

Усмонова Гавхарой Асқаровна

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Андижанский государственный медицинский институт

**ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ЖЕНЩИН С
ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ**

Резюме,:

Несмотря на обилие информации о преэклампсии, в современной литературе отсутствуют четкие данные об их этиологии, причинах развития и патогенезе, что в сочетании с неправильной оценкой тяжести и достоверности диагностических критериев приводит к развитию осложнений и неэффективности терапии.

Однако наиболее важными факторами риска развития преэклампсии являются: артериальная гипертензия, симптоматическая артериальная гипертензия, аутоиммунные заболевания, хронические заболевания почек и почечная недостаточность, сахарный диабет 1 и 2 типа, ожирение, многоплодная беременность, первые роды, возраст старше 40 лет, личный (предыдущие случаи) и семейный анамнез и т.д.

Эта статья проливает свет на проблему преэклампсии и пути ее решения, которые актуальны сегодня в медицине Аманавии, особенно в акушерстве и гинекологических проблемах.

Ключевые слова: преэклампсия, материнство, беременность, гемодинамика.

Усмонова Гавхарой Асқаровна

1-Акушерлик ва гинекология кафедраси

Андижон Давлат Тиббиёт Институти

**ОҒИР ПРЕЕКЛАМПСИ БИЛАН ОҒРИГАН АЁЛЛАРДА
ГЕМОДИНАМИК ЎЗГАРИШЛАРНИ БАҲОЛАШ**

Резюме: Преэклампсия ҳақида маълумотларнинг кўплигига қарамай, замонавий адабиётларда уларнинг этиологияси, ривожланиш сабаблари ва патогенези тўғрисида аниқ маълумотлар мавжуд эмас, бу диагностика мезонларининг оғирлиги ва ишончлилигини нотўғри баҳолаш билан биргаликда асоратларни ривожланишига ва терапиянинг самарасизлигига олиб келади.

Шу билан бирга, преэклампсия учун энг муҳим хавф омиллари: гипертония, симптоматик артериал гипертензия, аутоиммун касалликлар, сурункали буйрак касаллиги ва буйрак етишмовчилиги, 1 ва 2-тоифа қандли диабет, семириш, кўп ҳомиладорлик, биринчи туғилиш, 40 ёшдан ошган ёш, шахсий (олдинги ҳолатлар) ва оилавий тарих ва ҳоказолар киради.

Ушбу мақолада бугунги кунда ҳамолавий тиббиётда, айниқса акушерлик ва гинекологик муаммолар ичида долзарб бўлиб турган преэклампсия муаммоси ва ечимлари ёритиб берилган.

Калим сўзлар: преэклампсия, оналик, ҳомиладорлик, гемодинамика.

Usmanova Gavkharoy Askarovna

Department of Obstetrics and Gynecology No. 1

Andijan State Medical Institute

ASSESSMENT OF HEMODYNAMIC CHANGES IN WOMEN WITH SEVERE PREECLAMPSIA

Resume: Despite the abundance of information about preeclampsia, there is no clear data in the modern literature on their etiology, causes of development and pathogenesis, which, combined with an incorrect assessment of the severity and reliability of diagnostic criteria, leads to the development of complications and ineffective therapy.

However, the most important risk factors for the development of preeclampsia are: hypertension, symptomatic hypertension, autoimmune

diseases, chronic kidney disease and kidney failure, type 1 and type 2 diabetes mellitus, obesity, multiple pregnancies, first childbirth, age over 40 years, personal (previous cases) and family history, etc.

This article sheds light on the problem of preeclampsia and ways to solve it, which are relevant today in Amanavia medicine, especially in obstetrics and gynecological problems.

Key words: preeclampsia, motherhood, pregnancy, hemodynamics.

Введение. Преэклампсия (ПЭ) остается важной проблемой современного акушерства, что связано не только с частотой данного осложнения беременности, но и с теми осложнениями для матери и ребенка, которые наблюдаются при данной патологии [2,6].

Дискуссионность ряда аспектов этиологии и патогенеза, противоречивость перечисляемых факторов риска развития ПЭ на ранних сроках беременности подчеркивает необходимость углубленного анализа этой проблемы [1,9,11]. Очевидным становится необходимость в гемодинамических маркерах, с помощью которых была бы возможна не только ранняя диагностика ПЭ, следовательно, предупреждение развития тяжелых ее форм. При преэклампсии происходят патологические изменения функций всех органов матери, среди них в этот процесс чаще, а также в его более ранних стадиях вовлекаются почки [4,7,8].

Наиболее значительное влияние преэклампсии во многих случаях зависит от течения и степени процесса, происходящего в почках. В результате функциональной недостаточности органа, в первую очередь, образующийся в сосудистой системе и стойко развивающийся спазм приводит к нарушению перфузии. В то же время происходит снижение клубочковой фильтрации и вслед за этим уменьшение суточного диуреза [2,5,10].

Последствия перенесенной преэклампсии нередко проявляются в последующие годы жизни женщины и во время последующих беременностей, прежде всего, это касается функции почек.

В настоящее время повсеместно среди населения земного шара регистрируется высокая частота избыточной массы тела и ожирения. ВОЗ характеризует ожирение как пандемию с более высокой распространенностью среди женщин, в том числе репродуктивного возраста. Каждая четвертая беременная женщина имеет высокий индекс массы тела (ИМТ) [3,4,7].

Беременность – особый этап в жизни женщины, который характеризуется разнообразными гормональными, метаболическими и гемодинамическими изменениями представляя собой физиологическую модель метаболического синдрома.

Течение беременности при ожирении сопряжено с многократным повышением риска развития нарушений углеводного обмена, артериальной гипертензии, преэклампсии (ПЭ), невынашивания и макросомии плода. Дальнейшие осложнения, связанные с избыточной массой тела заключаются в прогрессировании материнского ожирения и развитии ожирения у ребенка. Данные о распространенности ожирения, патологической прибавки массы тела, метаболических нарушений в период беременности, гемодинамические изменения в сердечных и почечных сосудах в настоящее время изучены недостаточно [11].

Цель исследования. Выявить взаимосвязь между нарушениями гипоксагулирующей функции легких, кровообращения «мать-плацента-плод» и кислородтранспортной функции крови у беременных с преэклампсией и эклампсией, на основании полученных данных оптимизировать диагностику, профилактику и лечение для снижения частоты осложнений, материнской и перинатальной смертности.

Материалы и методы исследования. Мы отобрали в общей сложности 70 пациентов с гемодинамическими изменениями и преэклампсией для выполнения этой задачи и провели на них клинические наблюдения.

Результаты исследования. Состояние системы гемостаза у беременных с преэклампсией накануне родов характеризуется высокой частотой гиперкоагуляционного синдрома на фоне хронического ДВС-синдрома, который отмечается в 54,5% случаев при умеренной преэклампсии и в 68,4% - при тяжелой. В послеродовом периоде патология гемостаза реализуется только в тех случаях, когда она имела место до родов. При этом у 27,1% родильниц с умеренной преэклампсией и у 40,9% с тяжелой преэклампсией наблюдаются лабораторные признаки хронического синдрома ДВС, а гиперкоагуляционный синдром - у 31% и 50% родильниц соответственно. Восстановление параметров гемостаза происходит к 30 суткам послеродового периода. Изменения его отдельных показателей сохраняются в течение 3 месяцев после родов у женщин с умеренной преэклампсией и до 6 месяцев — при тяжелой преэклампсии.

Особенностью течения родов у женщин с преэклампсией на фоне гиперкоагуляционного синдрома, является высокая частота акушерских кровотечений (8%) , послеродовых инфекционно-воспалительных осложнений (14,9%). Нормализация параметров центральной гемодинамики и периферического кровотока после родов связаны с состоянием системы гемостаза: у родильниц без нарушений системы гемостаза нормализация показателей гемодинамики происходит к 7 суткам после родов, у родильниц с гиперкоагуляционным синдромом при умеренной преэклампсии - к 10 суткам, при тяжелой - к концу 3 недели.

Факторами риска нарушений в системе гемостаза после родов у женщин с преэклампсией явились: НЦД по гипертоническому типу, хронический пиелонефрит, ожирение, самопроизвольные выкидыши,

артифициальные аборт, беременность, осложненная фетоплацентарной недостаточностью и ЗРП. Факторами риска длительных нарушений показателей системы гемостаза после родов явились рецидивирующая герпесвирусная инфекция, НЦД по гипертоническому типу, ожирение.

Терапия низкомолекулярными гепаринами после родов у женщин с преэклампсией позволяет сократить сроки нормализации параметров гемостаза, ускорить инволюцию клинических проявлений преэклампсии и достоверно уменьшить длительность послеродового пребывания в стационаре с $6,4 \pm 0,5$ до $5,8 \pm 0,5$ койко-дня для умеренной и с $7,9 \pm 0,4$ до $7,4 \pm 0,3$ койко-дня для тяжелой преэклампсии. Проведение антикоагулянтной терапии у пациенток с гемостатическими нарушениями снижает риск развития инфекционно-воспалительных осложнений в послеродовом периоде.

Вывод. Установлено, что риск нарушений в системе гемостаза после родов у женщин с преэклампсией определяется присутствием ряда анамнестических и клинических предрасполагающих факторов. В частности, нейроциркуляторной дистонией по гипертоническому типу, хроническим пиелонефритом, ожирением, самопроизвольными выкидышами, хронической рецидивирующей герпесвирусной инфекцией, беременностью, осложненной угрозой выкидыша, хронической фетоплацентарной недостаточностью и задержкой роста плода.

Подтверждена целесообразность назначения низкомолекулярных гепаринов при гиперкоагуляционном синдроме после родов; они способны ускорить нормализацию показателей системы гемостаза и уменьшить риск тромботических осложнений и, соответственно, сократить пребывание в стационаре в 1,4 раза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдуллаходжаева М.С. Гестозы и их в структуре материнской смертности / М.С. Абдуллаходжаева, Н.В. Елецкая, Б.Х.Бабанов, И.М. Алланазаров // Узбекистон тиббиет журнали.2002, № 1. – С. 11-13
2. Братищев И.В. Науменко М.Г., Сологубов А.П. Практические результаты исследования параметров центральной гемодинамики у беременных с гестозом. Новости анестезиологии и реанимации 2007;3:94-95
3. Васильева З.В. Функция почек и показатели эндогенной интоксикации при гестозах / З.В. Васильева, А.В. Тягунова, В.В. Дрожжева, Т.А. Конькова // Акушерство и гинекология. – 2003. – № 1. – С. 16–20.
4. Геворкян М.А. Ожирение и репродуктивное здоровье женщины // Ожирение и метаболизм. – 2008. – № 3. С. 12-14.
5. Краснопольский В.И. Диагностика и прогнозирование развития тяжелых форм гестоза у беременных / В.И. Краснопольский, Л.С. Логутова, В.А. Петрухин, Ю.Б. Котов, В.М. Гурьева, М.В. Капустина, С.В. Новикова, Т.В. Реброва // Российский вестник акушера-гинеколога, 1, 2006. С. 69-72.
6. Мазурская Н.М. Особенности внутривисочечного кровотока у беременных с хроническим пиелонефритом по данным дуплексного сканирования с цветовым доплеровским картированием и трехмерной доплерографии / Н.М. Мазурская, И.Г. Никольская, Т.Г. Тареева // Рос вестн акуш.-гин. – 2004 – Т. 4 – № 5 – С 13-18.
7. Нишанова Ф.П, Мустафаева М.Э. Материнская смертность от преэклампсии в Республике Узбекистан // Вестник врача. – Самарканд, 2009. – № 2. – С.78-81.
8. Fybinson H.E., O'Connell CM., Joseph K.S., McLeod N.L. Maternal outcomes in pregnancies complicated by obesity. Obstet Gynec 2005; 106: 1357.

9. Lam C., Lim K.-H., Karumanchi S.A. Circulating Angiogenic Factors in the Pathogenesis and Prediction of Preeclampsia. *Hypertension*. 2005; 46:1077.

10. Rasmussen S.A., Chu S.Y, Kim S.Y. et al. Maternal obesity and risk of neural tube defects: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynec* 2008; 198: 611.

11. Yeh J., Shelton J.A. Increasing prepregnancy body mass index: analysis of trends and contributing variables. *Am J Obstet Gynec* 2005; 193: 1994.