

*Алафинова Ю.А.*

*Студент*

*5 курс, факультет «педиатрия»*

*Белорусский государственный медицинский университет*

*Республика Беларусь, г. Минск*

*Говорунова Е.В.*

*Студент*

*5 курс, факультет «лечебное дело»*

*Белорусский государственный медицинский университет*

*Республика Беларусь, г. Минск*

*Сверчинская А.А.*

*Студент*

*5 курс, факультет «лечебное дело»*

*Белорусский государственный медицинский университет*

*Республика Беларусь, г. Минск*

*Кухарев Д.Ю.*

*Студент*

*5 курс, лечебный факультет*

*Белорусский государственный медицинский университет*

*Республика Беларусь, г. Минск*

**ДОСРОЧНОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ  
БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ. НАРУ-  
ШЕНИЕ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА ПРИ ПРЕЭК-  
ЛАМПСИИ**

*Аннотация. Преэклампсия относится к наиболее сложным и важным проблемам научного и практического акушерства. Эта патология является одной из ведущих причин материнской и перинатальной смертности. Большинство беременностей осложнённых преэклампсией плохо поддаются ме-*

дикаментозной коррекции и требуют досрочного родоразрешения в интересах матери и плода.

**Ключевые слова:** Преэклампсия, досрочное родоразрешение, нарушение маточно-плацентарного кровотока, материнская смертность, перинатальная смертность, недоношенные новорожденные.

**Annotation.** Preeclampsia is considered to be one of the most difficult and important problems of scientific and practical obstetrics. This pathology is one of the leading causes of maternal and perinatal mortality. Most pregnancies complicated by preeclampsia are poorly medicated and require an early delivery to save the mother and fetus.

**Key words:** preeclampsia, early delivery, uteroplacental misperfusion, maternal mortality, perinatal mortality, premature infants.

Целью исследования было установить показания для досрочного родоразрешения пациенток с преэклампсией и исход для новорожденных. Выявить нарушения маточно-плацентарного кровотока у рожениц с преэклампсией.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ 61 истории родов и новорожденных. 1-ю группу составили 26 беременных со среднетяжелой и тяжелой формами преэклампсии. 2-ая группа – контрольная, ее составили 35 женщин с физиологическим течением беременности. У пациенток было проанализировано: возраст, доля первородящих, наличие преэклампсии в анамнезе у повторнородящих, максимальное артериальное давление и уровень протеинурии, срок гестации и способ родоразрешения, количество койко-дней в стационаре после родов (или кесарева сечения), нарушение маточно-плацентарного кровотока (по результатам ультразвуковой диагностики). У новорожденных проанализировано: масса при рождении, оценка по шкале Апгар в 1-ую минуту жизни, доля детей переведенных после рождения в отделение интенсивной терапии и реанимации. Для статистической обработки использовалась программа: Statistica 10,0 и методы вычисления: средней

арифметической, ошибки средней арифметической, медианы, процентилей, доли признака. При сравнении признаков статистически значимым считали  $p < 0,05$ .

Результаты и их обсуждение. Средний возраст женщин с физиологическим течением беременности составил 27 (23; 29) лет, с диагностированной преэклампсией - 31,5 (27; 37),  $p > 0.05$ . Доля первородящих в 1-ой и 2-ой группах 46% и 28,6% соответственно. Преэклампсия в анамнезе встречалась у 35,7% повторнородящих женщин из первой группы и не встречалась у женщин из контрольной группы (0%). Среднее максимальное артериальное давление за беременность в 1-ой группе 159/101 мм.рт.ст., среднее максимальное количество белка в общем анализе мочи 1,3 г/л, в контрольной группе: 119/74 мм.рт.ст., белок в моче отсутствует. Средний срок гестации при родоразрешении у женщин из 1-ой группы составил 235 дней, 2-ой группы - 279 дней,  $p < 0,05$ . 92% женщин с беременностью осложнённой преэклампсией родоразрешались путем кесарева сечения (из них 95% экстренно), в контрольной группе кесарево сечение встречалось в 2,8% случаев, только как плановое вмешательство. У 69% женщин из опытной группы диагностировано нарушение маточно-плацентарного кровотока при проведении УЗИ диагностики в сроке 28-32 недели, из них: 62,5% нарушение маточно-плацентарного кровотока 1а степени, 21% 2 степени, 8,5% 1 б степени и у 8% женщин было диагностировано критическое нарушение маточно-плацентарного кровотока. У рожениц из контрольной группы нарушения маточно-плацентарного кровотока выявлено не было. Среднее время пребывания в стационаре после родоразрешения у женщин из 1-ой группы: 7,5 суток, из 2-ой группы: 4,5 суток. Средняя масса новорожденных от женщин с беременностью осложнённой преэклампсией составила 1879 грамм и оценкой по шкале Апгар в первую минуту жизни 6,5 баллов, от женщин с физиологической гестацией: 3347 грамм и 8 баллов по Апгар,  $p < 0,05$ . 88,4% детей рожденных женщинами из первой группы, после рождения, были переведены в

отделение реанимации и интенсивной терапии. Все дети от женщин из контрольной группы были переведены в палаты совместного пребывания с матерью.

Выводы. Преэклампсия ассоциируется с досрочным абдоминальным экстренным родоразрешением при среднем сроке гестации 235 дней, рождением ребенка с массой меньше 2000 г, нуждающегося в интенсивной терапии и выхаживании. При преэклампсии выявляются нарушения маточно-плацентарного кровотока различной степени, которые коррелируют с тяжестью заболевания.

Библиографический список:

1. Alanis MC, Johnson DD. Early initiation of severe preeclampsia induction of labor is versus elected cesarean delivery and newborn//American Journal of Obstetrics and Gynecology 2008; 199 (3): 262.e1-262.e6.
2. Айламазян Э.К. Акушерство: учебник для медицинских вузов. 4-е изд., переработанное // СПб.: СпецЛит, 2005, 527 с.
3. Абрамченко В.В., Н.П. Шабалов. Клиническая перинатология.//Петрозаводск, Интелтек, 2004, 424с.
4. Айламазян Э. К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике.// 3-е изд. СПб. 2002, с. 426-432.