УДК 618.3:616-008.851-076

НОВОЕ В ИЗУЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ГЕСТОЗОВ

[1]Павлова Т.В., [2]Селиванова А.В., [2]Сырцева И.С., [3]Сумин С.А., [4]Петрухин В.А.

[1]ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», Белгород, e-mail: pavlova@bsu.edu.ru;

[2]ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», Белгород, e-mail: okb@bel.ru;

[3]ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет», Курск, e-mail: ser-sumin@yandex.ru;

[4]Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии, Москва, e-mail: 1akmoniiag@mail.ru

В статье представлены результаты исследования пациенток с тяжелым гестозом. При этом было проведено обследование, лечение и родоразрешение 60 беременных с тяжелым гестозом. С целью проведения сопоставительного анализа клинико-анамнестических данных беременные были распределены на группы: первая группа – беременные, прооперированные в экстренном порядке, вторая группа женщин получала стандартную терапию гестоза, третья группа – получала стандартную терапию гестоза в сочетании с 6% раствором Стабизола®. В ходе исследования в этих группах был проведен сравнительный анализ по следующим показателям: уровень протеинурии, среднего артериального давления у родильниц в послеродовом периоде, а также показатели пульса после родоразрешения. Авторами было показано, как влияют различные виды терапии тяжелых форм гестоза при доношенной беременности на состояние матери в послеродовом периоде.

Ключевые слова: гестозы, плацента, матка

NEW IN THE STUDY OF HEAVY GESTOSIS

[1]PavlovaT.V., [2]Selivanova A.V., [2]Syrtseva I.S., [3]Sumin S.A., [4]Petrukhin V.A.

[1]Belgorod state national research university, Belgorod, e-mail: pavlova@bsu.edu.ru;

[2]BelgorodRegional Hospital St. Ioasafa, Belgorod, e-mail: okb@bel.ru;

[3]Kursk StateMedical University, Kursk, e-mail: ser-sumin@yandex.ru;

[4]Moscow RegionalResearch Instituteof Obstetricsand Gynecology, Moscow, e-mail: 1akmoniiag@mail.ru

The paper presents the results of a study of patients with severe preeclampsia. At the same time, a survey, treatment and delivery was 60 pregnant women with severe preeclampsia. At the same time, in order to conduct a comparative analysis of clinical and anamnestic data pregnant were divided into groups: the first group – pregnant women operated on an emergency basis, the second group of women received standard therapy of preeclampsia, the third group – received standard therapy of preeclampsia in combination with a 6% solution of Stabizola ® . In a study of these groups, a comparative analysis of the following indicators: the level of proteinuria, mean arterial blood pressure in postpartum women in the postpartum period, as well as indicators of heart rate after delivery. The authors showed how different types affect the treatment of severe forms of preeclampsia at term on the status of the mother during the postpartum period.

Keywords: gestoses, placenta, uterus

Тяжелый гестоз в настоящее время является основной причиной материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, а также загадкой и одновременно вызовом научному сообществу. Частота возникновения гестоза в общей популяции развитых стран составляет примерно 0,5–8% от всех беременностей и зависит от региона [1]. Результатом прогрессирующего гестоза становятся плацентарная недостаточность и внутриутробное страдание плода, частота развития которых обусловлена особенностями течения беременности, родов, функциями плаценты, другими причинами, которые на сегодняшний день изучены недостаточно [5, 6]. Артериальная гипертензия является наиболее частым осложнением, приводящим к развитию синдрома задержки развития плода при гестозе. Это происходит как вследствие нарушения поглощения питательных веществ и кислорода матерью, так и в результате нарушения их передачи плоду [2, 3, 4].

В связи с этим изучение особенностей различных видов терапии поздних гестозов на состояние матери, а также выявление изменений на ультраструктурном уровне при определенных видах терапии позволит оптимизировать лечение данного осложнения беременности и определить пути дальнейшего улучшения перинатальных исходов.

Цель исследования – выявление изменений в организме женщины при гестозе на ультраструктурном уровне и при определенных видах его терапии

Материалы и методы исследования

На базе перинатального центра Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа в 2007–2009 гг. проведено обследование, лечение

и родоразрешение 60 беременных с тяжелым гестозом. Критериями включения пациенток послужила оценка гестоза по шкале Goecke в модификации Г.М. Савельевой 12 баллов и выше. В целях проведения сопоставительного анализа клинико-анамнестических данных беременные были распределены на следующие группы: первая группа – 25 беременных прооперированы в экстренном порядке при поступлении в связи с тяжестью состояния (преэклампсия), вторая группа – 18 беременных получали стандартную терапию гестоза, третья группа – 17 беременных, которые получали стандартную терапию гестоза в сочетании с 6 % раствором Стабизола®.

Результаты исследования и их обсуждение

У всех пациенток, включенных в исследование, отсутствовала соматическая патология в стадии декомпенсации. Все женщины родоразрешались путем операции кесарево сечение в условиях общей анестезии с искусственной вентиляцией легких и миоплегией. Показаниями к оперативному родоразрешению послужили преэклампсия, гестоз тяжелой степени, утяжеление гестоза. Обследование включало в себя: клинические анализы крови и мочи, суточную протеинурию, биохимический анализ крови, гемостазиограмму, анализы мочи по Нечипоренко, Зимницкому, пробу Реберга, бактериологический посев мочи, УЗИ внутренних органов, УЗИ плода, допплерометрию маточно-плацентарно-плодового кровотока, кардиотокограмму плода, ЭКГ, консультирование офтальмолога, терапевта, кардиолога, нефролога, невролога. Все женщины получали патогенетическую терапию гестоза согласно отраслевым стандартам, включавшую антигипертензивную, магнезиальную, седативную, метаболическую, спазмолитическую и инфузионную терапию. В послеродовом периоде в течение 3 суток все женщины находились в условиях отделения реанимации, проводился мониторинг среднего артериального давления, оценка суточной протеинурии. Все родильницы получали антибактериальную, инфузионную, утеротоническую терапию, а также во всех случаях проводилась профилактика тромбоэмболических осложнений.

Средний срок гестации на момент родоразрешения составил 38,6 ± 0,8, 39,1 ± 1,2, 38,5 ± 1 недель в группах. При анализе среднего возраста установлено, что в первой группе эти показатели были ниже, чем во второй и третьей, и составили 23,2 ± 5,6, 26,6 ± 5,0, 29,1 ± 2,4 лет соответственно (табл. 1). Это свидетельствовало о том, что молодой возраст является фактором, приводящим к наиболее неблагоприятному течению гестоза.

Таблица 1

Средний возраст женщин

	Группы женщин		
	Первая прооперированы в экстренном порядке (n = 25)	**Вторая** получали стандартную терапию гестоза (n = 18)	**Третья** получали стандартную терапию гестоза в сочетании с 6 % раствором Стабизола® (n = 17)
Возраст, лет	23,22 ± 5,6	26,63 ± 5,0	29,1 ± 2,4
Средний срок начала гестоза, недель	34,5 ± 1,3	33,6 ± 1,2	33,5 ± 1,5

Примечание. * P > 0,05.

Обращает на себя внимание неоднородность групп по паритету родов. Встречаемость первородящих в 1, 2, 3 группах составила соответственно 80 % (20), 55,5 % (10), 76,5 % (13), а повторнородящих 20 % (5), 45,5 % (8), 23,5 % (4). При анализе паритета родов на исход беременности не выявлено статистически значимых различий между группами. При анализе акушерско-гинекологического анамнеза пациенток первой группы нарушения овариально-менструального цикла встречались у 12 % (3), хронические воспалительные заболевания гениталий – у 16 % (4), самопроизвольные выкидыши на ранних сроках – 8 % (1), бесплодие – в 12 % (3), медицинские аборты 4 % (1). Во 2 группе нарушения овариально-менструального цикла встречались в 5,5 % (1) случаев, хронические воспалительные заболевания гениталий отмечались в 16,7 % (3), самопроизвольные выкидыши на ранних сроках – у 5,5 % (1), неразвивающаяся беременность – 5,5 % (1), бесплодие – 9 % (2), миома матки – 5,5 % (1), медицинские аборты – 16,7 % (3). В 3 группе нарушения овариально-менструального цикла выявлены в 11,7 % (2), хронические воспалительные заболевания гениталий – 11,7 % (2), неразвивающаяся беременность – 0 % (0), бесплодие 11,7 % (2), медицинские аборты – 5,9 % (1).

При анализе экстрагенитальной патологии заболевания сердечно-сосудистой системы встречались в 52 % (13), 50 % (9), 70,5 % (12) случаев в 1, 2 и 3 группах соответственно, анемия была выявлена в 24 % (6), 16,6 % (3), 35,2 % (6) случаев, хронический пиелонефрит встречался в 16 % (4), 22,2 % (4), 23,5 % (4) наблюдений, ожирение отмечено у 40 % (10), 38,8 % (2), 41,6 % (7); заболевания щитовидной железы – в 12 % (3), 11,1 % (2), 11,7 % (2), заболевания глаз в первой группе 40 % (10), во второй и третьей группах 11,1 % (2), 23,5 % (4). Токсикоз первой половины беременности наблюдался в 8 % (2), 11,1 % (2), 23,5 % (4) случаев, угрожающий аборт встречался в 26,3 % (5), 13,6 % (3), 29,1 % (7), угроза преждевременных родов отмечена в 16,0 % (4), 27,7 % (10), 29,4 % (5).

В общеклинических анализах крови, коагулограмме не отмечалось достоверно значимых различий в группах.

При анализе среднего артериального давления и пульса в послеродовом периоде стабилизация в группе родильниц, получавших 6 % ГЭК Стабизол®, происходила к третьим суткам, в то время как в 1 и 2 группах это происходило к 5–6 суткам (табл. 2, табл. 3).

Таблица 2

Уровни среднего артериального давления у родильниц в послеродовом периоде

Группы	**Первая** прооперированы в экстренном порядке (n = 25)	**Вторая** получали стандартную терапию гестоза (n = 18)	**Третья** получали стандартную терапию гестоза в сочетании с 6 % раствором Стабизола® (n = 17)
1 сутки (мм рт.ст.)	132 ± 9,2	129 ± 11,3	123 ± 13,3
2 сутки (мм рт.ст.)	121 ± 10,2	119 ± 9,4	113 ± 8,8
3 сутки (мм рт.ст.)	123 ± 7,3	121 ± 13,6	108,4 ± 11,6
4 сутки (мм рт.ст.)	118 ± 9,0	124 ± 11,7	102 ± 12,2
5 сутки (мм рт.ст.)	115 ± 12,2	107,4 ± 15,3	103,3 ± 21,8
6 сутки (мм рт.ст.)	108 ± 12,2	107,4 ± 15,3	93,6 ± 9,2

Таблица 3

Показатели пульса после родоразрешения

Группы	**Первая** прооперированы в экстренном порядке (n = 25)	**Вторая** получали стандартную терапию гестоза (n = 18)	**Третья** получали стандартную терапию гестоза в сочетании с 6 % раствором Стабизола® (n = 17)
1-е сутки (уд. в 1 мин)	92,0 ± 10,1	90,3 ± 12,1	85,7 ± 6,7
3-е сутки (уд. в 1 мин)	86,4 ± 5,89	82,4 ± 8,53	78,6 ± 5,4
5-е сутки (уд. в 1 мин)	83,4 ± 5,7	82,6 ± 6,3	74,6 ± 3,4

При анализе протеинурии в послеродовом периоде у родильниц отмечена более ранняя динамика снижения суточной потери белка в группе женщин, получавших 6 % – ГЭК Стабизол® (табл. 4).

Таблица 4

Уровень протеинурии у родильниц в послеродовом периоде, г/л

Группа	**Первая** прооперированы в экстренном порядке (n = 25)	**Вторая** получали стандартную терапию гестоза (n = 18)	**Третья** получали стандартную терапию гестоза в сочетании с 6 % раствором Стабизола® (n = 17)
1 сутки	1,3 ± 0,95	1,56 ± 0,6	0,9 ± 0,7
3 сутки	0,9 ± 0,54	0,7 ± 0,3	0,12 ± 0,06
6 сутки	0,4 ± 0,1	0,12 ± 0,07	0,03 ± 0,02

Таким образом, использование 6%_гидроксиэтилированного крахмала Стабизол® в комплексной терапии тяжелых форм гестоза при доношенной беременности способствует стабилизации состояния матери в послеродовом периоде путем более раннего снижения среднего артериального давления, пульса, протеинурии.

Список литературы

1. Кулаков В.И. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2006. – 230 с.

2. Павлова Т.В. Влияние 6% ГЭК Стабизола на клинические особенности материнско-плодовых взаимоотношений при недоношенной беременности на фоне тяжелого гестоз / Т.В. Павлова, А.В. Нестеров, В.А. Петрухин, А.Н. Семыкин // Новости анестезиологии и реаниматологии. – 2011. – № 3. – 64 с.

3. Павлова Т.В., Петрухин В.А., Семыкин А.Н. Влияние Стабизола® ГЭК 6% на стабилизацию маточно-плацентарного кровообращения при тяжелом гестозе: Методические рекомендации. – М.: ООО «МедЭкспертПресс», 2011. – 32 с.

4. Павлова Т.В., Петрухин В.А., Семыкин А.Н. Роль Стабизола® ГЭК 6% в системе мать-плацента-плод при гестозе: методические рекомендации. – М.: ООО «МедЭкспертПресс», 2011. – 18 с.

5. Павлова Т.В. Терапия тяжелых гестозов при недоношенной беременности / Т.В. Павлова, В.А. Петрухин, А.Н. Семыкин // Общая реаниматология. – 2010. – Т. 6, № 5. – С. 29–32.

6. Pavlova T.V. Development of endothelial dysfunction in system mother-placenta-fetus at hypertensive disease in gravidae / T.V. Pavlova, A.V. Selivanova // European journal of natural history. – 2008. – № 4. – 52 p.

References

1. Kulakov V.I. *Klinicheskie rekomendacii. Akusherstvoigin ekologija* [Clinical guidelines. Obstetrics and Gynecology]. Moscow, GJeOTAR Media, 2006. 230 p.

2. Pavlova T.V., Nesterov A.V., Petruhin V.A., Semykin A.N. *Novosti anesteziologii i reanimatologii.* 2011, no. 3, 64 p.

3. Pavlova T.V., Petruhin V.A., Semykin A.N. *Vlijanie Stabizola® GJeK 6% na stabilizaciju matochno-placentarnogo krovoobrashhenija pri tjazhelom gestoze* [Vlijanie Stabizola ® GJeK6% na stabilizaciju matochno-placentarnogo krovoobrashhenija pri tjazhelom gestoze]. Moscow, Med Jekspert Press, 2011. 32 p.

4. Pavlova T.V., Petruhin V.A., Semykin A.N. *Rol' Stabizola® GJeK 6% v sisteme mat'-placenta-plod prigestoze* [Role Stabizola®HES 6%in the mother-placenta-fetus inpreeclampsia]. Moscow, Med Jekspert Press, 2011. 18 p.

5. Pavlova T.V., Petruhin V.A., Semykin A.N. *Obshhaja reanimatologija.* 2010, Vol. 6, no. 5, pp. 29–32.

6. Pavlova T.V., Selivanova A.V. *European journal of natural history*. 2008, no. 4, 52 p.

Рецензенты:

Прощаев К.И., д.м.н., профессор, директор Автономной некоммерческой организации «Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология», г. Москва;

Суворова К.Н., д.м.н., профессор-консультант Медицинского центра «Ваша клиника» ООО «БелМедИнвест», г. Москва.

Работа поступила в редакцию 15.07.2014.