

6. Иванян А.Н., Крюковский С.Б., Гордиловская А.П. Современные аспекты патогенеза, клинических проявлений и диагностики гестоза // Вестник Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. - 1998. - №3. - С. 104-110.

7. Макаров Л.М. Холтеровское мониторирование. - М., 2003. - 164 с.

8. Мурашко Л.Е., Губарева М.С., Бадоева З.Т. и др. Значение суточного мониторинга артериального давления в оценке степени тяжести гестоза // Акушерство и гинекология. - 2005. - №3. - С. 17-18.

9. Михалевич И.С., Рожкова Н.Ю. Основы прикладной статистики: мет. рек. - Иркутск: ИГИУВ, 2006. - 90 с.

10. Рунихина Н.К., Попова Л.В., Николаев Н.Н. Изменение суточного ритма артериального давления у беременных с гестозом // Рос. нац. конгресс кардиологов: тез. докл. - М., 2000. - С. 255.

11. Сухих Г.Т., Вихляева Е.М., Холин А.М. Преэклампсия в анамнезе — фактор последующего материнского сердечно-сосудистого риска // Тер. архив. - 2009. - №10. - С. 5-9.

12. Шехтман М.М. Рук-во по экстрагенитальной патологии у беременных. - М.: Триада-Х, 1999. - 814 с.

13. Шифман Е.М. Преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром. - Петрозаводск: ИнтелТек, 2002. - 429 с.

14. Bendetto C., Valersise H., Marozio L. et al. A two-stage screening test for pregnancy induced hypertension and preeclampsia // Obstet Gynecol. - 1998. - Vol. 92. - P. 1005-1011.

15. Bendetto C., Valersise H., Marozio L. et al. Doppler ultrasound and 24-hour blood pressure identified women at risk for hypertension or preeclampsia // Evidence-based obstetrics and gynecology. - 1999. - Vol. 1. - P. 104.

Координаты для связи с авторами: Фаткуллина Ирина Борисовна — докторант кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ИГМУ, зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом педиатрии БГУ, тел.: 8-924-652-45-18, e-mail: fib1971@mail.ru; Протопопова Наталья Владимировна — доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета ИГМУ; Алексеева Лилия Лазаревна — докторант кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ИГМУ, врач отделения патологии беременных Республиканского перинатального центра, г. Улан-Удэ.



УДК 618.291 : 616 - 053.1 - 007.12] : 616 - 003.96

В.Л. Стрельцова

ОЦЕНКА УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ С СИНДРОМОМ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА С ПОЗИЦИЙ ТЕОРИИ АДАПТАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ ОРГАНИЗМА

*Владивостокский государственный медицинский университет,
680002, пр. Острякова, 2, тел.: 8-(4232)-27-26-87, г. Владивосток*

Современная концепция ведения родов имеет выраженный перинатальный акцент, т.е. направлена не только на обеспечение безопасного материнства, но и рождение здорового ребенка [5, 7, 10].

Синдром задержки развития плода (СЗРП) — одна из причин перинатальной заболеваемости и смертности. По данным ВОЗ, число детей со СЗРП колеблется от 31,1% в Центральной Азии до 6,5% в развитых странах Европы, в США у 10-15% младенцев этой группы имеется выраженная интранатальная гипоксия. В РФ СЗРП встречается в 2,4-17%. В группе недоношенных детей доля СЗРП составляет 30,1%. Дети с СЗРП в дальнейшем отстают в физическом развитии в 60%, дисгармонично развиваются в 80%, задержка психомоторного развития имеет место в 42%, в том числе стойкие тяжелые поражения ЦНС отмечаются в 12% случаев [2, 3, 11].

Открытие Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакиной и М.А. Уколовой (1978, 1990) неспецифических адаптационных реакций на действие раздражителей слабой и средней силы — реакции тренировки и активации явилось поистине революционным скачком в осмыслении многих патологических процессов, до сих пор не нашедших применения в акушерско-гинекологической практике [4-6, 8, 9]. Впервые СЗРП рассматривается с позиций теории адаптационных реакций.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ историй родов 1374 женщин. Из них выделена основная исследуемая группа женщин, беременность которых осложнилась СЗРП 2-3 степени (107 чел.). Отдельно была выделена группа женщин с СЗРП, роды которых протекали на

фоне чрезмерно сильной родовой деятельности (ЧСРД) — группа «СЗРП/ЧСРД» — 32 женщины. Сравнение данных группы «СЗРП» проводилось как с контрольной группой «КГ» женщин (170 чел.), так и с группой женщин (31 случай), беременность которых закончилась перинатальной смертью в результате декомпенсированной плацентарной недостаточности, — группа «ПС». КГ была сформирована в соответствии с определением ВОЗ «нормальных родов».

Проводилась оценка адаптационного состояния: типа адаптационной реакции (АР), уровня реактивности (УР) и уровня здоровья (УЗ) женщин в баллах во время беременности с применением компьютерной программы «Антистресс». Лейкоцитарная формула — это сигнальный показатель АР и критерий синхронизированности состояний. Наличие признаков напряженности говорит о десинхронизации организма [1, 6].

По результатам этой оценки был рассчитан средний УЗ женщин, соответствующий тому или иному типу АР, УР и УЗ [1]. УР делился на высокий (ВУР или А), средний (СУР или В), низкий (НУР или С) и очень низкий (ОНУР или D). В итоге было выявлено 18 вариантов состояния: реакция тренировки (РТ) — А, В, С, D; реакция спокойной активации (РСА) — А, В, С, D; реакция повышенной активации (РПА) — А, В, С, D; реакция стресса (РС) — А, В, С, D; реакция переактивации (РП) — С, D.

Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакина (1998) выделили четыре категории состояния адаптационных механизмов соответственно типам АР и УР: 1) «Здоровье» - РТ-А; РСА-А; РПА-А, В — общее состояние отличное и хорошее, УЗ соответствует 1600-5000 баллам; 2) «Донозологическое состояние» — РТ-В; РСА-В; РПА-С — общее состояние удовлетворительное, УЗ соответствует 900-1600 баллам; 3) «Предболезнь» — РСА-С, D; РПА-D; РС-А, В; РП-С, РТ-С — легкое или умеренное нарушение здоровья, УЗ соответствует 300-800 баллам; 4) «Болезнь» — РТ-D; РС-С, D; РП-D — значительное нарушение здоровья, УЗ соответствует 10-200 баллам [1].

Результаты исследования и обсуждение

Нормальное течение беременности с позиций теории АР отражено в графике и уравнении линейного тренда «КГ» (рис. 1). В сроке 6-8 нед. при среднем УЗ 983±122 балла происходит адаптация женского организма к беременности. При этом у большинства женщин отмечалась

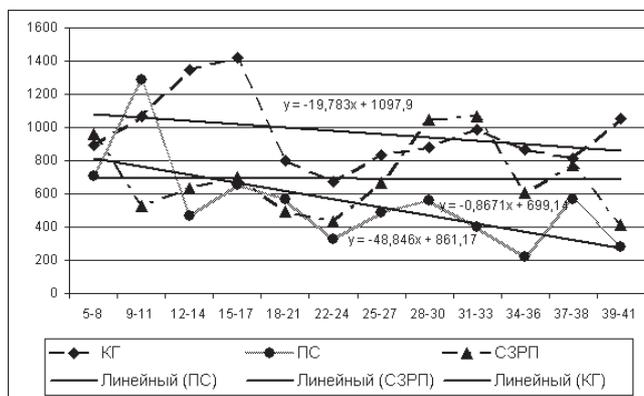


Рис. 1. Линии тренда УЗ во время беременности групп женщин с СЗРП, контрольной группы и женщин с перинатальной смертью плода

Проведен ретроспективный анализ историй родов группы женщин с синдромом задержки роста плода (107 случаев) в сравнении с контрольной группой (170 женщин). С позиций теории адаптационных реакций Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакиной и М.А. Уколовой (1978, 1990) проводилась оценка адаптационного состояния: типа адаптационной реакции, уровня реактивности и уровня здоровья в баллах — женщин контрольной и исследуемой групп во время беременности с применением авторской компьютерной программы «Антистресс». Использовалась лейкоцитарная формула как сигнальный показатель адаптационной реакции и критерий синхронизированности состояний. Полученные результаты выявили достоверную зависимость между уровнем здоровья во время беременности и частотой развития синдрома задержки развития плода, что позволяет прогнозировать данную патологию и своевременно корригировать ее.

Ключевые слова: адаптационные реакции, реакция тренировки, реакция активации, реакция стресса, уровень реактивности, синдром задержки роста плода, уровень здоровья.

V.L. Streltsova

THE HEALTH STATUS ASSESSMENT OF WOMEN DURING PREGNANCY WITH FETAL GROWTH RETARDATION BASED ON THE ADAPTIVE REACTIONS THEORY

Vladivostok State Medical University, Vladivostok

Summary

The retrospective analysis of medical histories of the women whose pregnancy were complicated by fetal growth retardation was carried out (107 women). Comparison was made with the control group (170 women). From the position of adaptive reactions theory by L.H. Garkavi, E.B. Kvakinoy and M.A. Ukolovoj (1978, 1990) the assessment of the adaptation condition was carried out: evaluating type of adaptive reaction, level of reactivity and level of health in points for women during pregnancy using the author's computer software «Antistress». A leukocyte formula was used as an alarm indicator of adaptive reaction and criteria of the conditions synchronization. The received results have revealed authentic correlation between health status before labor and frequency of the fetal growth retardation that allows predicting this pathology and its timely preventing.

Key words: adaptation reaction, reaction of training, reaction of activation, stress reaction, reactivity level, perinatal fetal death, fetal growth retardation health status.

тошнота с однократными случаями рвоты беременных. Затем к 15-21 нед. беременности отмечен подъем среднего УЗ до 1419±320 баллов, но к концу второго триместра в «КГ» средний УЗ снижался до 675±138 баллов, а затем медленно, но постоянно к концу беременности увеличивался до среднего значения 1052±125 баллов. Этот подъем, как показывают все проведенные нами исследования, необходим для оптимальной организации всех систем организма к родам (рис. 1).

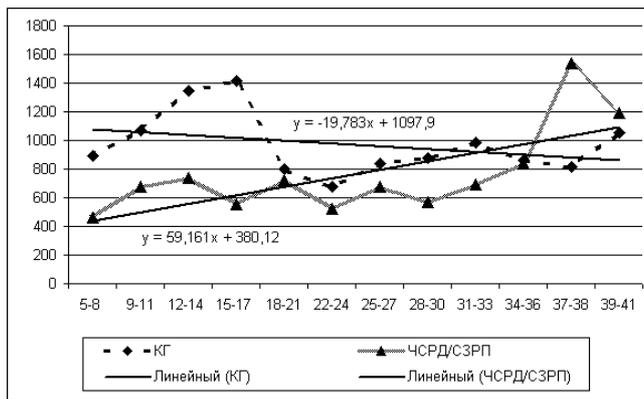


Рис. 2. Линии тренда УЗ контрольной группы и группы женщин «СЗРП/ЧСРД» во время беременности

В группе «СЗРП» УЗ снижается в первом и во втором триместре беременности, когда формируются органы и системы, незначительно повышается УЗ в 28-33 нед., затем опять происходит снижение УЗ до 413 ± 31 балл к 39-41 нед. беременности. Линия линейного тренда располагается практически горизонтально за счет суммирования этих «минусов» и «плюсов» (рис. 1). В сроке от 9 до 24 нед. отмечается значительное снижение УЗ в отличие от УЗ КГ, где в эти сроки происходит подъем; максимальная разница УЗ при этом достигает 700 баллов (рис. 1). Именно во втором триместре беременности формируется СЗРП в большей степени, что подтверждается литературными данными [4, 11].

Линия тренда УЗ женщин исследуемой группы «ПС» имеет вид постоянно снижающейся линии ($k=-48,8$) со стабильным отставанием от линии тренда КГ примерно на 200 баллов в начале беременности и почти на 800 баллов к концу ее (рис. 1) ($p<0,01$).

Таким образом, в группе «ПС» имело место постоянное прогрессивное ухудшение здоровья женщин, которое реализуется в гибели плода во время беременности или в родах. Рассчитан коэффициент корреляции ($r=-0,89$), который отражает сильную обратную связь между УЗ и показателем смертности: чем ниже УЗ в течение беременности, а особенно накануне родов, тем выше вероятность гибели плода.

Отдельно рассмотрена группа женщин «СЗРП/ЧСРД», которые имели тренд УЗ от 460 ± 41 балл на первых неделях беременности до 1535-1195 баллов перед родами с положительным коэффициентом в уравнении линейного тренда ($k=+59,1$). При этом подъем УЗ начинался только после 34 нед., когда СЗРП уже сформировался клинически, но такой подъем УЗ перед родами обеспечивал быстрое течение родового акта без других явных осложнений (рис. 2). Обращает на себя внимание практически совпадающий средний УЗ накануне родов с УЗ «КГ» (рис. 2).

Выводы

При длительном и монотонно низком УЗ женщин во время беременности формируется СЗРП. При прогрессивном снижении УЗ женщины во время беременности до критически низких значений происходит антенатальная или интранатальная смерть плода. Тактика ведения беременности с учетом УЗ женщины и его динамики, с пониманием адапционных процессов позволит своевременно проводить профилактику и лечение этой патологии.

Л и т е р а т у р а

1. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Кузьменко Т.С. Антистрессорные реакции и активационная терапия. - М.: Имедис, 1998. - 655 с.
 2. Макаров О.В., Козлов П.В., Насырова Д.В. Синдром задержки развития плода: современные подходы к фармакотерапии // Рос. вестник акушера-гинеколога. - 2003. - №6. - С. 18-21.
 3. Мальгина Г.В. Роль психоэмоционального стресса в период гестации в формировании акушерской и перинатальной патологии // Журнал акушерства и женских болезней. - СПб., 2002. - Вып. 4. - Т. 51. - С. 16-21.
 4. Мамиев О.Б. Особенности адапционных реакций у беременных и их влияние на исход родов // Акушерство и гинекология. - 1998. - №6. - С. 34-37.
 5. Савельева Г.М., Курцер М.А., Клименко П.А. и др. Интранатальная охрана плода. Достижения и перспективы // Акушерство и гинекология. - 2005. - №3. - С. 3-7.
 6. Серов В.Н., Пасман Н.М., Бородин Ю.И. и др. Гестоз — болезнь адаптации. - Новосибирск: РИПЭЛ плюс, 2001. - 208 с.
 7. Сидорова И.С., Макаров И.О., Быковщенко А.Н. и др. Адаптация плода при аномалиях родовой деятельности // Акушерство и гинекология. - 2001. - С. 17-23.
 8. Фудин А.Н. Физиология как методологическая основа в познании здоровья человека // Вест. новых мед. технологий. - 2001. - Т. 8, №1. - С. 18-20.
 9. Brodsky D., Christou H. Current concepts in intrauterine growth restriction // J Intensive Care Med. - 2004. - Vol. 19(6). - P. 307-319.
 10. Gravett M.G., Rubens C.E., Nunes T.M. GAPPs Review Group. Global report on preterm birth and stillbirth (2 of 7): discovery science // BMC Pregnancy Childbirth. - 2010. - Vol. 10. - Suppl 1. - P. 1-2.
 11. Soregaroli M., Bonera R., Danti L. et al. Prognostic role of umbilical artery Doppler velocimetry in growth-restricted fetuses // J. Matern. Fetal Neonatal Med. - 2002. - Vol. 11(3). - P. 199-203.
- Координаты для связи с автором:** Стрельцова Вера Львовна — канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии ВГМУ, зам. гл. врача по лечебной работе родильного дома №4, тел.: 8-(4232)-42-97-78, mail: verastreltsova@mail.ru.

