

Проблема бронхиальной астмы (БА) у беременных женщин занимает значимое место в акушерстве [3,8]. Течение БА во время беременности может претерпевать существенные изменения, и при этом нередко наблюдается ухудшение самочувствия больных, могут возникать тяжелые обострения, требующие неотложной терапии [6]. В связи с этим бесспорным является тот факт, что у беременных женщин, страдающих бронхиальной астмой, должна осуществляться соответствующая тяжести заболевания противовоспалительная терапия [1,7]. Использование базисной противовоспалительной терапии ингаляционными кортикостероидами в большинстве случаев позволяет добиться контроля бронхиальной астмы у беременных женщин, однако сведения относительно благоприятного влияния подобного лечения на перинатальные исходы недостаточны [4,9].

Целью настоящей работы явилось проведение сравнительной оценки показателей, характеризующих состояние новорожденного у женщин с бронхиальной астмой, получавших базисную противовоспалительную терапию ингаляционным беклометазоном во время беременности.

Методика

В работу вошли результаты исследования новорожденных у 95 беременных женщин с бронхиальной астмой, из которых 35 пациенток, получали базисную противовоспалительную терапию ингаляционным беклометазоном. В зависимости от степени тяжести заболевания пациентки с контролируемой бронхиальной астмой были разделены на 3 группы. Первую группу составили 10 женщин с легкой персистирующей бронхиальной астмой, вторую и третью - 15 и 10 женщин с бронхиальной астмой средней и тяжелой степени соответственно. Пациентки с неконтролируемой бронхиальной астмой также были разделены на группы в зависимости от степени тяжести заболевания. При этом 32 женщины составили группу с неконтролируемой легкой персистирующей астмой (группа 4), 25 и 3 пациентки - группы с неконтролируемой бронхиальной астмой средней и тяжелой степени соответственно (группы 5 и 6 соответственно). В контрольную группу вошли 30 здоровых беременных женщин.

Все группы были сопоставимы по возрасту, стажу заболевания, паритету, курению, сроку родоразрешения. В работу не включались пациентки с многоплодной беременностью, аномалиями развития у плода, гестозом, преждевременными родами, сахарным диабетом, использующие системные кортикостероиды по иным, чем бронхиальная астма, показаниям.

Базисная противовоспалительная терапия беременных с бронхиальной астмой ингаляционным беклометазоном проводилась в соответствии с рекомендациями GINA и руководства по методу оптимизации антиастматической терапии [2,5].

Для лечения использовался ингаляционный беклометазон, выпускаемый в форме ротадисков (Беккодиск GlaxoWellcome). В зависимости от степени тяжести астмы стартовая доза ингаляционного беклометазона колебалась от 400 до 1000 мкг/сут.

В работе осуществлялся анализ массы тела новорожденных, частоты синдрома задержки внутриутробной развития плода (ЗВУР) по гипотрофическому типу, показателей оценки по шкале Апгар через 1 мин. после родов.

Статистическая обработка данных проведена с использованием дисперсионного анализа, статистики корреляционного анализа Пирсона.

Результаты

У всех пациенток в процессе базисной противовоспалительной терапии ингаляционным беклометазоном удалось добиться контролируемого течения астмы за период времени от 2 до 6 недель ($3,7 \pm 1$ нед.). Средние суточные дозировки ингаляционного беклометазона и момент достижения контролируемого течения бронхиальной астмы колебались от 490 ± 99 до 890 ± 110 мкг в зависимости от степени тяжести бронхиальной астмы. Средний срок родоразрешения пациенток исследуемых групп составил $38,4 \pm 1,2$ нед.

С целью изучения влияния терапии ингаляционным беклометазоном на характеристики новорожденного первоначально был проведен анализ средних показателей массы новорожденного, оценки по шкале Апгар, частоты синдрома ЗВУР среди всех пациенток с контролируемой и неконтролируемой бронхиальной астмой без учета степени тяжести заболевания. Затем те же показатели оценивались в группах женщин с разной степенью тяжести бронхиальной астмы с учетом наличия или отсутствия медикаментозного контроля заболевания (табл. 1).

Анализ показателей веса новорожденного в зависимости от медикаментозного контроля бронхиальной астмы у матери во время беременности не выявил достоверных различий между исследуемыми группами. В то же время при одновременном учете таких факторов, как тяжесть БА, и медикаментозного контроля выявлены снижение средних показателей массы новорожденных в группе женщин с неконтролируемой тяжелой бронхиальной астмой и тенденция к снижению массы тела новорожденных в группе с женщинами с неконтролируемой БА средней степени тяжести по сравнению с аналогичными показателями у здоровых женщин (табл. 1). У пациенток с контролируемой БА, независимо от ее тяжести, подобных отклонений от показателей у здоровых женщин не наблюдалось.

При проведении анализа частоты диагноза ЗВУР по гипотрофическому типу среди пациенток, получавших и не получавших ингаляционный беклометазон, отмечено, что частота осложнения у пациенток с неконтролируемой бронхиальной астмой была достоверно выше по сравнению с группой здоровых женщин, в то время как у

женщин с контролируемой астмой значимые различия отсутствовали.

Оценка частоты развития ЗВУР в зависимости от наличия как медикаментозного контроля, так и степени тяжести БА не выявила достоверных различий внутри групп женщин с легкой, средней и тяжелой астмой, между пациентками, получавшими и не получавшими ингаляционный беклометазон. В то же время анализ межгруппового сравнения женщин с разной степенью тяжести БА такое различие обнаружил. Частота ЗВУР достоверно возрастала с увеличением тяжести неконтролируемой астмы (табл. 1).

Следующей изученной в работе характеристикой новорожденного была оценка по шкале Апгар через 1 мин. после родов. Отмечено, что для женщин с бронхиальной астмой характерно увеличению частоты более низких оценок по Апгар, особенно при неконтролируемом течении заболевания, следствием чего явилась обнаруженная нами тенденция к снижению средних показателей оценки новорожденного по шкале Апгар в группах женщин с бронхиальной астмой по сравнению со здоровыми пациентками.

В дальнейшем нами проведен анализ ряда корреляционных зависимостей, позволяющих оценить влияние тяжести бронхиальной астмы, наличия ее медикаментозного контроля и суточной дозировки ингаляционного беклометазона на массу тела новорожденного. При этом обнаружена достоверная обратная связь между тяжестью неконтролируемой бронхиальной астмы и массой тела новорожденного ($r = -0,29$, $p < 0,05$). При анализе связи между массой новорожденного и суточной дозировкой ингаляционного беклометазона, используемой для контроля бронхиальной астмы в нашем исследовании, зависимости не выявлено ($r = 0,05$, $p > 0,05$).

Заключение

Таким образом, проведенный нами анализ характеристик новорожденных у женщин с бронхиальной астмой разной степени тяжести в зависимости от наличия медикаментозного контроля заболевания не выявил значимых отклонений массы тела новорожденного, частоты ЗВУР и величины оценки по Апгар среди пациенток, получавших ингаляционный беклометазон при сравнении со здоровыми женщинами. Для новорожденных от женщин с неконтролируемой бронхиальной астмой характерно увеличение частоты ЗВУР по гипотрофическому типу и снижение средней массы тела новорожденных, наиболее выраженное среди пациенток с тяжелым течением заболевания. В то же время нами не получено убедительных данных, свидетельствующих о том, что базисная противовоспалительная терапия ингаляционным беклометазоном способствует улучшению изученных характеристик новорожденного при сравнении пациенток, получавших и не получавших медикаментозный контроль бронхиальной астмы. Возможной причиной этого является недостаточное количество наблюдений, что требует продолжения работы. Наиболее важным выводом, который можно сделать из представленных данных, является вывод об отсутствии отрицательного влияния средних терапевтических дозировок ингаляционного беклометазона на массу плода.

Таблица 1. Характеристики новорожденных у женщин с бронхиальной астмой в зависимости от степени тяжести заболевания и наличия медикаментозного контроля

Группа	N	Масса тела, г, M(s)	Частота ЗВУР по гипотрофическому типу, n(%)	Оценка по Апгар через 1 мин., баллы, M(s)
Здоровые женщины	30	3296 + 278	2 (6,7%)	8,0 ± 0,7
Все беременные с БА (+) беклометазон	35	3203 + 426	5 (14,3%)	7,6 + 0,9 p = 0,09
Все беременные с БА (-) беклометазон	60	3179 ± 457	17 (28,3%) p = 0,04	7,6 ± 0,9 p = 0,051
Легкая персистирующая БА (+) беклометазон (группа 1)	10	3139 ± 154	0	8,0 ± 0,7
БА средней степени тяжести (+) беклометазон (группа 2)	15	3309 ± 506	2 (13,8%)	7,7 ± 0,6
Тяжелая БА	10	3106 ± 479	3 (30,0%)	7,2 ± 1,4
Легкая персистирующая БА (-) беклометазон (группа 4)	32	3285 ± 433	7 (21,9%)	7,7 ± 0,9
БА средней степени тяжести (-) беклометазон (группа 5)	25	3091 ± 463 p = 0,06	8 (32,0%)	7,5 ± 1,0

Тяжелая БА	3	2777 ±394 p = 0,04	2 (66,7%) p = 0,04, p, = 0,05	7,7 ±0,6
------------	---	--------------------	-------------------------------	----------

Примечание. В таблице указана достоверность только для показателей, имеющих значимые или близкие к значимым различия; p — (стоверность различий при сравнении со здоровыми женщинами;p, - в сравнении с группой 1; M(s) — среднее ± стандартное отклонение.