

И.Б. Фаткуллина

ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ СОМАТОТИПА БЕРЕМЕННОЙ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ**Бурятский государственный университет, Улан-Удэ
ГУЗ Республиканский перинатальный центр, Улан-Удэ**

При проведении дифференциальной диагностики артериальной гипертензии во время беременности помимо традиционных критериев, таких как показатели протеинурии, оценка содержания тромбоцитов, маркеров цитолиза, необходимо учитывать соматотип беременной, так, более высокие ростовые показатели характерны для беременных с хронической артериальной гипертензией. Индекс массы тела выше при наличии преэклампсии.

Ключевые слова: беременность, преэклампсия, хроническая артериальная гипертензия, рост, вес

THE ESTIMATION OF SOMATOTYPE OF A PREGNANT WOMAN IN DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF PREECLAMPSY

I.B. Fatkullina

**Buryat State University, Ulan-Ude
Republican Perinatal Center, Ulan-Ude**

While carrying out differential diagnostics of an arterial hypertension at pregnancy besides traditional criteria, such as proteinuria indicators, an estimation of the maintenance of thrombocytes, cytolytic markers, it is necessary to consider somatotype of the pregnant woman so, higher indicators are characteristics for pregnant women with a chronic arterial hypertension. An index of mass of a body is above in cases with the presence of a preeclampsia.

Key words: pregnancy, preeclampsy, chronic arterial hypertension, height, weight

АКТУАЛЬНОСТЬ

Согласно Докладу Рабочей группы Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) по высокому артериальному давлению при беременности, Москва, 2007, дифференциальный диагноз между хронической артериальной гипертензией и преэклампсией крайне важен, т. к. позволяет решить вопрос относительно времени госпитализации и тактики родов.

Наличие гипертензии до зачатия или до 20 недели гестации склоняет чашу весов в сторону хронической гипертензии (эссенциальной или вторичной) [1]. Высокий уровень АД в середине беременности (20 – 28 недель) может быть обусловлен развитием преэклампсии, преходящей гипертензией или нераспознанной хронической гипертензией. Хроническая гипертензия в начале беременности может не диагностироваться, если она не была выявлена до наступления беременности, т. к. в первом триместре беременности наблюдается физиологическое снижение АД. При этом АД может быть диагностирована позже: при физиологическом подъеме артериального давления в третьем триместре или при присоединении преэклампсии [2].

У беременных с преэклампсией АД повышается после 20 недели гестации, определяется протеинурия. Характерно выявление гемоконцентрации (повышение уровня гемоглобина и гематокрита), реже выявляется тромбоцитопения. Патологические изменения в биохимическом анализе крови возникают обычно при тяжелом течении преэклампсии. При появлении протеинурии, первоначально

снижается концентрация альбумина, впоследствии — концентрация общего белка.

В клинической практике разграничение преэклампсии (ПЭ), хронической артериальной гипертензии (ХАГ) строится на основании сбора анамнеза, т. е. когда впервые возникла артериальная гипертензия — до беременности или после 20 недель. Однако не все пациентки измеряли АД до беременности, т. к. большинство беременных являются молодыми женщинами. Важным в диагностике является динамика артериального давления, а также показатели суточного мониторирования артериального давления. Диагноз присоединения преэклампсии к ХАГ наиболее вероятен при неожиданном нарастании АД и протеинурии, а также в диагностике преэклампсии имеют значение и другие симптомы — тромбоцитопения, повышение гематокрита, печеночных трансаминаз крови, что нехарактерно для ХАГ без поражения органов-мишеней.

Соматическая конституция беременной может влиять на течение беременности и родов. Конституционный тип генетически детерминирован, зависит от национальности, характеризуется уровнем и особенностями обмена веществ, склонностью к определенным заболеваниям. Параметры роста беременной влияют на гемодинамику, внутриматочное кровообращение, внутриутробное состояние плода [3, 5, 6].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

На базе ГУЗ Республиканский перинатальный центр г. Улан-Удэ, республика Бурятия, в отделе-

нии патологии беременности проведен сплошной ретроспективный анализ течения беременности и родов на фоне преэклампсии и хронической артериальной гипертензии, проанализировано 856 историй родов за период 2004 – 2005 гг.

Женщины были разделены на 2 группы, в зависимости от национальной принадлежности, которые в свою очередь, подразделены на 3 подгруппы: неосложненное течение беременности – контрольная группа, беременные с преэклампсией и беременные с хронической артериальной гипертензией. Статистическая обработка проведена с использованием пакета Statistica 6,0. Полученные данные обработаны с использованием критерия Уилкоксона – Манна – Уитни, а также проведен дискриминантный анализ вариационных рядов для выявления наиболее информативных дифференциально-диагностических критериев.

Нами проведена оценка весо-ростовых показателей у беременных с преэклампсией и хронической артериальной гипертензией при взятии на учет по беременности (табл. 1).

Оказалось, что вес женщин в двух сравниваемых парах достоверно не отличался, хотя и в группе бурят и в группе русских при преэклампсии вес был выше, чем при ХАГ. При оценке роста выявлено, что беременные с ХАГ достоверно выше, чем женщины с преэклампсией как у бурят, так и русских: у бурят $160,4 \pm 3,5$ против $166,8 \pm 8,2$, у русских $162,1 \pm 3,8$ против $168,7 \pm 7,5$.

Индекс массы тела (ИМТ) в сравниваемых группах был следующим: в группе контроля у буряток – 25,3, у русских – 22,4, в группе преэклампсии у буряток – 28,4, у русских – 30,3, в группе с ХАГ у буряток – 25,6, у русских – 26,5, т. е. наибольшим индекс массы тела был у беременных с преэклампсией как бурятской, так и русской национальности. ИМТ при ХАГ практически не отличался от группы контроля.

Общепризнанным симптомом развития преэклампсии является патологическая прибавка веса за беременность [1]. По полученным нами данным также общая прибавка массы тела за беременность

была больше в группе беременных с преэклампсией и составила в группе русских женщин $12,6 \pm 4,5$ против $10,6 \pm 2,2$ при ХАГ, в группе буряток $12,53$ против $11,6$. Прибавка веса в группе женщин с ХАГ достоверно не отличалась от контрольной группы (табл. 2).

При проведении дискриминантного анализа группы ПЭ и ХАГ к одному из наиболее информативных показателей различия между этими группами относится рост, т. е. можно предположить, что наличие высокого роста у беременной с гипертензией в совокупности с клинико-лабораторными данными позволяет отнести ее к беременным с хронической артериальной гипертензией (F-включения $15,4, p = 0,0001$).

Также из представленной таблицы 1 видно, что вес и рост (особенно рост) у беременных буряток меньше во всех сравниваемых группах – контроля, преэклампсии и ХАГ, чем у беременных русской национальности. Этот факт вероятно связан с национальной принадлежностью.

ОБСУЖДЕНИЕ

Общепризнанной частью характеристики здоровья считается оценка антропометрических данных, т. к. от данных параметров зависит функциональное состояние органов и систем организма в целом. Макросоматотип может свидетельствовать о внутрисемейной отягощенности гипертонической болезнью, предрасположенности к артериальной гипертензии [2, 4]. Полученные нами результаты – высокие ростовые показатели у беременных с хронической артериальной гипертензией, по сравнению с преэклампсией, можно использовать в комплексе с другими клинико-лабораторными критериями для проведения дифференциальной диагностики преэклампсии и хронической артериальной гипертензии и выбора акушерской тактики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баиров С.Б. Оптимизация тактики ведения беременных с различными формами артериальной

Таблица 1

Вес и рост женщины при постановке на учет

Параметры	Бурятки			Русские		
	Контроль, n = 30	ПЭ, n = 220	ХАГ, n = 107	Контроль, n = 37	ПЭ, n = 298	ХАГ, n = 164
Вес, кг	$65,18 \pm 7,3$	$73,2 \pm 13,5^*$	$70,52 \pm 18,9$	$62,2 \pm 7,8$	$79,5 \pm 18,9^*$	$75 \pm 18,2$
Рост, см	$160,0 \pm 2,8$	$160,5 \pm 3,5^{**}$	$166,8 \pm 8,2$	$167,9 \pm 5,6$	$162,14 \pm 3,8^{**}$	$168,7 \pm 7,5$

Примечание: * – достоверность различий с контролем; ** – достоверность различий между ПЭ и ХАГ.

Таблица 2

Общая прибавка веса за беременность

Параметры	Бурятки			Русские		
	Контроль	ПЭ	ХАГ	Контроль	ПЭ	ХАГ
Общая прибавка веса, кг	$12,1 \pm 3,06$	$12,53 \pm 4,3$	$11,6 \pm 2,6^{**}$	$10,5 \pm 3,5$	$12,6 \pm 4,5^*$	$10,6 \pm 2,2^{**}$

Примечание: * – достоверность различий с контролем; ** – достоверность различий между ПЭ и ХАГ.

гипертензии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.Б. Баиров. — М., 2008. — 30 с.

2. Павлов Л.К. Особенности течения беременности у женщин с наследственной предрасположенностью к артериальной гипертензии / Л.К. Павлов, Б.Ф. Хурасев // Росс. Вест. Акуш.-гин. — 2005. — № 2. — С. 31 — 33.

3. Радзинский В.Е. Проблемы гестоза и подходы к их решению / В.Е. Радзинский, Т.В. Галина // Казанский медицинский журнал. — 2007. — Т. 88. № 3. — С. 114 — 117.

4. Способ дифференциальной диагностики повышенного артериального давления и ранней диагностики артериальной гипертензии у подростков

/ Б.Н. Яковлев, С.Ф. Гнусаев, Д.А. Иванов; Патент РФ № 2242918 (13)с1 от 25.11.2003.

5. Шатрова О.В. Особенности внутриутробного развития и функционального состояния плода у женщин различных соматотипов: Дис. ... канд. мед. наук / О.В. Шатрова. — Красноярск, 2004. — 156 с.

6. Яковлева О.В. Анализ факторов, предрасполагающих к возникновению угрозы прерывания беременности у женщин первого периода зрелого возраста со сроком гестации 22 — 27 недель различных соматотипов / О.В. Яковлева // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2008. — № 4. — С. 32 — 35.

Сведения об авторе

Фаткуллина Ирина Борисовна — к.м.н., зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом педиатрии ГОУ ВПО Бурятский государственный университет, заместитель главного врача ГУЗ Республиканский перинатальный центр г.Улан-Удэ. Адрес: 670042, г. Улан-Удэ, ул. Мокрова, 42, кв.61, тел. 89246524518, e-mail: fib1971@mail.ru