



МАТЕРИАЛЫ

I научно-практической конференции молодых ученых, аспирантов,
ординаторов, студентов
«Будущее акушерства и гинекологии» имени А.С. Калиниченко
с международным участием



Воронеж, 2022

Абдуллаева Ш.А.

МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

ФГБОУ ВПО Рязанский медицинский университет имени академика И. П.
Павлова

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель: асс. Рыбакова Т.Н.



Каттаходжаева М.Х., Гайбуллаева Д.Ф., Захидова Г.Ш.

ЗНАЧЕНИЕ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ В ОЦЕНКЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Ташкентская Медицинская Академия

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Научный руководитель: д.м.н., проф. Каттаходжаева М.Х.

Цель. Оценить роль экстрагениальной патологии при развитии преэклампсии.

Материалы и методы. Был проведен анализ историй родов 150 женщин, где основную группу составили женщины с преэклампсией умеренной 47% (70) и тяжелой степени 20%(30). В группу контроля вошли 33%(50) здоровых женщин. Классификацию преэклампсии проводили согласно Национальным протоколам РУз от 30.11.21года. Проведен анализ анамнестических данных, анамнез развития заболевания. Всем беременным проведены общеклинические биохимические исследования. Учтены данные Уз-диагностики, где оценены фетометрические и доплерометрические параметры. Учтен индекс массы тела больше 30. Изучены исходы беременности и родов у всех обследуемых. Критериями исключения из обследования были женщины ВИЧ-инфицированные, СПИД-инфицированные, с психическими заболеваниями, с онкологическими заболеваниями и тяжелой соматической патологией.

Результаты. Показали, что возраст обследуемых имел некоторые различия. Установлено, что преэклампсия возникает в возрасте 26-30 лет. Причем, развитие тяжелых форм 26-30 лет составил 70%(20) и более и 20%(6) страдали в возрасте 31-35 лет. Изучая корреляционные взаимосвязи между паритетом родов у обследуемых и частотой преэклампсии в группах, установлено, что это заболевание чаще встречается у повторнородящих женщин 42%. А у многорожавших преэклампсия встречается до 10% случаев. Первородящих больше было в контрольной группе. Проводя оценку сопутствующей экстрагениальной патологии, выявлено, что почти все женщины с преэклампсией страдали анемией как в течение беременности, так и к моменту родов. Ожирение стоит на втором месте около 60% женщин страдало ожирением 2 степени и более. Кроме того, инфекционными заболеваниями мочевыводящих путей страдало около 50%. Также встречались эндокринологические нарушения и гинекологическая патология. Кроме того, выявлено, что преэклампсия тяжелой степени чаще всего провоцировала возникновение преждевременных родов и увеличивала количество кесарева сечения в 50% случаев при изучаемой патологии. Случаи эклампсии не выявлены. В контрольной группе почти в 90% (45) случаев все закончились срочными родами, без осложнений. Показаниями к кесареву сечению в группах обследованных с преэклампсией были тазо-головная диспропорция (клинический узкий таз), неудовлетворительный прогресс родов.

Оценка состояния новорожденных по шкале Апгар показала, что в контрольной группе все дети родились в удовлетворительном состоянии. Тяжелая степень ПЭ коррелировала с рождением детей со средней степенью тяжести и тяжелым состоянием плода при рождении ($r=0,82$), а также была 1 антенатальная смертность в сроке 31 недели. Рождение тяжелых детей объяснялось недоношенностью и фетоплацентарной недостаточностью, также 2 антенатальные смертности в основной группе сочетались с синдромом задержки внутриутробного роста плода).

Выводы.

1. Преэклампсия является грозным и тяжелым осложнением беременности, как для матери, так и для плода и новорожденного.
2. Преэклампсия чаще в возрастной категории 26-35 лет, встречаясь как у первородящих так и повторнородящих беременных, повышая уровень преждевременных родов и кесарева сечения, способствует развитию фетоплацентарной недостаточности (гипоксия, задержка внутриутробного роста плода), рождению детей с низкой оценкой по шкале Апгар и в отдельных случаях, вызывает антенатальную гибель плода.
3. Течение беременности у женщин с преэклампсией сопровождалось преимущественно анемией (причем в 100% случаев при тяжелой ПЭ), ожирением 2ст и более, инфекцией мочевыводящих путей, что позволяет выделить эти состояния в факторы риска развития преэклампсии.
4. Выделенные факторы риска должны учитываться при обследовании не только беременных в семейных поликлиниках, а еще до зачатия в целях рационального ведения беременности и профилактики развития преэклампсии.