

ПЕРИНАТОЛОГИЯ

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПО КЛИНИЧЕСКОМУ РОДИЛЬНОМУ ДОМУ НАЦИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

А.С. Исраилова, М.А. Арыстамбекова, Н. Ормонбекова

Национальный центр охраны материнства и детства
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: цель проведенного исследования - изучение причин и структуры преэклампсии тяжелой степени (ПЭТС). Ретроспективному анализу подвергнуты истории болезни 104 женщин, поступивших в отделение реанимации в 2011г. С диагнозом: Преэклампсия тяжелой степени. Для оценки эффективности протоколов использованы индикаторы. Приводятся соответствующие данные.

Ключевые слова: преэклампсия тяжелой степени, причина, структура, роды.

ЭНЕ ЖАНА БАЛАНЫ КОРГОО УЛУТТУК БОРБОРУНУН КЛИНИКАЛЫК ТОРОТ УИУНДОГУ КАН БАСЫМЫ ЖОГОРУЛАП КЕТКЕН УЧУРЛАРЫНЫН АНАЛИЗИ

А.С. Исраилова, М.А. Арыстамбекова, Н. Ормонбекова

Улуттук эне жана баланы коргоо борбору
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Жургузулген изилдеенун максаты- преэклампсиянын оор даражасынын тузулушу жана себеби. Ретроспективный анализге 2011 жылы жандандыруу белумуне кабыл алынган преэклампсиянын оор даражасы диагнозундагы 104 аялдын оору тарыхы тартылган. Протоколдун натыйжалуулугун баалоо учуй индикаторлор колдонулду. Дал келуучу жактайлар келтирилди.

Негизги сездер: преэклампсиянын оор даражасы, себеп, тузулуш, терет.

THE CASES ANALYSIS OF THE GIPERTENZIV DISEASE DURING PREGNANCY ON the base of CLINICAL MATERNITY HOSPITAL OF NATIONAL CENTER OF PROTECTION OF MOTHERHOOD AND CHILDHOOD

A.S. Israilova, M.A. Arystambekova, N. Ormonbekova

National Center for Maternal and Child Welfare,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The purpose of the research study of the causes and structures of severe preeclampsia. Retrospective analysis of medical records of 104 women who presented to the emergency department in 2011 was performed. From diagnosis: severe preeclampsia. To assess the effectiveness of the protocols used indicators.

Keywords: severe preeclampsia, reason, structure, delivery.

Актуальность: Проблема гестозов в соответствии с Международной классификацией болезней X пересмотра - гипертензивных нарушений у беременных-ГНБ остается весьма актуальной из-за нарастающей их частоты и тяжести клинических проявлений, значительной доли в структуре причин материнской и перинатальной смертности. В высокоразвитых странах мира материнская смертность от гипертензивных нарушений составляет в среднем 20 % [2].

В Российской Федерации ГНБ в структуре причин материнской смертности составляет 11.8 - 14.8 %.(4.5).

В Кыргызской Республике по данным

официальной статистики ГНБ (КР) в структуре причин материнской смертности ежегодно занимает второе или третье место, чередуясь с септическими послеродовыми осложнениями, Особой тяжестью клинических проявлений отличаются гипертензивные нарушения, развившиеся на фоне анемии.(6).

Частота осложнений беременности гипертензивными нарушениями в КР по данным научных исследований [7] составляет 18.2%.
Соотношение сочетанных с экстрагенитальной патологией с «чистыми» гестозами составляет 2:1.

По данным независимых оценок экспертов ВОЗ КР по уровню МС находится на втором

ПЕРИНАТОЛОГИЯ

месте после Таджикистана, составляет 150 на 100000 живых рожденных.

В разработанной правительством «Национальной стратегии охраны репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики до 2015 года» приоритетность материнства и детства определена, как одно из важнейших направлений внутренней политики страны.[4.5]

Подходы к решению проблемы материнской смертности (прогноз, скрининг риска в родах, предупреждение и раннее обнаружение осложнений, безопасные роды, инициативы по просвещению и мобилизации населения) не дали ожидаемых результатов и снижения ее показателя, так как нет достоверной информации, о том какие женщины умирают и почему это происходит, а также, что можно сделать для предотвращения подобных смертей в будущем [3.1.]

Из числа гипертензивных нарушений самым распространенным видом является преэклампсия (гипертензия + протеинурия).

Преэклампсия развивается в среднем у 10% беременных, однако при наличии предрасполагающих факторов ее частота повышается до 25-30%. Идентифицированы в настоящее время факторы риска преэклампсии. Среди большого числа причинных факторов преэклампсии невозможно выделить единственный (или основной), что указывает на участие множественных механизмов в развитии патологического процесса[2].

Цель настоящего исследования изучение особенностей репродуктивного здоровья, течения беременности и родов у беременных женщин с гипертензивными нарушениями. Оценить эффективность внедрения протоколов путем использования индикаторов оценки.

Материал и методы исследования: С целью изучения репродуктивного здоровья, заболеваемости и осложнений беременности и родов анализу подвергнуты 104 истории родов женщин, поступивших в отделение реанимации роддома Национального центра охраны материнства и детства с диагнозом: Преэклампсия тяжелой степени, и истории их новорожденных детей. Проведена выкопировка из историй болезни данных акушерско - гинекологического анамнеза, соматической и гинекологической заболеваемости, данных лабораторных показателей, УЗИ и маточно-плацентарного кровотока. Для оценки эффективности протоколов при ПЭТС использованы стандартные индикаторы.

Из 104 женщин находились в возрасте до 18 лет - 2(1.9%), до 40 лет - 98 (94%), свыше 40 лет - 4 (4.1%). Домохозяйки 78 (76%), работающих - 26(24%). Распределение женщин по месту жительства представлены в таблице №1.

При поступлении в акушерский стационар 53 (54%) женщин явились самостоятельно. 17 (16.3%) доставлены каретой скорой помощи, 22 (17.3%) направлены с ГСВ и 12 (11.5%) переведены со второго уровня ЛПУ.

Сроки беременности при поступлении: до 27 нед -3 (2.8%), до 33- 26 (25%), до 36 нед -35 (34%), свыше 37 нед - 40 (38.2%).

Паритет родов: до 4 родов 32 (30.7%), многорожавшие -72(69.3%). На учете состояла - 45(43%), не состояла 59(57%). Осложнение беременности: заболевания почек в 6 (7%), кольпит-8(9%).

Сопутствующая патология: заболевания ССС выявлены у 4 (3.9%), заболевание почек - у 7(6.7%), анемией в 76(75%), в том числе легкой

Таблица №1
Распределение ПЭТС по территориальному признаку.

Нарын	Исык-Куль	Ош	Джалал-Абад	Талас	Баткен	Чуй-г.Бишкек	Россия	Казахстан
33	19	12	13	3	4	15	3	2
31.7%	18,2%	11.5%	12.5%	2.8%	3.8%	14.4%	2.8%	2.2%

Таб 2. Эффективность оказания помощи в зависимости от времени оказания.

2 часа	6 часа	24 часа
19%	24%	61%

ПЕРИНАТОЛОГИЯ

степени 43 (54%), тяжелой - 33(46 %).

Преэклампсия тяжелой степени 103-(99%), эклампсия - 1 случай при поступлении. Все 103 беременные поступили в состоянии тяжелой преэклампсии. В 4 случаях диагноз преэклампсии сочетался с преждевременной отслойкой плаценты и продолжающимся кровотечением.

Эффективность оказания помощи оценивается от времени родоразрешения (2,6,24 часа). 20 (19%) беременных женщин родоразрешены в первые 2 часа, 25 (24%) до 6 часов пребывания в роддоме. Более 24 часа - 58 (61%).(Таб 2)

Метод родоразрешения: у 68 (65 %) беременных женщин роды произошли через естественные родовые пути, у 36(35%) оперативным путем. Показанием к оперативному родоразрешению явилось в (11%) отслойка плаценты, в 1 случае в сочетании с геморрагическим шоком, 1 случай с миомой матки. В 5случаях - (14%) случаев показанием явилось внутриутробная гипоксия плода.

Сопутствующая патология: заболевания ССС в (3.9%), заболевания почек в (3%), (75%) в сочетании с анемией, легкой степени - (44%), тяжелой степени - (46%).

При оценке состояния плода, синдром задержки развития плода диагностирован у 22-х женщин (21%), в том числе у 8 (7.7%)-1 степени и у 13 (12.5%) - 2степени; у 19 женщин (18%) верифицирован диагноз ФПН 1АБ. Для оценки оказания эффективности лечения использованы следующие индикаторы: введение основной и поддерживающей дозы магнезии сульфат. При этом установлено, что 84 женщинам (80.7%) проведено введение магнезии как основной так и поддерживающей доз. Что касается остальных 20 женщин (19.3%) не проводилось. При детальном рассмотрении историй выявлено: в 10 случаях не проведено введение ни основной дозы ни поддерживающей дозы магнезии сульфат в приемном блоке. В 10 случаях не проведено введение магнезии сульфат при переводе из отделения патологии в РИТ. Переход из легкой в тяжелую преэклампсии происходит на 2-3 сутки нахождения в отделении патологии. В одном случае родильнице, поступившей в роддом в раннем послеродовом периоде в состоянии тяжелой преэклампсии, не проводилось введение нагрузочной дозы магнезии сульфат в приемном блоке.

Таким образом:

1. Следует отметить, что 65 % женщин с ПЭТС родоразрешены через естественные родовые пути, что является показателем эффективности лечения. И тенденция к его увеличению является позитивным показателем качества оказания медицинской службы. Внедрение новых методов индукции родов позволит увеличить количество родов через естественные родовые пути.

2. О некачественном антенатальном уходе на ГСВ беременных женщин свидетельствуют факты: из 104 женщин, лишь 22 (21.1%) госпитализированы по направлению. Следует отметить, что 20 % беременных родоразрешены в первые 2 часа, что свидетельствует о степени тяжести преэклампсии при поступлении и зависит от уровня наблюдения на уровне ГСВ.

3. Только лишь 21.1 % беременных госпитализированы по направлению ГСВ, что свидетельствует о некачественном антенатальном уходе на местах и позднем выявлении беременных с тяжелой патологией.

4. Соблюдение протокола по ПЭТС, начиная с приемного блока ведение основной и поддерживающей дозы магнезии является резервом для снижения осложнений для данной патологии (ангиоцеребральных нарушений).

5. Процент родоразрешенных до 6 часов нахождения в РИТ составил 24%, это связано с присоединением преждевременной отслойки плаценты и в\у гипоксии плода. Это следует рассматривать как осложнение основного диагноза, либо неадекватной коррекцией АД. Как известно, по данным литературы, что резкое снижение АД приводит к отслойки плаценты, в\у гипоксии и кровоизлияниям головного мозга.

Предложения по улучшения службы охраны материнства и детства:

1. Необходимо продолжить работу с беременными и их родственниками по выявлению симптомов тревоги и своевременного обращения в стационар. 51 % женщин пришли сами с выраженной степенью тяжести.

2. Перевод с других ЛПУ составил 11 %. Следует ожидать увеличения беременных с такой степенью тяжести и обеспечить готовность стационара к приему тяжелых женщин с учетом внедрения программы регионализации.

3. При рассмотрении сроков беременности, следуетотметитьследующее:25%составилироды в сроке ранних родов и 34% преждевременных

2013-№4(11)

ПЕРИНАТОЛОГИЯ

родов, необходимо обеспечить кадровый и медикаментозный резерв, для лечения этой группы недоношенных новорожденных (наличие сурфактанта и проведение СЕПАП терапии).

Ведение беременности на фоне заболевания почек и ССС является отягощающим моментом при преэклампсии. Проведение прекоцепционной подготовки женщин к беременности является резервом улучшения показателей родовспоможения.

Список литературы:

1. Кулаков В.И. (ред.). Акушерство и гинекология: клинические рекомендации. М 2005.

2. Кулаков В.И. и соавт., Акушерство и гинекология: клинические рекомендации. М 2005.

3. Баччи А. и соавтор. Et al. New aspects in the pathophysiology of preeclampsia. J Am Soc Nephrol 2004;15:2440-2448.

4. Гридчик А.Т. Материнская смертность в условиях реорганизации здравоохранения Московской области (состояние, тенденции, профилактика): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.2002;36.

5. Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1998—2002 гг. М: Минздрав РФ 2002;316.

6. Омарова П.М. «Особенности течения беременности и родов и послеродового периода у женщин с ЖДА и ожирением. //Мат. V Рос. Форума «Мать и дитя», 2003, с. 152 - 153.

7. Рыбалкина Л.Д., Назаралиева С.Б., Исраилова А.С., и др., «Заключительный отчет: Патогенетические основы профилактики осложнений гестационного процесса гипертензивными нарушениями у женщин в условиях экологического неблагополучия», Бишкек, 2006,-с.65.