

Клинико-гинекологические особенности беременных с гестозом

А.Ф. Сафарова¹, Ж.Г. Тигай¹, В.П. Ефимова³, В.А. Кичеева², Ж.Д. Кобалава¹

¹Кафедра пропедевтики внутренних болезней РУДН

²Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН

117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6,

³Городская клиническая больница № 64,

117292, Москва, ул. Вавилова, 61

В представленной работе изучены клинико-анамнестические факторы риска беременности, осложненной «чистым» и сочетанным гестозом у 104 женщин в различные сроки беременности.

Ключевые слова: сочетанный гестоз, «чистый» гестоз, клинико-анамнестические факторы

В последние годы отмечен возросший интерес исследователей к выявлению факторов риска, приводящих к осложнениям при беременности. Частота гестоза в России составляет 1,4–23,2 % [1–3], а число тяжёлых форм возросло на 6,9 % [4, 5]. Предпринимаются многочисленные попытки доклинического прогнозирования гестоза [6–8].

Целью исследования

Изучить основные клинико-анамнестические факторы риска беременности, осложненной «чистым» и сочетанным гестозом.

Материалы и методы

Обследованы 104 женщины (средний возраст $22,4 \pm 8,6$ г.) в различные сроки беременности. Критерии включения: повышение АД во время беременности, одноплодная беременность. Критерии исключения: многоплодная беременность, тяжёлые экстрагенитальные заболевания. Сбор анамнеза проводился с помощью анкеты – опросника.

Результаты

На основании полученных результатов, при ретроспективном анализе после окончания беременности, все пациентки были разделены на группы: 1 группа – 67 женщин с физиологической беременностью, 2 группа – 18 беременных с «чистым» гестозом, 3 группа – 19 беременных с сочетанным гестозом.

Данные статистического анализа по антропометрическим данным обследованных пациентов представлены в таблице.

В структуре гинекологических заболеваний в группе «чистого» гестоза преобладали воспалительные заболевания органов малого таза (47,6 %) и доброка-

чественные заболевания шейки матки (20,1 %), в группе сочетанного гестоза – фоновые заболевания шейки матки (24,2 %), воспалительные заболевания органов малого таза (41,2 %), миома матки (10,2 %) и доброкачественные образования яичников (5,9 %). В 3 группе частота самопроизвольных выкидышей была выше в сравнении с 1 и 2 группой ($p < 0,05$).

В структуре экстрагенитальных заболеваний в 1 и во 2 группе преобладали заболевания ЖКТ (38,8 %), в группе сочетанного гестоза – патология сердечно-сосудистой (57 %), мочевыделительной (42 %) систем. При анализе особенностей течения настоящей беременности фетоплацентарная недостаточность и угроза прерывания беременности достоверно чаще выявлены в 3 группе (47,8 %).

Обсуждение

Актуальность изучения проблемы гестоза обусловлена высоким уровнем перинатальной и материнской заболеваемости и смертности [3, 9]. Перинатальная смертность при гестозе в России в 3–4 раза превышает популяционную и составляет 18–30 %, перинатальная заболеваемость – 64–78 % [10].

Высокая частота перенесенных воспалительных заболеваний гениталий большинством исследователей рассматривается в качестве фактора, провоцирующего формирование первичной плацентарной

Таблица. Антропометрические показатели обследованных женщин			
	Группы	п, чел.	ИМТ, кг/м ²
1	Здоровые (контрольная)	67	$19,89 \pm 2,7$
2	«Чистый» гестоз	18	$20,58 \pm 3,1$
3	Сочетанный гестоз	19	$26,61 \pm 1,9^*$

Примечание: * ($p < 0,05$) – достоверные отличия от 1 и 2 групп

недостаточности. Воспалительные заболевания органов малого таза обуславливают как обратимые, так и необратимые морфологические изменения в структуре эндометрия. Отягощённый соматический анамнез у беременных создаёт неблагоприятный преморбидный фон и обуславливает различные акушерские осложнения.

Литература

1. Супряга О.М. Гипертензивные состояния беременных: клинико-эпидемиологическое исследование. // Дисс. док-ра мед. наук. М.: 1997. С. 328.
2. Макаров О.В. Артериальная гипертензия у беременных. Только ли гестоз? М.: ГЭОТАР-Медиа. 2006. 176 с.
3. Сидорова И.С., Макарова И.О. Оценка степени тяжести гестозов (по данным литературы). // Акушерство и гинекология 2008. № 3 С. 40–42.
4. Савельева Г.М. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии. М., 2006. С. 159–161.
5. Шалина Р.И. Гестоз – современное состояние вопроса. Акуш и гин. 2007, № 5 с. 27–32.
6. Sibai B.M. Maternal and uteroplacental hemodynamics for the classification and prediction of preeclampsia. // Hypertension 2008. Vol. 52. P. 805–806.
7. Elvan-Taspinar A., Franx A., Bots M. Arterial stiffness and fetal growth in normotensive pregnancy. // Am. J. Hypertens. 2005. Vol. 18. P. 337–341.
8. Kaihura C., Sawidou M.D., Anderson J.M. et al. Maternal arterial stiffness in pregnancies affected by preeclampsia. // Am. J. Physiol. Heart Circ. Physiol. 2009. Vol. 297. N 2. P. 759–64.
9. Радзинский В.Е., Смально П.Я. Биохимия плацентарной недостаточности. М. Издательство РУДН. 2001. 276 с.
10. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 1056 с.

Clinical and gynecological characteristics of pregnancy-associated gestosis

A.F. Safarova¹, Zh.G. Tigay¹, V.P. Efimova², V.A. Kicheeva¹, Zh.D. Kobalava¹

¹Peoples' Friendship University of Russia

117198, Moscow, st. Maclay, 6,

²City Clinical Hospital № 64,

117292, Moscow, Vavilova, 61

In the present study examined clinical and anamnestic risk factors for pregnancy complicated by a pregnancy-associated gestosis in 104 women in various stages of pregnancy.

Keywords: pregnancy-associated gestosis, clinical and anamnestic factors

Компания Abbott представила данные о пятилетнем применении препарата Хумира® (адалимумаб) при анкилозирующем спондилите

Результаты долгосрочного открытого расширенного периода исследования ATLAS, представленные на конгрессе Американской коллегии ревматологии (ACR), демонстрируют эффективность препарата Хумира® в отношении признаков и симптомов, а также прочих показателей активности заболевания среди пациентов с активной формой анкилозирующего спондилита

В ноябре 2011 г. компания Abbott объявила о результатах открытого расширенного периода исследования ATLAS за пятилетний период, в ходе которого оценивался долгосрочный эффект лечения препаратом Хумира® (адалимумаб) на активность заболевания, включая подвижность позвоночника, у пациентов с активной формой анкилозирующего спондилита (АС). Динамику активности заболевания оценивали в течение пяти лет. Результаты исследования показывают, что средняя оценка индекса активности анкилозирующего спондилита (BASDAI) в начале исследования и через пять лет составила 6,0 (+/-2,0) и 1,8 (+/-1,9) соответственно. У пациентов, получавших Хумира® в открытом продлённом периоде исследования, в течение пятого года исследования, также наблюдалось улучшение подвижности позвоночника и качества жизни.

ATLAS (Adalimumab Trial Evaluating Long-Term Safety and Efficacy for Ankylosing Spondylitis – Исследование по оценке долгосрочной безопасности и

эффективности лечения адалимумабом анкилозирующего спондилита) – это одно из первых исследований ингибиторов фактора некроза опухоли (ФНО), проводимое с целью оценки данных об эффективности и безопасности лечения АС в течение 5 лет.

В рамках исследования ATLAS пациенты с активной формой АС были рандомизированы либо в группу лечения препаратом Хумира® в дозировке 40 мг 1 раз в 2 недели, либо в группу, которая принимала плацебо на протяжении 24 недель. После этого следовал дополнительный открытый продлённый период продолжительностью до 5 лет. В этот период пациентам можно было изменить схему приёма и принимать препарат каждую неделю. 30 (24 %) из 125 пациентов, которые завершили весь 5-летний период лечения препаратом Хумира®, принимали его еженедельно. Рекомендуемая доза препарата Хумира® для лечения АС составляет 40 мг 1 раз в 2 недели. Препарат вводится подкожно.