

ВЛИЯНИЕ ГЕСТОГЕНОТЕРАПИИ НА ПЛОД И НОВОРОЖДЕННОГО ОТ МАТЕРЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ И ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Джаббарова Ю.К., Джаббарова Л.А.

*Кафедра фармакологии, нормальной физиологии, Ташкентский
педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан*

Актуальность. Во всем мире частота анемии колеблется от 25% до 50%, в развивающихся странах – от 35% до 75%, в развитых странах составляет 18%-20%. Из-за высокой распространенности в Центральном азиатском регионе железодефицитную анемию относят к краевой патологии. У беременных ЖДА диагностируется у 40-90% и часто является причиной развития тяжелых осложнений гестации и течения родов, критических ситуаций, угрожающих жизни матери и ребенка.

Цель: изучить влияние использования микронизированного прогестерона у беременных с железодефицитной анемией и преэклампсией на плод и новорожденного.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 44 беременных с ЖДА, в том числе 10 женщин, страдающих анемией легкой степени (1-ая группа), 15 – с анемией легкой степени и легкой ПЭ (2-ая группа) и 10 беременных с анемией средней степени тяжести и тяжелой ПЭ, не получавших прогестерон (3-ья группа). Группу сравнения составили 9 беременных с анемией легкой степени, не получавших какую-либо терапию. Возраст беременных был в диапазоне от 20 до 33 лет. Для иммунокоррекции у беременных, больных ЖДА легкой и средней степени тяжести – группы риска на развитие ПЭ, мы выбрали микронизированный прогестерон – Утрожестан, который назначали с 4-6 нед по 200мг утром вагинально и на ночь 200мг перорально до 28 недель, далее дозу препарата уменьшали до 100мг утром вагинально и вечером 100мг перорально до 35 недель беременности. Показанием явилось прогестерондефицитное состояние у беременных женщин при ЖДА, которое верифицировано путем определения содержания гормона прогестерона в сыворотке больных.

Результаты исследования. Беременные 1-ой основной группы принимали утрожестан по 200мг 2 раза в день с 14 до 34 недель. Ни одного случая преэклампсии не наблюдали. Недоношенным родился 1 ребенок массой тела 2485 г. Оценка по шкале Апгар в 7-8 баллов была у 100,0% новорожденных. Все новорожденные выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

У беременных 2-ой основной группы, получавших прогестерон, легкая ПЭ прогрессировала в 1 (6,7%) случае ($OR=1,7$, $RR=1,6$), преждевременные роды произошли у 1 ($6,7\pm 6,6\%$), ($OR=1,7$, $RR=1,6$), 14 ($93,3\pm 6,6\%$) леченных женщин доносили беременность до физиологического срока родов. Родился недоношенным массой тела менее 2000,0 г 1 ($6,7\pm 6,6\%$) новорожденный, доношенными массой тела от 2500,0 г до 3999,0 г – 11 ($73,3\pm 11,5\%$) и массой тела более 4000,0 г – 3 ($20,0\pm 10,3\%$). С оценкой по шкале Апгар 6 баллов родился 1 ($6,7\pm 6,6\%$) новорожденный. Перинатальных потерь не было.

Беременные с анемией средней степени тяжести и тяжелой ПЭ (2-ая группа сравнения) лечение в амбулаторных условиях не получали. Преждевременные роды произошли у 7 ($70,0\pm 11,5\%$) беременных. Родились недоношенными массой тела менее 1500 г – 2 новорожденных, от 1500 г до 2499,0 г – 5, доношенными – массой тела более 2500 г – 3 ($30,0\pm 11,5\%$). В асфиксии легкой степени родились 40,0% и тяжелой степени – 20,0% новорожденных. Переведены в отделение патологии недоношенных 4 новорожденных. Остальные новорожденные выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Анализ полученных результатов исследования, позволяет заключить, что назначение микронизированного прогестерона в комплексной стандартной терапии ЖДА позволяет у беременных с легкой анемией снизить число случаев преждевременных родов до 6,7%. У беременных с анемией средней степени тяжести и тяжелой ПЭ, не получавших прогестерон, установлена высокая частота преждевременных родов (70%), в 10 раз ($OR=35$, $RR=10$) превышающая таковую у беременных, получавших прогестерон, и рождение детей в асфиксии в 60,0% случаев, что в 9 раз выше аналогичного показателя у леченных матерей ($p<0,001$).

Вывод. Таким образом, микронизированный прогестерон может быть использован у беременных женщин для коррекции прогестерондефицитных состояний, к которым относится ЖДА, что позволяет достоверно снизить частоту недонашивания беременности в 10 раз, улучшить перинатальные исходы.

Библиографические ссылки:

1. Зияева LU., Мирзаахмедова К., Калдибаева А., Акрамовна М., & Ахадова З. (2016). Доклиническое изучение антиатеросклеротического препарата фирутас на патоморфологические изменения органов животных при длительном введении, in Library, 76(3), 77-78. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/17315>
2. Каримова Г., Аминов С., Зияева Ш., & Мирзаахмедова К. (2022). Влияние дармонала и соединений фитина на желчеобразовательную и желчевыделительную функцию печени, in Library, 22(1), 77-82. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/17373>

-
3. Аскаръянц В., Арипова З., Каримова Х., & Омонова Ш. (2022). Аспекты развития щитовидной железы эмбриогенез, in Library, 22(4), 291-295. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/17401>
4. Бабаджанова Ф., Миралимова С., Хамраева, О., & Крайнова, Д. (2021). Аспекты дисфункции печени. in Library, 21 (4), 128-137. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/17351>