

УДК 618.3-008.6(584.5)

Г.Т.Расулова

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РАЗВИТИЯ ГЕСТОЗА*(Представлено членом-корреспондентом АН Республики Таджикистан М.Ф.Додхоевой 25.05.2007 г.)*

Одним из наиболее грозных осложнений беременности, в значительной мере влияющим на уровень материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, является гестоз [1-3]. Несмотря на все проводимые профилактические, диагностические и лечебные мероприятия, частота гестоза остается достаточно высокой, особенно в развивающихся странах [1, 4-6].

В связи с этим целью настоящих исследований явился поиск некоторых доклинических прогностических критериев развития гестоза с целью раннего превентивного лечения.

Методы исследования

Обследовано в динамике 86 беременных женщин в сроки гестации от 28 до 40 недель. Средний возраст обследованных составил 27.3 ± 5.1 лет. Первобеременных было 49 (57%), повторнобеременных – 37 (43%) женщин. Среди повторнобеременных женщин осложненное течение предыдущих беременностей имело место у 26 (70.3%). Из них у 17 (45.9%) женщин течение предыдущих беременностей и родов осложнилось гестозом различной степени тяжести, при этом в трех случаях произведено абдоминальное родоразрешение по поводу неэффективности патогенетической терапии гестоза при сроках гестации 32, 36 и 39-40 недель беременности.

Всем беременным на протяжении срока проспективного наблюдения, наряду с общеклиническими методами обследования, проведены доплерометрические исследования кровотока в маточных артериях и динамический мониторинг вариабельности артериального давления.

Допплерометрические исследования проведены по общепризнанной методике с расчетом качественных показателей – систоло-диастолического отношения (СДО), пульсационного индекса (ПИ) и индекса резистентности (ИР) [2, 7-12]. Все исследования выполнялись на аппарате «ALOCA 650 SSD», снабженном доплеровской приставкой. Исследования проводились трижды: в 28, 32 и 36 недель беременности. При выявлении патологических углов независимых показателей, исследования повторялись с интервалом в 7-10 дней.

Показатели артериального давления определяли на правой и левой руке по общепринятой методике [4, 13]. Исследование повторяли трижды на протяжении дня во избежание случайных ошибок и погрешностей, связанных с кратковременными физическими либо психо-эмоциональными нагрузками. Время исследования для всех пациенток было строго опре-

делено и было следующим: 10.00-10.30 – I определение; 12.00-12.30 – II определение и 16.00-16.30 – III определение.

Результаты и их обсуждение

Проведенные ранее исследования, а также работы отечественных и зарубежных исследователей позволили определить нормативные показатели уголнезависимых показателей кровотока при физиологическом течении беременности. Доказано, что с увеличением срока гестации наблюдается постепенное уменьшение величины СДО, ПИ и ИР, обусловленное главным образом увеличением диастолического компонента [8, 10, 14]. Кроме того, на фоне постепенного снижения уголнезависимых индексов не выявлено различий в показателях правой и левой маточных артерий. Эти изменения отражают процессы формирования маточно-плацентарного кровообращения.

Результаты проведенных исследований показали, что из общего количества обследованных нами пациенток при доплерометрическом исследовании у 32 (37%) выявлены нарушения маточного кровотока. Так, показатели СДО, ПИ и ИР оказались выше разработанных нами ранее контрольных значений, что свидетельствует о повышении сосудистого сопротивления, и не имели тенденции к физиологическому снижению с ростом срока гестации (таблица).

Таблица

Показатели доплерометрии маточных артерий и цифр артериального давления

Показатели	I группа (n = 22)	II группа (n = 64)
Допплерометрия		
СДО	2.61 ± 0.09	2.33 ± 0.12
ПИ	0.97 ± 0.01	0.63 ± 0.03
Вариабельность артериального давления		
Систолическое АД	116.5 ± 9.65	110.1 ± 9.3
Диастолическое АД	77.5 ± 12.2	72.6 ± 6.8

Цифры артериального давления оставались неизменными при трехразовом мониторинге его в течение дня у 44 (51.2%) пациенток. В среднем, показатели систолического давления в этой категории оказались равными 113 ± 5.2 мм рт. ст., диастолического – 76 ± 6.5 мм рт. ст.

Колебания цифр артериального давления наблюдались у 42 из 86 пациенток (48.8%). При этом у 14 из них имелись нестойкие, преходящие изменения, носящие чаще двусторонний одинаковый характер. Показатели АД у этой категории пациенток составили в среднем: систолическое – 114 ± 8.1 мм рт. ст., диастолическое – 74 ± 9.2 мм рт. ст. У остальных 28 обследованных пациенток с выявленной вариабельностью показателей артериального давления дневной мониторинг показал его более существенные колебания от гипотонии до умеренной

гипертонии. Средние показатели систолического и диастолического давления оказались равными 119 ± 11.2 и 81 ± 15.2 мм рт. ст. соответственно. Результаты показали, что размах цифр при проведенном мониторинге составил от 11 до 15.2 мм рт. ст. в последней из представленных групп.

Наиболее интересным при оценке результатов исследования оказался тот факт, что из 28 пациенток с наиболее нестабильными показателями дневного мониторинга артериального давления параллельно определялись патологические кривые скоростей кровотока в маточных артериях при доплерометрической оценке последних у 26 из них.

Все 86 бывших под наблюдением пациенток были разделены в результате обследования на 2 группы. I группа – категория женщин, у которых на фоне доплерометрических нарушений маточного кровотока и выраженной вариабельности артериального давления развился гестоз – 22 пациентки (25%). Остальные 64 беременные составили II группу и имели в целом нормальную характеристику доплерограмм и относительно стабильные показатели АД при его мониторинговании.

Динамическое клинико-лабораторное наблюдение в процессе родов у всех обследованных выявило следующее. Средний срок родоразрешения в I группе составил 37.3 ± 2.4 недели. В этой группе частота оперативного родоразрешения оказалась выше, чем во второй, и составила 9% – кесарево сечение и 16% – выключение второго периода родов наложением вакуум-экстрактора. Относительно высокая частота вполне объяснима в данной группе обследованных и определена, в первую очередь, гестозом и его осложнениями (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, неэффективность проводимой терапии, усугубление тяжести гестоза и т.д.). В этой группе родилось 23 новорожденных с массой при рождении от 2420 г до 3410 г, что составило в среднем 2915 г. Средний балл оценки состояния новорожденных по шкале Апгар в этой группе на 1 и 5 минуте составил 6.2 и 8.0 баллов соответственно.

Во II группе, где не было случаев развития гестоза, срок родоразрешения составил в среднем 38.6 ± 2.1 недели. При этом также был выше, чем в I группе, средний вес новорожденных, который составил 3360 г, с колебаниями от 2970 до 3750 г. Частота оперативного родоразрешения определялась в основном суммой относительных показаний, и операции производились в большинстве случаев в плановом порядке (рубцы на матке, отягощенный акушерский и гинекологический анамнез, возрастные первородящие и т.д.). Так, частота кесарева сечения оказалась равной 5.6%. По шкале Апгар в данной группе новорожденные оценены в среднем на 7.4 и 8.0 баллов соответственно на 1 и 5 минуте.

Проведенные исследования позволяют сделать вывод, что, наряду с другими прогностическими критериями, доплерометрия маточного кровотока и определение вариабельности артериального давления позволяет предопределять со значительной вероятностью разви-

тие гестоза. Развитие последнего увеличивает риск преждевременных родов, частоты оперативного родоразрешения, неблагоприятных перинатальных исходов и др.

Таким образом, применение в комплексе доплерометрической оценки состояния маточного кровотока с одновременным мониторингом вариабельности артериального давления может служить прогностическим признаком развития гестоза.

*Таджикский научно-исследовательский институт
акушерства, гинекологии и педиатрии
МЗ Республики Таджикистан*

Поступило 25.05.2007 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В. В. – Беременность и роды высокого риска. М.: МИА, 2004, 394 с.
2. Coleman A. G., McComan L.M.E., North R.A. – Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, 2000, vol. 15, Issue 1, p. 7-12.
3. Cnossen J.S., Van der Post J.A.M., Mol B.W.J. et al. – BMC Pregnancy and Childbirth, 2006, vol. 6, № 26, p. 8.
4. Воронин К.В., Потапов В.А., Правосудович А.Н. – Акушерское обследование. М.: МЕДпресс, 2002, 74 с.
5. Савельева Г. М. – Акушерство. М.: Медицина, 2000, 816 с.
6. Falkingham J. – Studies in Family Planning, 2003, vol. 34, № 1, p. 32-43.
7. Воскресенский С. Л. – Оценка состояния плода. Минск: Книжный Дом, 2004, 303 с.
8. Медведев М.В., Курьяк А., Юдина Е.В. – Допплерометрия в акушерстве. М., 1999, 157 с.
9. Онищенко С.А. Особенности пренатального развития плодов у женщин с анемией и пиелонефритом. Автореф. дис. канд. мед. наук. Душанбе, 2000, 27 с.
10. Расулова Г.Т. Особенности маточно-плацентарного и плодового кровотока при угрозе прерывания беременности и пути коррекциивыявленных нарушений. Автореф. дис.канд.мед.наук. Душанбе, 2000, 27 с.
11. Стрижаков А.Н., Бунин А.Т., Медведев М.В. – Ультразвуковая диагностика в акушерской клинике. М.: Медицина, 1990, 239 с.
12. Carbone B. – European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2004, vol. 117S, p. 6-9.
13. Черкезова Э.И. – Клиническое значение комплексной оценки венозного и артериального кровотока при физиологической беременности и ФПН. Автореф. дис. канд. мед. наук, М., 2002, 25 с.
14. Arias F. – High-risk pregnancy and delivery. St. Honis: Th. C. V. Mosby Co., 1994, 251 p.

Г.Т.Расулова**МЕЁРҲОИ ПЕШГУИИ ИНКИШОФИ ГЕСТОЗ**

Ташхиси доплерометрии баҳодиҳии хунравии бачадон ва тағйирёбии фишори хун ҳангоми ҳомиладорие, ки муҳлаташ 28-40 ҳафта аст, гузаронида шуд.

Муайян карда шуд, ки болоравии нишондодҳои муқовимати рағҳо, ҳамзамон бо характери тағйирёбандаи фишори хун барои пешгуи меёрҳои инкишофи гестоз хизмат карда метавонад.

G.T.Rasulova**CRITERIA OF PROGNOSIS OF DEVELOPMENT OF GESTOSIS**

The analyses of dopplerometric assessment of the uterus blood flow and variability of arterial pressure for the 28-40 week pregnancy has been conducted.

It is defined that the rise of indexes of arterial resistance along with variable character of indexes of arterial pressure could be used for the prognosis of criteria of development of gestosis.