

УДК 618.3-06:616.8-009.24:615.357

ГОРМОНАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА РАННИХ СРОКОВ ГЕСТАЦИИ — НЕОЖИДАННЫЙ БАРЬЕР ДЛЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ?

Г.К. Садыкова, Б.Е. Гребенкин, Л.М. Семягина, М.А. Мельникова, В.С. Заплатина,

ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия»

Садыкова Гульнара Камильевна – e-mail: gulnara-sadykova@mail.ru

Тяжелый гестоз является актуальной проблемой современного акушерства. Целью исследования является разработка новых профилактических мероприятий развития тяжелого гестоза. Предложена схема гормональной поддержки ранних сроков беременности путем назначения эстрадиола и препаратов прогестерона в ранние сроки беременности, что, возможно, является протективным фактором эндотелиальной системы, способствует предупреждению гестоза.

Ключевые слова: тяжелый гестоз, невынашивание беременности, гормональная терапия.

Preeclampsia is an actual problem of modern obstetrics. A research objective is working out of new preventive actions of development preeclampsia. The scheme of hormonal support of early terms of pregnancy by appointment estradiol and progesterone preparations in early terms of pregnancy is offered that, probably, is the protective factor endothelial systems, promotes the prevention preeclampsia.

Key words: preeclampsia, interruption of pregnancy, hormonal therapy.

Введение

Гестоз продолжает оставаться загадкой человечества. Частота его по-прежнему остается высокой (9–22%), не имея тенденции к снижению, что связано с низким индексом здоровья беременных женщин, высокой частотой экстрагенитальной патологии (до 89–91%), наличием стрессов, вызванных современными социально-экономическими условиями, которые усиливают дезадаптацию в организме женщины в процессе развития беременности [1, 2, 3, 4]. Патогенез гестоза до настоящего времени окончательно не изучен. Однако, по мнению большинства исследователей [5, 6, 7, 8] этой проблемы, гестоз – это не самостоятельное заболевание, а синдром, обусловленный несоответствием возможностей адаптационных систем организма матери адекватно обеспечивать потребности развивающегося плода, нередко приводящий к развитию тяжелых осложнений как у матери, так и у ребенка. Реальный путь снижения гестоза – профилактика и ранняя доклиническая диагностика этого грозного осложнения беременности. Первичная профилактика возможна

лишь тогда, когда известна и может быть устранена ведущая причина заболевания. Ввиду отсутствия в настоящее время цельного представления об этиологии гестоза, а также патологических механизмов развития данного осложнения только у беременных женщин, первичная этиопатологическая профилактика указанной патологии затруднена. Эта проблема может быть решена только после выяснения основной причины развития гестоза. Поэтому в современных условиях актуальной задачей акушерской службы является совершенствование методов профилактики гестоза у беременных групп высокого риска с учетом многочисленных звеньев патогенеза данного осложнения беременности. Следует отметить, что проведение стандартных лечебно-профилактических мероприятий, к сожалению, не всегда оказывается успешным, что, вероятно, связано с недооценкой общего состояния больных, степени тяжести гестоза и патологических процессов, происходящих в системе «мать – плацента – плод».

Далеко не всегда можно прогнозировать исходы гестоза

для матери и плода в связи с частым несоответствием степени выраженности клинических проявлений и изменениями в жизненно важных органах. Актуальность проблемы обусловлена также серьезными последствиями гестоза. У большинства женщин, перенесших это заболевание, формируется хроническое нарушение функции почек, печени, легких, мозга, гипертоническая болезнь, метаболические расстройства, аутоиммунная агрессия и др.

Для предупреждения тяжелых последствий гестоза важна действенная профилактика и ранняя диагностика начальных проявлений этого осложнения беременности. Общеизвестно, что чем раньше начаты лечебно-профилактические мероприятия, тем они более эффективны.

Общеизвестным является тот факт, что одним из патогенетических звеньев в развитии тяжелого гестоза является в том числе первичная плацентарная недостаточность, развивающаяся вследствие неполноценности первой волны инвазии трофобласта. Таким образом, формируется так называемый «неполноценный» эндометрий, являющийся субстратом для развития многих осложнений, в том числе и невынашивания беременности. Таким образом, выявляется общность в процессах развития тяжелого гестоза и «невынашивания» беременности.

Цель исследования – изучить возможности применения гормональной терапии в ранние сроки беременности с целью профилактики тяжелых форм гестоза.

Материалы и методы

Работа выполнена на базе гинекологического отделения (ГУЗ «Ордена «Знак почета» Пермская краевая клиническая больница») кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ГОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава». В работе были использованы общеклинические, лабораторные исследования, методы функциональной диагностики, а также методы статистики.

Основную группу составили 76 пациенток, у которых в анамнезе отмечались самопроизвольные выкидыши в сроке до 12 недель беременности. Начиная с третьей недели беременности эти пациентки получали гормональную терапию по следующей схеме: эстрадиол в дозировке 0,05 мг ежедневно до 10-й недели беременности и препарат прогестерона (дидрогестерон) в дозировке 30 мг ежедневно до 14-й недели беременности (приоритетная справка на получение патента «Способ профилактики гестоза» № 2010122941 от 04.06.2010).

Группу сравнения составили 50 беременных с отягощенным акушерским анамнезом (привычное невынашивание), получающих стандартную профилактическую терапию препаратами прогестерона.

Критерием исключения послужили инфекционные, аутоиммунные, социально-средовые причины невынашивания. Критерием включения явились эндокринные причины (эндогенный дефицит прогестерона).

Контрольную группу составили 20 женщин (слепая выборка).

Наблюдение проводилось в течение 7 лет.

Цифровой материал, полученный в результате исследования, был обработан методом вариационной статистики с применением компьютерных программ «Statistica», «Microsoft Excel». Для анализа динамики изменений и сравнения показателей в вариационных рядах вычисляли среднюю арифметическую величину (M) и стандартную ошибку

средней арифметической (m). Определение показателя существенной разницы между двумя средними арифметическими и их стандартными ошибками проводили по критерию Стьюдента (t). Разница считалась достоверной при уровне значимости $p < 0,05$, то есть когда вероятность различия была более 95%.

Результаты и их обсуждение

При изучении акушерского анамнеза было определено, что средний показатель паритета в исследуемых группах был $2,24 \pm 0,44$, $2,12 \pm 0,51$, $2,09 \pm 0,49$ (соответственно в основной, группе сравнения и контрольной группе), т. е. достоверной разницы в исследуемых группах выявлено не было. В структуре акушерского паритета особое внимание обращали на наличие в анамнезе тяжелых форм гестоза. Были получены следующие данные: тяжелая преэклампсия в анамнезе отмечалась у 14 (18,4%) пациенток основной группы, у 5 (10%) группы сравнения и у 1 (5%) контрольной группы.

В структуре перенесенных гинекологических заболеваний у обследованных пациенток лидировала патология шейки матки (цервицит) – 52,94%, 35,29% и 56,52% соответственно. Структура соматической патологии у женщин исследуемых групп также была сопоставимой.

В 100% случаев во всех группах беременность была сохранена до срока гестации 28 недель (т. е. беременность закончилась родами). Из них беременность закончилась в срок, доношенным плодом у 71 (93%) пациентки основной группы, у 35 (74%) пациенток группы сравнения и всех (20) пациенток (100%) контрольной группы. Необходимо отметить, что все беременности закончились в сроке гестации более 32 недель, т. е. роды произошли жизнеспособными плодами. По причине дородового излития околоплодных вод роды закончились преждевременно у 5 (6,5%) женщин основной группы, у 3 (6%) – группы сравнения. У 2 (4%) пациенток группы сравнения преждевременные роды произошли по причине отслойки нормально расположенной плаценты (родоразрешение путем экстренного кесарева сечения). Характеристика новорожденных по шкале Апгар – $8,7 \pm 0,45$ баллов в основной группе, $6,3 \pm 0,51$ баллов в группе сравнения и $8,8 \pm 0,41$ баллов в контрольной группе.

При анализе течения настоящей беременности обратил на себя внимание факт, что у всех пациенток, получивших гормональную поддержку, не были отмечены тяжелые формы гестоза. Наблюдались следующие осложнения беременности: отеки, вызванные беременностью, – соответственно у 13 (17%), 15 (30%), 6 (30%) пациенток основной, группы сравнения и контрольной группы; артериальная гипертония, вызванная беременностью, – у 7 (9,2%), 5 (10%) и 2 (10%) пациенток; преэклампсия средней степени тяжести – у 3 (3,9%), 3 (6%) и 1 (5%) пациентки.

При оценке гематологических данных важно отметить уровень тромбоцитов как важнейшего звена в системе гемостаза, а также критерия тяжелого гестоза: $178 \pm 12,02$ тыс./мкл, $154 \pm 9,3$ тыс./мкл и $183,96 \pm 8,25$ тыс./мкл. Полученные результаты показали отсутствие выраженной тромбоцитопении (менее 150 тыс./мкл) во всех группах, однако самый низкий уровень тромбоцитов $154 \pm 9,3$ тыс./мкл наблюдался у пациенток из группы сравнения. Также проводилась оценка времени свертывания крови по Сухареву, были получены следующие данные: $5,32 \pm 0,32$ сек. в основной группе, $6,09 \pm 0,18$ сек. в группе сравнения и $6,13 \pm 0,12$ сек. в кон-

трольной группе. Таким образом, выраженных нарушений реологических свойств крови у обследуемых пациенток также выявлено не было.

При анализе кровопотери в родах через естественные родовые пути также достоверной разницы между группами выявлено не было ($p > 0,05$). Средние показатели кровопотери в родах составили соответственно $237 \pm 10,12$ мл, $213 \pm 11,02$ мл и $189 \pm 10,18$ мл соответственно. При родоразрешении путем кесарева сечения была выявлена схожая картина: $546 \pm 13,01$ мл, $785 \pm 12,98$ мл и $608 \pm 13,83$ мл соответственно.

Выводы

1. Назначение эстрадиола в ранние сроки беременности, возможно, является протективным фактором эндотелиальной системы, способствует предупреждению гестоза.

2. Гормональная поддержка в ранних сроках беременности не меняет количественный потенциал тромбоцитов, не влияет на показатель «время свертывания крови», не увеличивает объем кровопотери при родоразрешении.

3. Результаты исследования представляют несомненный интерес, но требуют дальнейшего изучения, уточнения отдельных позиций.



ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство: Справочник Калифорнийского университета. /Под ред. К. Нисвандера, А. Эванса. М.: Практика, 1999. 703 с.
2. Ариас Ф. Беременность и роды высокого риска. М.: Медицина, 1989. 685 с.
3. Герасимович Г.И. Поздний гестоз беременных. Медицинские новости. 2000. № 4. С. 3-16.
4. Клинические лекции по акушерству и гинекологии. /Под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. М.: Медицина, 2000. 379 с.
5. Абрамченко В.В. Активное ведение родов. С.-Пб.: Специальная литература, 1999. 667 с.
6. Акушерско-гинекологическая помощь. /Под ред. В.И. Кулакова. М.: Медпресс, 2000. 512 с.
7. Савельева Г.М., Кулаков В.И., Серов В.И. и др. Современные подходы к диагностике, профилактике и лечению гестоза: Методические рекомендации. М. 1999. 27 с.
8. Сидорова И.С. Гестоз. М.: Медицина, 2003. 415 с.