

**ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ, ТЕЧЕНИЯ РОДОВ,
ПОСЛЕРОДОВОГО И РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДОВ
ПРИ ТЯЖЕЛОЙ И УМЕРЕННОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ**

Бритова К. С., Васенда И. Г.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. А. Эйныш

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Преэклампсия (ПЭ) — тяжелое и трудно прогнозируемое осложнение беременности, родов, послеродового периода. Лечение ПЭ должно быть персонифицированным, патогенетически обоснованным, без полипрагмазии, зависеть от ее тяжести и длительности, фонового заболевания, от срока беременности, состояния плода, индивидуальных особенностей пациентки. На сегодняшний день недостаточно доказательных данных об индивидуализации терапии, поэтому используются стандартные подходы, основанные на назначении магнезиальной, антигипертензивной, инфузионной терапии и своевременном родоразрешении [1].

Цель

Изучить особенности лечения, родоразрешения, ведения послеродового и раннего неонатального периодов при тяжелой и умеренной ПЭ.

Материал и методы исследования

При изучении историй родов пациенток с умеренной и тяжелой формами ПЭ, родоразрешенных в УЗ «ГГКБ № 3» и УЗ «ГГКБ № 2» с января 2015 по ноябрь 2016 гг. методом сплошной выборки в исследование были включены 60 пациенток. Согласно классификации АСОГ, пациентки были поделены на 2 группы: 1-я — с тяжелой ПЭ, $n = 30$, 2-я — с умеренной ПЭ, $n = 30$. Были изучены, схемы лечения до родов и в послеродовом периоде, показания и способы родоразрешения, особенности послеродового периода и характеристика новорожденных. Данные представлены в виде доли, медианы и 25, 75 перцентили, сравнение полученных результатов проведено с помощью χ^2 и критерия Манна — Уитни. Статистически значимыми считались результаты при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Лечение пациенток с тяжелой ПЭ проводили в ОАРИТ, с умеренной — в ОПБ. Противосудорожная терапия всем пациенткам 1-й группы проводилась сернокислой магнезией, суточная доза препарата составила 28,75 (18,75; 33,75) г сухого вещества. Во 2-й группе сернокислая магнезия использовалась для создания нейропротективного эффекта плода в суточной дозе 5 г сухого вещества, $U = 94$, $p < 0,001$. Во время беременности антигипертензивную терапию получали все пациентки 1 группы: метопрололом — 21 (70 %), нифедипином — 17 (56,7 %), допегитом — 5 (16,7 %) пациенток. Антигипертензивную терапию 2 препаратами получали 13 (46,7 %) человек. Во 2 группе антигипертензивная терапия проводилась метопрололом у 28 (93,3 %), $\chi^2 = 5,5$, $p = 0,02$, нифедипином у 12 (40 %), 11 (36,7 %) пациенток получали терапию 2 препаратами. Седация в 1-й группе проводилась диазепамом у 22 (73,3 %) пациенток и у 3 (10 %) пациенток 2-й группы, $\chi^2 = 24,7$, $p < 0,001$. Инфузионная терапия проводилась до родоразрешения растворами кристаллоидов у всех пациенток 1-й группы и составила 700 (600,925) мл/сутки, альбумином у 20 (67,7 %) пациенток в дозе 200 (100,525 мл), во 2-й группе кристаллоиды использовались также у всех пациенток для введения препаратов для лечения плацентарной недостаточности в дозе 500 (300,690) мл/сут, $U = 91,5$, $p < 0,001$

Время от момента поступления до родоразрешения в 1-й группе составило 1 (1,2) сутки, во 2-й группе — 2,5 (1,6), $U = 275$, $p < 0,001$. Родоразрешение в 1-й группе было проведено в 37 (34,38) недель, во 2-й группе — в 37 (36,38). Досрочное родоразрешение в 1-й груп-

пе проведено у 13 (43,3 %) пациенток, в том числе до 34 недель гестации были родоразрешены 8 (26,7 %) пациенток, во 2-й группе соответственно 8 (26,7 %) и 2 (6,7 %) пациентки, $X^2 = 4,3$, $p = 0,04$. У остальных пациенток роды произошли при доношенной беременности. Роды через естественные родовые пути произошли у 5 (16,7 %) пациенток 2-й группы, все пациентки 1-й группы были родоразрешены путем кесарева сечения (КС). Показаниями к досрочному родоразрешению в 1-й группе на сроках гестации 30–34 недели ($n = 8$) являлась ПЭ тяжелой степени, не поддающаяся лечению, лечение проводилось в течение 1–7 суток. У остальных пациенток 1-й группы ($n = 22$) показанием к родоразрешению являлась тяжелая ПЭ, ухудшение состояния плода — у 12 (40 %) пациенток, ПИОВ при незрелых родовых путях. Максимальная продолжительность лечения до родоразрешения составила 24 ч, большинство пациенток родоразрешены после стабилизации состояния. Во 2-й группе 2 пациентки были родоразрешены КС на сроке гестации 33 недели по поводу ПЭ умеренной степени тяжести на фоне некупирующегося гипертонического криза и умеренной ПЭ в сочетании с СЗРП 2 степени на фоне ХВГП с нарушениями МПК и ФПК. Остальные пациентки ($n = 28$) были родоразрешены при доношенной беременности. КС выполнено 23 пациенткам по сочетанным показаниям: умеренная ПЭ и ХВГП — у 10 (30 %) пациенток, СЗРП 1–2 степени — у 5 (16,7 %), ПИОВ при незрелых родовых путях — 4 (13,3 %), незрелые родовые пути при доношенной беременности, соматическая патология — у 3 (10 %), первые роды в 33–34 года — у 2 (6,7 %), оперированная матка — у 2 (6,7 %). СМА во время КС применялась у всех пациенток. Всем пациенткам 1 группы во время КС проводилась магниезальная терапия. Объем кровопотери при КС в 1-й группе составил 600 (600,700) мл, во 2-й группе — 600 (500,600) мл. Трансфузия СЗП проведена 15 (50 %) пациенткам 1-й группы, $X^2 = 20$, $p < 0,001$, эритроцитарной массы — 4 (13,7 %) и 1 (3,3 %) пациентке соответственно.

Магниезальная терапия в ОАРИТ после родоразрешения в 1-й группе проводилась составила 4 (3,5) суток, во 2-й группе — 1,5 (1,3) суток, $U = 64$; $p < 0,001$. Антигипертензивная терапия в 1-й группе после родоразрешения в ОАРИТ проводилась метопрололом 26 (86,7 %) пациенткам, нифедипином — 20 (66,7 %), клофелином — 7 (23,3 %), амлодипином — 5 (16,7 %), 14 (46,7 %) пациенток получали 2 гипотензивных препарата, 2 (6,7 %) пациентки получали 3 гипотензивных препарата. Во 2-й группе метопролол получали 28 (93,33 %), амлодипин — 9 (30 %), нифедипин — 6 (20 %), клофелин — 2 (6,7 %), 2 препарата — 6 (20 %) родильниц, $X^2 = 4,8$, $p = 0,02$. Объем инфузионной терапии в 1-й группе после родоразрешения 1650 (1060,1800) мл/сутки, во 2-й группе — 850 (750,1275), $U = 263,5$, $p < 0,001$. Время лечения в ОАРИТ после родоразрешения составило 4 (2,4) суток против 2 (1,2) суток, $U = 215$, $p < 0,001$.

В 1-й группе масса новорожденного составила 2700 (2040,3080) во 2-й группе — 3045 (2640,3480), $U = 288$, $p < 0,001$. В 1-й группе количество детей, маловесных к сроку гестации, составило 12 (40 %), во 2-й — 5 (16,7 %), $X^2 = 4,0$, $p = 0,04$. Оценка по шкале Апгар на 1 и 5 минуте в основной группе и группе составила 8 (6,5,8) и 8 (8,8), в группе сравнения — 8 (8,8). В асфиксии на 1 минуте было 8 (26,7 %) новорожденных 1-й группы и 4 (13,3 %) ребенка во 2-й группе. В 1-й группе на 5 минуте 5 новорожденных были переведены на ИВЛ, во 2-й группе на ИВЛ был 1 ребенок.

Выводы

1. Продолжительность лечения в ОАРИТ до родоразрешения и в послеродовом периоде, способы проведения магниезальной терапии, количество антигипертензивных препаратов, назначаемых одной пациентке, состав инфузионной терапии различались у пациенток изучаемых групп.

2. Досрочное родоразрешение пациенток проводилось чаще при тяжелой ПЭ, $X^2 = 4,3$, $p = 0,04$.

3. Новорожденные в группе пациенток с тяжелой ПЭ чаще рождались недоношенными и маловесными к сроку гестации, $U = 288$, $p < 0,001$.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сидорова, И. С. Гестоз: учеб. пособие / И. С. Сидорова. — М.: Медицина, 2007. — 340 с.