**Лазуренко В. В.**

**доктор медичних наук, професор,**

**в.о. завідувача кафедри акушерства та гінекології № 2**

 **Білий Є. Є.**

**аспірант кафедри акушерства та гінекології № 2**

**Харківський національний медичний університет**

**м. Харків, Україна**

**ВПЛИВ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ**

За даними літератури у 5-9% вагітних зустрічається патологія дихальних шляхів, а саме бронхіальна астма (БА). За останні роки частота цього захворювання серед жінок репродуктівного віку зросла майже вдвічи, у кожної третьої вагітної з БА спостерігається плацентарна недостатність, у кожної другої – пре еклампсія [1, с. 35-44]. Нерідко порушення у фетоплацентарному комплексі провокують передчасні пологи або народження немовля з малою масою для гестаційного віку, синдром затримки розвитку плоду вызначається у 22% вагітних з БА [2, с. 258-267]. Під час вагітності значно частіше відмічаються загострення бронхіальної астми – у середньому на 55% [3, с. 2-7].

Метою роботи – визначення впливу бронхіальної астми на перебіг вагітності в залежності від ступеня тяжкості захворювання. У дослідженні приймали участь 19 вагітних з бронхіальною астмою без супутньої патології у терміні вагітності понад 26 тижнів, до першої групи увійшли 13 вагітних – з бронхіальною астмою 1-го ступеню, 6 вагітних – з бронхіальною астмою 2-го ступеню. У контрольну групу увійшло 20 вагітних без акушерської та екстрагенітальної патології в такому ж терміні гестації. Оцінка фетоплацентарної системи проводилась на апараті «Philips HD 11 XE» (США). Кардіотограмма плоду оцінювала за таблицями Кребса та Фішера завдяки приладу Avalon FM 20/30, FM 40/50 версія G.0., з програмним забезпеченням G.02.xx. Результати УЗД дослідження з доплерометрією фетоплацентарного комплексу – маткові артерії (МА1 та МА2), артерії пуповини (АП1 та АП2) і змін кардіотокограми (КТГ) плоду у вагітних з бронхіальною 22 астмою II-го та I-го ступеню тяжкості та в контрольній групі, продемонстрували наступні результати. В контрольній групі, куди увійшли 20 вагітних у гестаційному терміні від 26 тижнів без екстрагенітальної та акушерської патології, відмічався 1 випадок порушення кровотоку у маткових судинах при доплерометрії фетоплацентарного комплексу (5%), показники: в АП 1 – PI 1.01; АП 2 – PI 1.1; у МА1 – PI 0,90; МА2 – PI 1,0. Біофізичний профіль плоду оцінений у 8 балів, КТГ – без відхилень. Через 10 днів після нашого обстеження – відбулись фізіологічні пологи у гестаційному віці 37,5 днів. Новонароджений був оцінений за шкалою Апгар 8-9 балів, маса тіла склала 2860,0 грам. У групі вагітних з бронхіальною астмою першого ступеню у двох випадках (15,38%) відмічались наступні зміни: 1. Обстеження проведено у 31 тиждень вагітності, результати: АП 1 – PI 0.60; АП 2 – PI 0.65; у МА1 – PI 0,98; МА2 – PI 1,0. За допомогою кардіотокограми оцінка за шкалами Фішера 9 балів та Кребса 11 балів, біофізичний профіль плоду склав 9 балів. Пологи відбулися у 39 тижнів вагітності, народився живий хлопчик з оцінкою за шкалою Апгар 9-9 балів та масою тіла 3200,0 грам. 2. У 35 тижнів вагітності АП 1 – PI 1.3; АП 2 – PI 1.4; у МА1 – PI 1,01; МА2 – PI 0,98. За допомогою кардіотокограми оцінка за шкалами Фішера 7 балів та Кребса 8 балів, біофізичний профіль плоду склав 8 балів. У 38 тижнів вагітності народилась жива доношена дівчинка з оцінкою по шкалі Апгар 8-9 балів та масою 2700,0 грам. У групі вагітних, хворих на бронхіальну астму II-го ступеню тяжкості, при доплерометрії відмічалось порушення кровотоку в фетоплацентарній системі у 2 (33,3%) випадках: 1. Обстеження проведено у 29 тижнів вагітності, нами були отримані наступні результати: АП 1 – PI 1.33; АП 2 – PI 1.4; у МА1 – PI 1,06; МА2 – PI 1,1. За допомогою кардіотокограми оцінка за шкалами Фішера 8 балів та Кребса 10 балів, біофізичний профіль плоду склав 8 балів. Пологи у 38 тижнів народилась жива дівчинка з оцінкою за шкалою Апгар 8-9 балів, масою тіла 2600,0 грам. 2. У 35 тижні вагітності АП 1 – PI 1.2; АП 2 – PI 1.21; у МА1 – PI 1,1; МА2 – PI 1,15. За допомогою кардіотокограми оцінка за шкалами Фішера 23 9 балів та Кребса 10 балів, біофізичний профіль плоду склав 8 балів. Пологи відбулись у 37 тижнів вагітності, народилась жива доношена дівчинка з оцінкою за шкалою Апгар 8-8 балів, масою тіла 2560,0 грам.

Таким чином, перебіг вагітності у жінок, хворих на БА, ускладнюється розладами в фетоплацентарному комплексі вже в 29-31 тиждень гестації. Причому при БА 2 ступіня тяжкості плацентарна дисфункція спостерігається вдвічи частіше (33,3%), ніж при БА 1 ступеня тяжкості (15,4%). Враховуючи отриманні результати можливо припустити, що у вагітних хворих на бронхіальну астму, наявні ранні зміни у фетоплацентарному комплексі можуть бути обумовлені ендотеліальними розладами, тому наступним етапом дослідження буде визначення рівня ендотеліальних маркерів у вагітних з БА та їх новонароджених для виявлення предикторів плацентарних порушень.

**Список літератури:**

1. Гайструк А.Н., Гайструк Н.А., Мороз О.В. Неотложные состояния в акушерстве. – Винница – 2009. – С. 35-44.

2. Murphy V.E. Managing asthma in pregnancy // Breathe. – 2015. – 11(4). – P. 258-267. 3. Лаврова О.А., Дымарская Ю.Р. Бронхиальная астма и беременность // Практическая пульмонология. – 2015. – № 4. – С. 2-7.