

Сабирова Н.С.,
Арзиева Г.Б.,
Негмаджанов Б.Б.,
Раббимова Г. Т.,
Каримова Д.А.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. - проф.Б.Б. Негмаджанов) педиатрического факультета СамМИ (ректор - проф. Шамсиев А.М.)

Ожоговая болезнь (ОБ) отличается тяжестью течения, трудностью лечения, нередкими неблагоприятными исходами. Несмотря на большие успехи, достигнутые в лечении термической травмы, за последние годы легальность среди тяжелообожженных остается высокой (А.М. Ходжибаев с соавт. 2005). Особенно высока смертность при критических (40-50% поверхность тела) и сверхкритических (свыше 50%) глубоких ожогах (Б.А. Параманов с соавт 2000, О.Bungtra 2008). Ожоговая болезнь у беременных явление редкое, также как и публикации по этому вопросу, при этом упоминаются единичные случаи, в то время как по данным Х.К. Карабаева с соавт. (1997), смертность у этой категории обожженных достигает 87%, а по сообщениям Y.W. Taylor (1979) - 36%. Дюпонитрен В. (1996) объяснял развитие общих нарушений в организме и наступление смерти при ожогах развитием нервнорефлекторного шока, связанного с сильным болевым раздражением и страхом во время получения повреждения.

Цель исследования: изучение особенностей течения беременности и ведения родов у женщин с ожоговой болезнью.

Материал и методы: В связи с малой изученностью и разноречивостью в литературе вопросов частоты, течения беременности, родов и лечения ожоговой болезни нами разработаны 40 историй женщин с ожоговой болезнью находившихся в Ожоговом центре города Самарканда за 2010-2012гг. Среди наблюдаемых нами беременных жительницы города Самарканда составили 13 (32%) и сельской местности -27 (75%) случаев. Возраст находившихся под нашим наблюдением беременных выглядит следующим образом: от 17 до 24 лет -19 (47,5%). от 25 до 30 лет- 17 (42,5%), от 31 до 41 лет 4 (10%).

По возрасту преобладали беременные от 17 до 24 лет, что составляло 47,5% случаев. По социальному положению беременные распределялись следующим образом: домохозяйки - 21 (52,5%), служащие 14 (35%),

студентки 4 (10%), рабочая - 1 (2,5%). Представляет интерес уровень образования женщин с ожоговой болезнью, так как она имеет значение в этиологии болезни. Среднее образование имели 29 (72%), среднее специальное 6 (15%), и высшее 5 (13%). Среди наблюдаемых нами беременных первобеременные составили 30% (12), повторнобеременные 70% (28). Срок гестации во время получения ожога у 15% беременных был до 22 нед, т.е. плод был нежизнеспособным согласно принятым критериям живорождения, у 52,5% срок гестации был до 37 нед, т.е. плод был жизнеспособным, но незрелым, у 37,5% плод был доношенным и морфологически зрелым.

Результаты и обсуждения. С целью изучения особенностей клинического течения ожоговой болезни у беременных женщин и исход беременности и родов при данной патологии, также для разработки путей оптимизации ведения беременных с ожоговой болезнью, проведен клинический анализ течения беременности и родов у 40 женщин с ожоговой болезнью в Ожоговом центре города Самарканда за 2010-2012 гг.

Течение беременности до получения ожога характеризовалось некоторыми осложнениями у женщин, число которых резко увеличилось после развития ожоговой болезни. Сведения об этих осложнениях приведены в таблице 1

Таблица 1

Среди осложнений беременности наиболее часто наблюдалось угроза прерывания беременности, особенно в малых сроках. При этом частота данного осложнения почти в два раза увеличилась после получения ожога, т.е. возросла от 30% до 55%. Точно также случаи дистресса плода увеличились от 7,5% до 17,5%, случаи преэклампсии - от 20% до 25%, случаи многоводия и маловодия от 7,5% до 12,5% и т.д. В частоте гипотрофии плода не было изменений.

Как известно, площадь обожженной поверхности имеет решающее значение для исхода ожоговой болезни

Течение беременности у больных с ожоговой болезнью

№	Акушерские осложнения	До ожога		После ожога	
		п	%	п	Р
1	Ранний токсикоз беременных	6	15%	7	17,5% >0.05
	Преэклампсия	8	20%	10	25% <0.05
2	• легкой степени	7	17,5%	8	20% >0.05
	• тяжелой степени	1	2,5%	2	5% <0.05
3	Угроза прерывания беременности	12	30%	22	55% <0.005
4	Многоводие	3	7,5%	4	10% <0.05
5	Маловодие	-	-	1	2,5% -
6	Дистресс плода	3	7,5%	7	17,5% <0.005
7	Гипотрофия плода	2	5%	2	5% >0.05
8	Всего осложненных беременностей	21	52,5%	32	80% <0.005

и исхода беременности 12,5% больных получили ожог легкой степени т.е. площадь ожога была 10%. У 25% женщин площадь составила 11-20%, у 12,5% женщин 21-30%, у 27,5% больных 31-45% У 22,5 женщин площадь обожженной поверхности кожи превышала 50% из них у 5% даже 75-80%.

Сама по себе, ожоговая болезнь представляет собой тяжелую медицинскую и социальную проблему, однако, у беременных женщин проблема приобретает особую актуальность.

Так как возникновение ОБ зависит от множества социально-экономических факторов, изучение возрастной структуры женщин имеет большое значение. В наших исследованиях возрастной диапазон исследуемых женщин составил от 17 до 41 лет, составляя в среднем $25,4 \pm 3,4$ лет. Среди женщин значительно преобладали молодые в возрасте от 17 до 24-х лет. Женщины возраста от 25 до 30 лет составили 42,5%, от 31 до 41 года - 10%. Это связано с отсутствием жизненного опыта и предосторожности у молодых беременных женщин.

Изучение соматического анамнеза больных с ожоговой болезнью позволило выявить ряд ЭГЗ в анамнезе. Почти половина изученных беременных имели анемию, причем 20% из них имели умеренную и тяжелую форму анемии. ИМП выявлена у 12,5% больных, эндокринные заболевания (ожирение и эндемический зоб) - у 7,5%, заболевания желудочно-кишечного тракта - у 5% и заболевания сердечно - сосудистой системы - у одной (2,5%) женщины. Разумеется, эти заболевания не имеют корреляцию с возникновением ОБ, хотя эти состояния оказывают отрицательное влияние на течение ОБ.

Как известно срок гестации при получении ожога имеет значение для течения ОБ, а также, выбора методов лечения и способа родоразрешения. У 15% беременных срок гестации был до 22 нед. У 52,5% срок гестации был до 37 нед, т.е. плод был жизнеспособным, но незрелым, у 37,5% плод был доношенным и морфологически зрелым. Однако, следует отметить, что некоторые женщины родоразрешены позже этого срока, так что, срок гестации при родоразрешении имеет некоторые различия с этими данными.

В литературе имеются данные о том, что ОБ как тяжелая травма драматически изменяет течение и исход беременности. В наших исследованиях течение беременности до получения ожога характеризовалось некоторыми осложнениями у женщин, число которых резко увеличилось после развития ожоговой болезни. Среди осложнений беременности наиболее часто наблюдалась угроза прерывания беременности, особенно в малых сроках. При этом частота данного осложнения почти в 2 раза увеличилась после получения ожога, т.е. возросла от 30% до 55%. Точно также, случаи дистресса плода увеличились от 7,5% до 17,5%, случаи преэклампсии - от 20% до 25%, случаи многоводия и маловодия от 7,5% до 12,5% и т.д. в частоте гипотрофии плода не было изменений. Всего число осложнений увеличились от 52,5% до 80% после развития ожоговой болезни.

Жалобы больных при поступлении не отличались от типичных жалоб больных вне беременности. Все беременные жаловались на боли и жжение в области раневой поверхности, в том числе, 25% из них страдали от болей жгучего характера. Слабость и недомогание имели место у почти половины изученных женщин. Двое жаловались на тошноту и рвоту, притом у одной из них

обмечалось и головокружение.

Этиологические факторы ОБ часто бывают бытового характера. В наших исследованиях причиной ожоговой болезни были разные обстоятельства, часто, бытового характера. Наиболее частыми причинами ожогов у беременных были ожог кипятком и пламенем, по 27,5% каждый. Далее, ожог керосином (10%) и взрыв газового баллона (7,5%) были причинами ожога. Ожог бензином, соляной и горячим маслом также имели место среди причин ожога, но реже чем выше изложенные.

Как известно, площадь обожженной поверхности имеет решающее значение для исхода ожоговой болезни, также, исхода беременности. 12,5% больные получили легкий ожог, т.е. площадь ожога была до 10%. У 25% женщин площадь составила 11-20%, у 12,5% женщин - 21-30%, у 27,5% больных - 31-45%. У 22,5% женщин площадь обожженной поверхности кожи превышала 50%. из них у 5% - даже 75-80%.

Распределение больных по степени тяжести ожоговой болезни было неравномерное. Наибольшая частота тяжести соответствовала ОБ I Па степени - 20% (8 больных), также степени тяжести II-Ша и I-П-Ша встречались по 12,5% каждая. Степени тяжести I-II и II-III наблюдались по 10%, остальные 5% и менее.

Ожоговая болезнь осложнилась у 40% токсемией, у 52,5% - ожоговым шоком и у одной (2,5%) - термокоагуляционной травмой.

Лечение ожоговой болезни проведено на основании принципов доказательной медицины и многолетнего опыта лечения врачей Ожогового центра. Основными компонентами комплексного лечения были дезинтоксикационная терапия, местное лечение ожоговой ра

ны, противошоковая терапия, общеукрепляющее и иммунотерапия, антибиотикотерапия, сохраняющая беременность лечение и т.д.

Проведена многокомпонентная комплексная терапия беременных с ОБ в зависимости от тяжести заболевания, обширности раневой поверхности, срока гестации и состояния иммунного статуса. Дезинтоксикационная терапия и местное лечение ожоговой раны проведены у всех беременных женщин с ожогом. В комплексе дезинтоксикационной терапии применены препараты ГЭК с расчетом 15-20 мл на кг веса, кристаллоиды (глюкоза, натрия хлорид, Рингер лактат, и др.), а также препараты крови в случаях ожогового шока тяжелой и среднетяжелой степени. В качестве препаратов местного действия для ухода за раной применены мазь Вишневского, облепиховое и оливковое масла, йодопирон и другие. Антибиотикотерапия для профилактики вторичного инфицирования применена также почти у всех женщин (87,5%), с исключением легких случаев. Выбор антибиотика зависел от тяжести риска инфицирования и состояния иммунного статуса, а также от индивидуальной чувствительности организма. Противошоковая терапия проведена у всех женщин с ожоговым шоком (52,5%). Сохраняющее беременность лечение проведено у женщин с угрозой прерывания беременности в случаях, когда срок гестации был неоптимальным для родоразрешения.

Как известно, исход беременности и родов зависит от многих факторов, таких как срок гестации, тяжесть заболевания, преморбидного фона и т.п. Срок гестации при родоразрешении и выкидыша отличаются от таковых при развитии ОБ. Средняя продолжительность времени после получения ожога и наступления родов/выкидыша составила $2,1 \pm 0,4$ нед. Итак, 42,5% беременных родили в срок, 27,5% - при сроке 29-36 нед, 15% - при сроке 23-28 нед. У 15% больных произошел выкидыш.

Итак, у 15% беременных беременность закончилась

самопроизвольным выкидышем, у 42,5% - преждевременными родами и у 42,5% - срочными родами. Способ родоразрешения в основном был консервативным. В большинстве случаев сама ОБ индуцировала начало выкидыша или родов. Можно уверенно заявить, что абдоминальное родоразрешение произведено исключительно по акушерским показаниям таких как наличие рубца на матке (несостоятельность матки, в 2 случаях - 5%), неправильное вставление (в 2 случаях, 5%), ножное предлежание и дистресс плода (в одном случае, 2,5%).

Оценка исхода беременности и родов всегда проводится на основании оценки состояния новорожденных и состояния самой женщины после родов. В наших исследованиях у 36 женщин перинатальные исходы беременности и родов были оценены удовлетворительными. Всего отмечено 5 случаев перинатальной заболеваемости, из них 3 случая асфиксии (7,5%), 1 случай гипоксическо - ишемическое поражение центральной нервной системы (2,5%) и 1 случай внутриутробного инфицирования (2,5%).

Своевременное и эффективное лечение ожоговой болезни, рациональное ведение беременности в зависимости от тяжести заболевания и срока гестации, выбор оптимального способа родоразрешения позволяет снизить показатели перинатальной заболеваемости и смертности, также, уменьшить число акушерских осложнений у самой женщины. Огромное значение имеют своевременность оказываемой экстренной медицинской помощи, быстрая транспортировка больных в специализированные камбустиологические стационары, своевременное включение в процесс лечения акушеров-гинекологов и других смежных специалистов.

В профилактике ОБ немаловажное значение имеют повышения уровня медицинской культуры и осведомленности беременных о факторах риска развития ОБ, о правилах гигиены и режима беременности и т.д.

Литература

- 1). Арьев Т.Я. Термические поражения. Ленинград: Медицина, 1996.-704 с. 2). Диметриенко О.Д. Ожоги у беременных женщин // Акушерство и гинекология. -1990.-№10.-с. 24-27. 3). Чурилов А.В., Кушнир С.В., Фисталь Н.Н. и др. Тактика ведения беременных с термическими поражениями // Скорая медицинская помощь .Российский научно-прак. журнал .- Т.7.-№3.-с.100-101. 1998г. 4). Deitch E.A., Rightmire D.A., Clothier J., Blass N. Management of burns in pregnant women //Surg. Gynaecol. Obstet .- 1992.-v.161.-p.1-4. 5). El Kady D. Perinatal outcomes of traumatic injuries during pregnancy.//Clin.Obstet.Gynecol.-2007.-Vol.32, №5- P.643-645. 6). Науч.-ный-практический журнал Акушерство-Гинекология 6\2012г. Стр 63-68.