

Кузина Екатерина Александровна студентка 6 курса
МГУ им. Н. П. Огарёва, медицинский институт, г. Саранск, РФ
е – mail: kuzinka_k@mail.ru

Тюрина Елена Павловна к.м.н., доцент
МГУ им. Огарёва, медицинский институт, г. Саранск, РФ
е – mail: docentep@mail.ru

ИСХОДЫ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Аннотация

Одной из актуальных проблем в современном акушерстве остается преэклампсия (ПЭ) [2, с. 17 - 21]. По данным ВОЗ в структуре материнской смертности ПЭ занимает одно из первых мест, являясь причиной наступления преждевременных родов, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты [4, с. 597], а также развития фетоплацентарной недостаточности, задержки внутриутробного развития плода [1, с. 119 - 121].

Ключевые слова

Преэклампсия, кесарево сечение, плод, гипоксия, шкала Апгар.

К сожалению, вылечить ПЭ в настоящее время невозможно. Единственным патогенетически обоснованным методом лечения ПЭ является родоразрешение. Готовить пациентку к родоразрешению и родоразрешать необходимо в условиях компенсированного состояния, т. е. при состоянии средней степени тяжести.

При ПЭ степень ее тяжести должна определять акушерскую тактику. При I степени тяжести (при определенных условиях) пролонгирование беременности. При II степени тяжести пролонгировать беременность крайне опасно для жизни женщины и плода, и необходимо родоразрешение. При определенных обстоятельствах допускается продолжение беременности для проведения профилактики респираторного дистресс-синдрома плода. При доношенной или почти доношенной беременности женщину необходимо родоразрешать. При биологической зрелости родовых путей и наличии условий для родоразрешения через естественные родовые пути необходимо провести родовозбуждение путем амниотомии. В отсутствие зрелости возможно проведение подготовки шейки матки медикаментозными средствами.

При сроке менее 36 недель время родоразрешения будет зависеть от эффективности лечения, состояния плода и беременной.

По данным В. Sibai и соавт., пролонгирование беременности при ПЭ средней степени тяжести возможно в течение $15,5 \pm 6,6$ дня. Исследования D. Tuffnell и соавт. [5, с. 11] также указывают на возможность пролонгирования беременности в течение 15 дней. По данным I. Greer [3, с. 330] период пролонгирования беременности у больных данной категории на фоне интенсивного лечения составляет 14 дней. Таким образом, большинство зарубежных исследователей указывают на возможность пролонгирования беременности в среднем на 7-15 дней.

Единственным правильным лечением беременных с тяжелой ПЭ признано родоразрешение путем кесарево сечение.

Нами было исследовано 58 беременных женщин с ПЭ различной степени тяжести. В зависимости от этого все беременные были разделены на группы. Первую группу (группу контроля) составили женщины, беременность которых протекала с отеками вызванными беременностью, составила – 25,9% (15). Вторая группа представлена беременными женщинами с ПЭ легкой степени, составила - 41,4% (24). В третью группу вошли беременные женщины с ПЭ средней степени тяжести, составила - 25,9% (15). И четвертая группа представлена беременными женщинами с ПЭ тяжелой степени тяжести, составила - 6,8% (4).

Из полученных данных, отмечаем что в контрольной группе почти у всех женщины - 86,7% (13) родоразрешение было проведено через естественные родовые пути, а 13,3% (2) путем операции кесарево сечение. Во 2-й и 3-й группах родоразрешение в большей степени было проведено с помощью кесарево

сечения - 70,8% (17) и 66,6% (10), в меньшей через естественные родовые пути 29,2% (7) и 33,4% (5). У всех женщин 4 группы родоразрешение закончилось операцией кесарево сечение - 100% (4) (рис. 1).

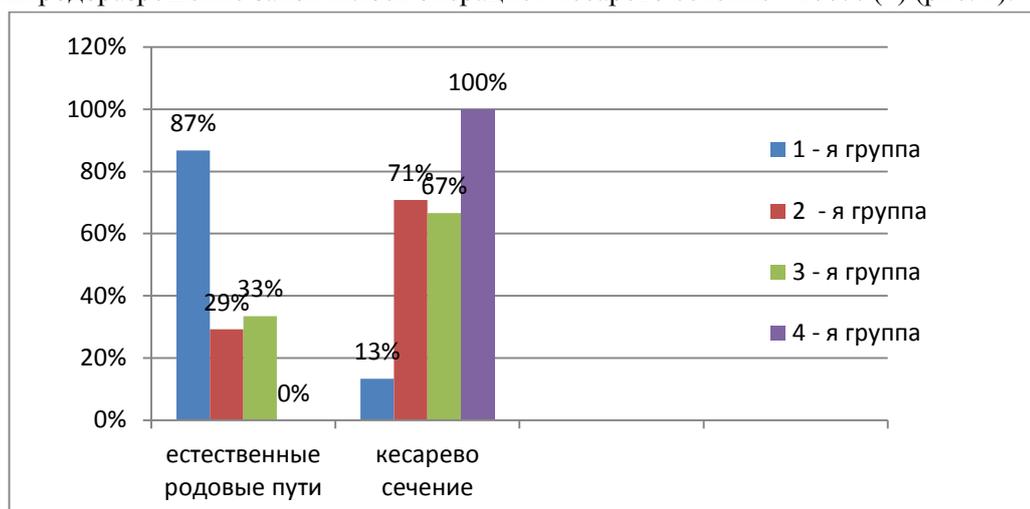


Рисунок 1 – Методы родоразрешения у обследуемых беременных

Показаниями к кесареву сечению явились: нарушения плодово – плацентарного кровотока II - III степеней, наличие хронической гипоксии плода, отсутствие эффекта от лечения.

Таким образом, можно сделать вывод, что способ и метод родоразрешения полностью зависит от степени тяжести ПЭ у беременных женщин.

Степень тяжести ПЭ влияет на срок родоразрешения, чем тяжелее степень ПЭ, тем процент преждевременных родов выше. Так в 4 группе родоразрешение закончилось в срок 35 – 36 недель – 75% (3) и 37 – 38 недель – 25% (1). Это в свою очередь сказывается на состоянии новорожденного. Антропометрические данные и функциональное состояние плодов при рождении представлены в таблице 1.

Таблица 1

Состояние новорожденных у обследуемых беременных

Показатель	1-я группа	2-я группа	3-я группа	4-я группа
Масса плода, г	3598,66	2449,83	2414	1666,75
Рост плода, см	53,47	46,63	46,2	36,5
Оценка по шкале Апгар на 1 минуте	8	7	6	6
Оценка по шкале Апгар на 5 минуте	8	7	7	6

Росто - весовые показатели новорожденных во 2,3,4 группах значительно меньше, чем в группе контроля. Однако, эти показатели от матерей с тяжелой ПЭ намного меньше аналогичных показателей детей других групп. Оценивая, показатели состояния новорожденных по шкале Апгар отмечаем обратно пропорциональную зависимость между степенью тяжести ПЭ и балльной оценкой состояния новорожденного: 1 – я группа 8/8; 2 – я группа 7/7; 3 – группа 6/7; 4 – я группа 6/6.

Список использованной литературы:

1. Гребенкин Б. Е. Новый способ диагностики полиорганной недостаточности при тяжелой преэклампсии / Б. Е. Гребенкин, М. Л. Мельникова, О. Р. Перевышина // Медицинский альманах - 2010. - №4 (13). - С. 119 - 121.
2. Кулида Л. В. Роль плацентарных факторов в формировании перинатальной патологии при различных степенях тяжести гестоза / Л.В. Кулида, И. А. Панова, Л. П. Перестятко // Архив патологии. - 2005. - Т.67, №1. - С.17 - 21.
3. Ian A. Regius professor obstetrics and gynecology / A. Ian, J. Greer // Br Med J 2005; 330: 549 - 550: doi: 10.1136 / bmj. 330.7491. 549.
4. Redman C. W. G. Placental debris, oxidative stress and preeclampsia / C. W. G. Redman, I. L. Sargent // Placenta.- 2000. - Vol. 21. - P. 597 - 602.

5. Tuffnell D. J. The management of severe preeclampsia / eclampsia // D. J. Tuffnell, A. H. Shennan, J. J. Waugh // London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2006; 11.

©Е. А. Кузина, Е. П. Тюрина, 2015

УДК-616

Мадреймова Ж.К., Косымбетова А.Б., Урынгалиева Н.Д.
Нукусский филиал Ташкентского педиатрического
медицинского института, г.Нукус

ОСОБЕННОСТИ БЕЛКОВОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ.

Аннотация.

Всего обследовано 72 детей. В зависимости от вида вскармливания дети были разделены на 3 группы. У всех детей в сыворотки крови определялись содержание общего белка (мг/дл).

Содержание общего белка в сыворотке крови у детей в 6 - месячном возрасте в среднем составило $6,50 \pm 0,23$ г/дл в первой, $6,11 \pm 0,32$ г/дл - во второй и $4,03 \pm 0,15$ г/дл, в третьей группе. На 1-м году жизни среднее содержание общего белка у детей в среднем составило $6,5 \pm 0,45$, $5,62 \pm 0,21$ и $4,1 \pm 0,36$ г/дл, т.е. было почти таким же, как и в 6 месячном возрасте. При этом у детей второй группы наблюдалась тенденция к снижению уровня общего белка по сравнению с показателями 6 месячного возраста. У детей третьей группы выявлена выраженная гипопроотеинемия.

Ключевые слова

Дети раннего возраста, вскармливания, сыворотка крови, содержание общего белка

Актуальность. Достаточное поступление качественного белка является необходимым фактором роста и развития ребенка первого года жизни. Не вызывает сомнения тот факт, что материнское молоко наиболее полно отвечает потребностям младенца и что содержание основных пищевых веществ, в частности белка, соответствует физиологическим потребностям детей в первые 6 месяцев жизни [2,4]. Для детей в раннем постнатальном периоде характерны наиболее высокая скорость роста и наиболее высокая степень утилизации белка. По данным Fomon [5], у новорожденных в течение первого месяца жизни доля белка, предназначенного для роста тканей, составляет 52% их общей потребности в этом питательном веществе; по мнению Dewey et al. [6], эта цифра еще выше — 64%. С возрастом постепенно замедляется скорость роста и снижается количество белка, необходимого для роста, и одновременно его доля от общей потребности. К 9—12 месяцам она сокращается до 18%. Если учесть быстроту изменения потребности в белке с возрастом ребенка, то станет понятно, почему ее определение у детей грудного возраста представляет собой такую сложную задачу. В то же время в этом возрасте почки, печень и кишечник еще не зрелы [1,3], поэтому получаемые с грудным молоком пищевые ингредиенты приспособлены для легкого усвоения без ущерба и нагрузки на эти органы и системы. Исходя из этого, питания детей раннего возраста, должны быть, основаны на учете особенностей метаболических и физиологических процессов у детей в этот период.

Цель исследования - сравнительная оценка содержания общего белка сыворотки крови в зависимости от вида вскармливания детей грудного возраста проживающих в городе Нукуса.

Материалы и методы. Всего обследовано 72 детей. В зависимости от вида вскармливания дети были разделены на 3-группы: первая группа – дети находящихся на естественном вскармливании, 2– дети, находящихся на искусственном вскармливании проживающие с родителями, 3 – дети, находящихся на искусственном вскармливании проживающие в доме ребенка. Количество детей был одинаковым - по 24 детей во всех группах. У всех детей в сыворотки крови определялись содержание общего белка (мг/дл)