (84,7%), включая прогрессирование до средней степени (17%) и тяжелой степени (9%); б) хроническая внутриутробная гипоксия плода (20%); ложные схватки до 37 недель (28%).

При анализе фармакотерапии, было выявлено, что беременные получали амбулаторное и стационарное лечение плацентарной недостаточности со срока выявления нарушения плацентарного кровотока на протяжении всей беременности. Комплекс лечения включал токолитики (гинипрал), спазмолитики, препараты железа, антиоксиданты, мембраностабилизаторы, антиагреганты (курантил, аспирин и трентал), антикоагулянты.

Экстрагенитальная патология, диагностированная у беременных, выявлена по различным органам и системам: эндокринопатия (патология щитовидной железы, надпочечников и ожирение различного генеза, сахарный диабет), встречались в 14,5% случаев; нейроциркуляторная дистония - в 6,8%; хроническая анемия - 68%; хронический пиелонефрит - 8%.

66% беременных родоразрешились через естественные родовые пути. Частота оперативного родоразрешения составила 34% женщин. Основными показаниями для родоразрешения в экстренном порядке путем операции кесарева сечения являлись: острая внутриутробная гипоксия плода (40%), преждевременная отслойка плаценты (25%), отсутствие эффекта от лечения гестоза (10%).

Состояние новорожденных при рождении оценивали по шкале V.Apgar. В состоянии асфиксии легкой степени родилось 44% новорожденных. Рождения детей в состоянии асфиксии тяжелой степени зарегистрировано не было. 11% детей родились недоношенными, а в 4,5% была диагностирована гипотрофия плода 1 степени. Случаев перинатальной смертности не было.

Заключение. Проведенный анализ течения беременности с нарушением маточно-плацентарного кровотока с 18-22 недель, показал высокий уровень развития позднего гестоза (84,7%). Своевременно начатое лечение плацентарной недостаточности и профилактика позднего гестоза позволили сократить частоту таких осложнений как хроническая внутриутробная гипоксия плода, прогрессирование степени тяжести гестоза, преждевременная отслойка плаценты, задержка внутриутробного развития плода, ante- и интранатальная гибель плода.

Список литературы:

1. Абдрашитова А.В., Василевская А.В., Гурина А.В. и др. Патогенетическая терапия чрезмерной прибавки в весе при беременности // American Scientific Journal. 2020. № 35-2 (35). С.4-6.
2. Веропотвелян П.Н., Веропотвелян Н.П., Смородская Е.П. и др. Современный взгляд на проблему гестоза // Медицинские аспекты здоровья женщины. 2011. №6 (46). С. 43-52.
3. Винокурова Е.А. Современные неинвазивные инструментальные методы обследования плода (обзор литературы) // Медицинская наука и образование Урала. 2018. Т. 19. № 4 (96). С. 170-177.
4. Винокурова Е.А., Иванова Н.В., Павлова О.Д. Оценка биофизического профиля плода в перинатальной диагностике // Научный вестник Тюменской медицинской академии. 2000. № 4. С. 12-15.
5. Винокурова Е.А., Полякова В.А., Маркина Ю.С. и др. Выделение группы риска беременных по задержке внутриутробного развития плода при помощи доплерометрии // Пренатальная диагностика. 2004. Т. 3. № 3. С. 230-237.
6. Полякова В.А., Бышевский А.Ш., Винокурова Е.А. Современное патогенетическое лечение гестоза легкой степени // Научный вестник Тюменской медицинской академии. 2001. № 1. С. 34-37.
7. Полякова В.А., Винокурова Е.А., Арабаджи О.А. и др. Клинический опыт применения реовазографии у беременных с гестозом // Медицинская наука и образование Урала. 2012. № 3 (71). Т.13. С.102-104.
8. Полякова В.А., Галян С.Л., Шевлюкова Т.П. и др. Гемостаз при позднем гестозе. Коррекция антиоксидантами и аспирином // Научный вестник Тюменской медицинской академии. 1999. № 1. С. 43-47.
9. Соловьёва А.В., Бриль Ю.А. Отёки беременных: ждать или бежать? // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. 2017. №6. С. 84-91.
10. Kidirniyazova K.S., Sutyryna A.V., Nama P. Prevention of preeclampsia: a modern approach to the treatment of edema caused by pregnancy // Chronos: Natural and Technical Sciences. 2021. М. 6. № 3 (36). С. 6-9.
11. Pogere A., Vitorello D., Parente L.M.M. et al. Uterine artery Doppler velocymetry in pregnancies complicated by chronic hypertention // Ultrasound Obstet. Gynecol. 1996. V. 8. Suppl. 1 P. 96.
12. Rolnik D.L., Wright D., Poon L.C.Y., Syngelaki A., O’Gorman N., de Paco Matallana C., et al. ASPRE trial: performance of screening for preterm pre-eclampsia. Ultrasound Obstet Gynecol. 2017; 50(4): 492-5.
13. Staff A.C., Redman C.W.G., Williams D., Leeson P., Moe K., Thilaganathan B., Roberts J.M. Pregnancy and Long-Term Maternal Cardiovascular Health. Hypertension. 2016; 67(2): 251-60.

Yarrington K., Carpent R.G., Goldfrad C., Campbell S. Transvaginal Doppler ultrasound of the uteroplacental circulation in the early prediction of pre-eclampsia and intrauterine growth retardation // Brit. J. Obstet. Gynaecol. 1997. V. 104. № 6. P. 674-681.

References

1. Abdrashitova A.V., Vasilevskaya A.V., Gurina A.V. i dr. Patogeneticheskaya terapiya chrezmernoj pribavki v vese pri beremennosti // American Scientific Journal. 2020. № 35-2 (35). S.4-6.
2. Veropotvelyan P.N., Veropotvelyan N.P., Smorodskaya E.P. i dr. Sovremennyy vzglyad na problemu gestoza // Medicinskie aspekty zdorov'ya zhenshchiny. 2011. №6 (46). S. 43-52.
3. Vinokurova E.A. Sovremennyye neinvazivnye instrumental'nye metody obsledovaniya ploda (obzor literatury) // Medicinskaya nauka i obrazovanie Urala. 2018. T. 19. № 4 (96). S. 170-177.
4. Vinokurova E.A., Ivanova N.V., Pavlova O.D. Ocenka biofizicheskogo profilya ploda v perinatal'noj diagnostike // Nauchnyj vestnik Tyumenskoj medicinskoj akademii. 2000. № 4. S. 12-15.
5. Vinokurova E.A., Polyakova V.A., Markina YU.S. i dr. Vydelenie gruppy riska beremennyh po zaderzhke vnutriutrobnogo razvitiya ploda pri pomoshchi dopplerometrii // Prenatal'naya diagnostika. 2004. T. 3. № 3. S. 230-237.
6. Polyakova V.A., Byshevskij A.SH., Vinokurova E.A. Sovremennoe patogeneticheskoe lechenie gestoza legkoj stepeni // Nauchnyj vestnik Tyumenskoj medicinskoj akademii. 2001. № 1. S. 34-37.
7. Polyakova V.A., Vinokurova E.A., Arabadzhi O.A. i dr. Klinicheskij opyt primeneniya reovazografii u beremennyh s gestoza // Medicinskaya nauka i obrazovanie Urala. 2012. № 3 (71). T.13. S.102-104.
8. Polyakova V.A., Galyan S.L., Shevlyukova T.P. i dr. Gemostaz pri pozdnem gestoze. Korrekciya antioksidantami i aspirinom // Nauchnyj vestnik Tyumenskoj medicinskoj akademii. 1999. № 1. S. 43-47.
9. Solov'yova A.V., Bril' YU.A. Otyoki beremennyh: zhdat' ili bezhat'? // StatusPraesens. Ginekologiya, akusherstvo, besplodnyj brak. 2017. №6. S. 84-91.