

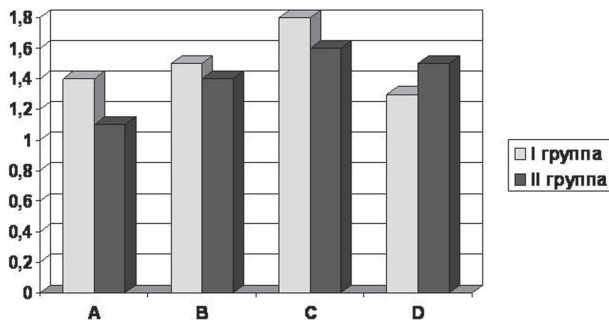


Рис. 4. Показатели нарушенного ролевого функционирования у пациенток с внематочной беременностью: А – проблемы в трудовой деятельности; В – необходимость ограничения рабочего дня; С – наличие или отсутствие быстрой утомляемости после ведения повседневного домашнего хозяйства; D – возможные изменения в отношении с супругом

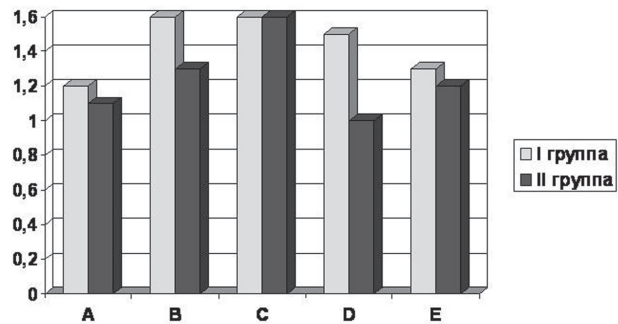


Рис. 5. Показатели нарушения сексуальной функции у пациенток с внематочной беременностью: А – изменение сексуальных желаний; В – чувство дискомфорта во время полового акта; С – уклонение от половых сношений; D – чувство сексуальной неудовлетворенности; Е – чувство сексуальной непривлекательности

Аналогичные данные получены нами при анализе результатов опроса сравниваемых групп женщин по изучению функции кишечника. Нормальная работа кишечника среди респонденток I группы отмечена у 75,4% пациенток, а во II группе в 86,8% случаев. Иногда возникали запоры соответственно в 23,2% и 11,9% случаев и страдали запорами постоянно 1,4% и 1,3% женщин сравниваемых групп соответственно.

Боли внизу живота не возникали и не беспокоили 20,2% опрошенных женщин I группы и 81,8% респонденток II группы, боли возникали иногда, соответственно, в 70,7% и 18,2% случаях среди опрошенных пациенток. Но постоянные боли беспокоили женщин I группы в 9,1% случаев, а среди опрошенных пациенток II группы таковых не было.

Обсуждение. Анализ полученных результатов исследования показал снижение физической активности в раннем послеоперационном периоде у пациенток обеих групп, но более выраженные симптомы отмечали пациентки в I группе, что, вероятно, связано с более тяжелым состоянием больных до операции, большим объемом оперативного вмешательства (тубэктомия) и лапаротомным доступом.

Показатели психического состояния женщин обеих групп не претерпевали значительных изменений. Исключением было желание приобрести новый наряд, изменить прическу и макияж среди пациенток обеих групп. Более высокий показатель (3,0 балла) отметили пациентки во II группе, по сравнению с I группой (2,3 балла). Данный факт можно объяснить как разнородностью пациенток по возрастному составу, так и наличием дополнительных факторов, не связанных с заболеванием и проведенным лечением, но влияющих на данный показатель.

Анализ балльной оценки социального функционирования не выявил существенных различий в сравниваемых группах женщин, что может быть объяснено личностными особенностями пациенток.

Изменение сексуальной неудовлетворенности и непривлекательности реже испытывали пациентки II группы (1,0 и 1,2 балла) в сравнении с женщинами I группы (1,5 – 1,3 балла). Пациентки данной группы связывали это с наличием у них на передней брюшной стенке послеоперационного рубца, что вызывало чувство стеснения при сексуальном контакте.

Выводы. В I группе пациенток большинство респонденток (57%) оценили текущее состояние здоровья как удовлетворительное, 21,5% чувствовали себя хорошо, плохо – 21,5% опрошенных женщин. В II группе больных данные процентные соотношения субъективной оценки своего здоровья распределились следующим образом: удовлетворительное – 45,5%, хорошее – 52,7%, плохое – 1,8%.

Таким образом, качество жизни у больных II группы, которым проведены органосохраняющие операции, было выше, чем у пациенток I группы после проведенных радикальных операций.

Библиографический список

- Кулаков, В.И. Ургентная гинекология: новый взгляд / В.И. Кулаков, А.С. Гаспаров, А.Г. Косаченко // Журн. акуш. и жен. бол. – 2001. – Вып. III. – Т. I. – С. 15-18
- Внематочная беременность / А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов, М.Н. Шахматова и др. – М.: Медицина, 2001. – 215 с.
- Адамян, Л.В. Психосоциальное состояние женщин после гистерэктомии / Л.В. Адамян, С.И. Аскольская, Т.А. Кудрякова // Акуш. и гинеко. – 1999. – № 1. – С. 35-38.

УДК 618.3-008.6-035.2-06-08:618.5:616-053.31]-07(045)

Оригинальная статья

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЁННЫХ ПОСЛЕ ПРЕВЕНТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕСТОЗОВ У БЕРЕМЕННЫХ ГРУППЫ РИСКА

О.С. Однокозова – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС, аспирант; **Л.В. Василенко** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС, профессор, доктор медицинских наук; **Н.И. Зрячкин** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, заведующий кафедрой педиатрии ФПК и ППС, профессор, доктор медицинских наук; **О.И. Колбенева** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, ассистент кафедры глазных болезней, кандидат медицинских наук.

COURSE OF PREGNANCY, DELIVERY AND HEALTH STATE OF NEWBORNS AFTER PREVENTIVE TREATMENT OF GESTOSIS IN PREGNANT WOMEN OF RISK GROUP

O.S. Odnokozova – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovskiy, Department of Obstetrics and Gynecology of Raising Skills Faculty, Post-graduate; **L.V. Vasilenko** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovskiy, Department of Obstetrics and Gynecology of Raising Skills Faculty, Professor, Doctor of Medical Science; **N.I. Zryachkin** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovskiy, Head of Department of Pediatrics of Raising Skills Faculty, Professor, Doctor of Medical Science; **O.I. Kolbenev** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovskiy, Department of Eye Diseases, Assistant, Candidate of Medical Science.

Дата поступления - 04.09.09 г.

Дата принятия в печать – 27.10.09 г.

О.С. Однокозова, Л.В. Василенко, Н.И. Зрячкин и соавт. Течение беременности, родов и состояние здоровья новорожденных после превентивного лечения гестозов у беременных группы риска. Саратовский научно-медицинский журнал, 2009, том 5, № 4, с. 533–536.

Цель исследования: снизить частоту и тяжесть перинатальных осложнений у матери, плода и новорожденного.

Методология: проспективное исследование. Изучено течение беременности, родов, послеродового периода у 50 женщин и 50 детей периода новорожденности (основная группа), а также у 80 женщин и детей (группа сравнения). Состояние микроциркуляции определяли в I – II триместрах до и после лечения с помощью биомикроскопии сосудов конъюнктивы глаза щелевой лампой с компьютерной обработкой данных. Гомоцистеин в крови определяли в I – II триместрах до и после превентивного лечения. Контрольную группу составили 63 женщины с неосложненным анамнезом, беременностью, соматическим статусом при взятии беременных на учет, родивших 63 ребенка. В I триместре гестации у беременных групп риска по развитию гестозов наблюдали гипергомоцистеинемию, доклиническое нарушение процессов микроциркуляции. Способ превентивного лечения гестоза в основной группе включал антикоагулянт – Вессл Дуэ Ф, витамин Е, эссенциале Н, фолиевую кислоту, витамин В6, витамин В12. Превентивное лечение гестозов, направленное на стабилизацию функции эндотелия сосудов, улучшение процессов микроциркуляции, приводит к снижению частоты и тяжести гестозов у беременных, снижению перинатальных осложнений у матери, плода и новорожденного.

Ключевые слова: гестоз, беременность, группа риска, превентивное лечение, состояние новорожденных.

O.S. Odnokozova, L.V. Vasilenko, N.I. Zryachkin et al. Course Of Pregnancy, Delivery And Health State Of Newborns After Preventive Treatment Of Gestosis In Pregnant Women Of Risk Group. Saratov Journal of Medical Scientific Research, 2009, vol. 5, № 4, p. 533–536.

The research objective is to decrease the frequency of perinatal complications in mother, fetus and newborn. Methodology used is prospective study. Course of pregnancy, delivery, postnatal period and neonatal period has been studied at 50 women and children (the basic group), at 80 women and children (group of comparison). The state of microcirculation was studied at the I – II trimesters of pregnancy before and after treatment by means of biomicroscopy of vessels of eye conjunctiva by slit lamp with computer data processing. Homocysteine was studied at the I – II trimesters of pregnancy before and after treatment. The control group consisted of 63 pregnant women without complicated anamnesis and with somatic status who gave birth to 63 children. At the I trimester of pregnancy in risk groups of development of gestosis hyperhomocysteinemia, preclinical disturbances of processes of microcirculation were observed. The method of preventive treatment of gestosis in the basic group included anticoagulant - Vessl Due F, vitamin E, essenciale H, folic acid, vitamin B₆, vitamin B₁₂. The preventive treatment was directed on stabilization of function of vessel endothelium, improvement of processes of microcirculation leading to decrease in frequency and severity of gestosis, perinatal complications in mother and newborn.

Key words: gestosis, pregnancy, risk group, preventive treatment, state of newborns.

Частота гестозов по средним данным литературы составляет 20 % от числа родов. Гестозы приводят к росту частоты перинатальных осложнений у матери, плода и новорожденного, отрицательно влияют на состояние здоровья детей в последующие годы жизни [1,2,3]. В патогенезе гестозов, недонашивания беременности, задержки развития плода (ЗРП) первостепенную роль играет нарушение функции эндотелия сосудов [4]. Определение состояния эндотелия и процессов микроциркуляции в I триместре беременности позволит прогнозировать развитие гестоза и послужит объективными критериями для проведения превентивного лечения.

Цель: снизить частоту и тяжесть перинатальных осложнений у матери, плода и новорожденного за счёт прогнозирования гестоза в I триместре гестации и проведения превентивного лечения беременных.

Материалы и методы. Изучено течение беременности, родов, послеродового периода у 50 женщин и периода новорожденности у 50 детей (основная группа), а также у 80 женщин и детей (группа сравнения). Основная группа и группа сравнения были сопоставимы по возрасту, акушерскому и гинеколо-

гическому анамнезам и составляли группы риска по развитию гестозов.

Риск развития гестоза был обусловлен отягощенным соматическим, гинекологическим, акушерским анамнезом, повышенным уровнем гомоцистеина в крови более 12,4 мкмоль/л, оценкой биомикроскопии сосудов конъюнктивы глаза 11 баллов и выше. Гомоцистеин в крови определяли иммуноферментным методом с использованием стандартных тест-систем в I – II триместрах до и после превентивного лечения. Состояние микроциркуляции определяли в I триместре до и после лечения с помощью биомикроскопии сосудов конъюнктивы глаза щелевой лампой с компьютерной обработкой данных. Биомикроскопию сосудов конъюнктивы глаза производили в I триместре беременности до и после превентивного лечения.

Контрольную группу составили 63 женщины с неосложненным анамнезом, беременностью, соматическим статусом при взятии беременных на учет, родивших 63 ребенка.

При сравнении результатов исследования использованы методы вариационной статистики.

Результаты. У беременных групп риска преобладали первородящие: 41 (82%) и 66 (82,5%). Средний возраст первородящих соответственно составил 22,4±0,6 и 22,6±0,7 года, повторнородящих 26,3±0,6 и 26,9±0,7. Становление менструальной функции до-

Ответственный автор – **Однокозова Оксана Сергеевна**
410031, г. Саратов, ул. Челюскинцев, д. 66/54,
тел. 8 917 209 55 01
E-mail: osa1361@mail.ru

стоверных различий в рассматриваемых группах не имело. Средний возраст наступления менархе составил $14,9 \pm 0,07$ года в изучаемых группах. В анамнезе у каждой третьей женщины исследуемых групп были артифициальные аборт, у каждой шестой самопроизвольные аборт. У 70-71,3% женщин обеих групп имели место кольпиты, хронические сальпингоофориты, эрозии шейки матки.

У всех женщин групп риска выявлена экстрагенитальная патология. В изучаемых группах на одну женщину приходилось $1,6 \pm 0,2$ заболеваний. В структуре экстрагенитальной патологии основной удельный вес принадлежал экзогенно-конституциональному ожирению, гестационной анемии и миопии.

В 12 недель беременности средняя оценка биомикроскопии сосудов конъюнктивы глаза составила в основной группе $11,6 \pm 0,1$ балла, в группе сравнения – $11,5 \pm 0,1$ балла, в контрольной группе – $8,0 \pm 0,1$ балла ($p < 0,001$).

Уровень гомоцистеина в крови при этом сроке гестации у беременных основной группы составил $25,3 \pm 0,8$ мкмоль/л, в группе сравнения – $24,8 \pm 0,8$ мкмоль/л, в контрольной группе – $11,4 \pm 0,2$ мкмоль/л ($p < 0,001$).

В основной группе беременных в 20 недель гестации начато превентивное лечение гестоза. Способ превентивного лечения гестоза в основной группе включал антикоагулянт – Вессл Дуэ Ф 250 ЛЕ 2 раза/сутки per os, витамин Е 0,1 2 раза/сутки в капсулах per os, эссенциале Н 1 капсула 2 раза/сутки per os,

фолиевую кислоту 4 мг/сутки per os, витамин В₆ 50 мг/сутки в/м, витамин В₁₂ 200 мг/сутки в/м через день.

В группе сравнения лечение гестоза было начато в $34 \pm 1,2$ недели беременности, когда появлялся один из таких доклинических симптомов гестоза, как скрытые отеки, относительная гипертензия, следы белка в суточной моче. В группе сравнения лечение было общепринятым. Длительность курсов лечения составляла 1 месяц.

После превентивного лечения производили повторное обследование указанными методами в основной группе в $25 \pm 0,9$ недель беременности, в группе сравнения в $38 \pm 1,2$ недели. В основной группе показатель биомикроскопии сосудов конъюнктивы глаза снизился с $11,6 \pm 0,1$ до $8,2 \pm 0,1$ балла ($p < 0,001$), в группе сравнения – с $11,5 \pm 0,1$ до $10,0 \pm 0,2$ балла ($p < 0,001$).

В основной группе после лечения уровень гомоцистеина составил $18,3 \pm 0,8$ мкмоль/л, в группе сравнения – $20,1 \pm 0,8$ мкмоль/л ($p > 0,05$).

Несмотря на превентивное лечение гестоза, в некоторых случаях предотвратить его развитие не удалось.

Превентивное лечение более результативно в основной группе по отношению к группе сравнения (табл. 1). Это объясняется способом лечения и более ранним его началом, когда не было доклинических симптомов гестоза. Угроза невынашивания в основной группе была в 2,9 раза реже по отношению к группе сравнения, слабость родовой деятельности

Таблица 1

Клиническая эффективность превентивного лечения гестоза у беременных

Осложнения беременности	Основная группа (n = 50)		Группа сравнения (n = 80)		Контрольная группа (n = 63)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
угроза невынашивания	7	14,0	32	40,0**	3	4,8
гестоз лёгкой степени тяжести	6	12,0	21	26,3*	2	3,2
гестоз средней степени тяжести	2	4,0	4	5,0	-	-
гестоз тяжелой степени	-	-	3	3,8	-	-
слабость родовой деятельности	1	2,0	9	11,3*	1	1,6
преждевременные роды	1	2,0	9	11,3*	1	1,6

* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,001$, различия достоверны между основной группой и группой сравнения

Таблица 2

Влияние превентивного лечения беременных на состояние здоровья детей в раннем неонатальном периоде

Осложнения	Основная группа (n = 50)		Группа сравнения (n = 80)		Контрольная группа (n = 63)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
задержка развития плода	-	-	10	12,5**	-	-
постнатальная асфиксия лёгкой степени	2	4,0	3	3,7	1	1,6
постнатальная асфиксия средней степени	-	-	5	6,3*	-	-
постнатальная асфиксия тяжелой степени	-	-	4	5,0	-	-
церебральная ишемия	2	4,0	10	12,5*	1	1,6
кровоизлияние в мозг	-	-	4	5,0	-	-
анемия	1	2,0	9	11,3*	-	-
желтуха	-	-	4	5,0	-	-
перинатальная смертность	-	-	1	1,2	-	-

* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,001$, различия достоверны между основной группой и группой сравнения

– в 5,7 раза реже. Частота преждевременных родов в основной группе снижена в 5,7 раза и соответствовала таковой в контрольной группе.

Следует отметить, что у беременных основной группы с гестозом средней степени тяжести уровень гомоцистеина составил $12,9 \pm 0,1$ мкмоль/л против $10,2 \pm 0,1$ мкмоль/л у беременных с легкой степенью тяжести гестоза ($p > 0,05$). Это свидетельствует о том, что главным критерием является клиника, анализы лишь могут подтвердить клинические данные.

В основной группе кесарево сечение произведено у 3 (6%) рожениц, в группе сравнения – у 19 (23,7%) ($p < 0,001$), в контрольной – у 3 (4,8%). Объем кровопотери при кесаревом сечении в исследуемых группах колебался от 600 до 800 мл. Средний объем кровопотери при родах через естественные родовые пути составил у женщин основной группы 185 ± 5 мл, в группе сравнения 227 ± 10 мл ($p < 0,001$) и в контрольной группе – 150 ± 10 мл.

В послеродовом периоде у 5 (6,3%) родильниц группы сравнения был эндометрит. В основной группе и в контрольной послеродовых септических заболеваний не было.

В основной группе родились 50 детей, в группе сравнения – 80, в контрольной группе – 63 ребёнка. В основной группе родился недоношенным 1 (2%) ребёнок, в группе сравнения – 9 (11,3%) ($p < 0,05$), в контрольной – 1 (1,6%). В основной группе в 3,8 раза реже рождались дети в состоянии асфиксии, причём постнатальная асфиксия средней и тяжёлой степени отмечалась только у детей группы сравнения. Каждый восьмой ребёнок в группе сравнения родился с задержкой развития. В основной и контрольной группах эта патология у новорождённых не наблюдалась (табл. 2).

Средняя величина потери массы тела детей основной группы составила $3,4 \pm 0,4\%$, у детей группы сравнения $6,4 \pm 0,3\%$, у детей контрольной группы $3,2 \pm 0,4\%$ ($p < 0,001$). Из 80 детей группы сравнения для дальнейшего лечения в детскую больницу переведено 12 (15%) новорождённых, из основной группы – всего 1 (2%) ребёнок ($p < 0,001$). В контрольной группе все дети выписаны домой.

Обсуждение. Гомоцистеин является одним из маркёров состояния эндотелия сосудов и развития таких осложнений беременности, как гестозы, угроза невынашивания, ЗРП [4]. В наших наблюдениях уровень гомоцистеина в крови у беременных группы риска по развитию гестоза составил $25,3 \pm 0,08$ мкмоль/л и $24,8 \pm 0,8$ мкмоль/л. Гипергомоцистеинемия наблюдалась у беременных с гестозами. Её уровень пропорционален тяжести гестоза. При лёгкой степени тяжести гестоза показатели гомоцистеина составили $10,2 \pm 0,1$ мкмоль/л, при средней степени тяжести – $12,9 \pm 0,1$ мкмоль/л, при тяжелой степени – $31,4 \pm 0,7$ мкмоль/л ($p < 0,001$).

Высокий уровень гомоцистеина способствует развитию гиперкоагуляции крови, нарушению процессов микроциркуляции. В I триместре беременности показатели биомикроскопии сосудов конъюнктивы глаза составили $11,6 \pm 0,1$ балла и $11,5 \pm 0,1$ балла в группах риска по развитию гестоза, тогда как в контроле – $8,0 \pm 0,1$ балла. После превентивного лечения эти показатели снизились до $8,2 \pm 0,1$ балла у беременных основной группы и до $10,0 \pm 0,2$ балла у беременных группы сравнения, но не достигали значений контрольной группы. Достоверное снижение показателей биомикроскопии сосудов конъюнктивы глаза ($p < 0,001$) в основной группе по отношению к

группе сравнения свидетельствует о более высокой эффективности предложенного лечения. Осложнений после предложенного нами способа лечения не выявлено.

Клиническая результативность превентивного лечения в основной группе по отношению к группе сравнения проявилась снижением частоты и тяжести гестозов, частоты слабости родовой деятельности, оперативных родоразрешений, объёма кровопотери, преждевременных родов, рождения детей в состоянии асфиксии, церебральных ишемий, отсутствием задержки развития плода.

Наши данные подтверждают мнение [4], что состояние эндотелия сосудов определяет возможность развития гестоза, недонашивания беременности, феномен задержки развития плода. Наши данные подтверждают взгляды многих акушеров, считающих, что превентивное лечение гестоза необходимо начинать раньше – в I - II триместрах гестации. Ещё в прошлом веке такие мысли высказывал А. Кацулов (1985).

Полученные нами данные свидетельствуют о более высокой информативности показателей состояния микроциркуляции, чем гомоцистеина. Это не случайно, поскольку микроциркуляция определяется многими факторами.

Выводы:

1. Гестозы необходимо прогнозировать в I триместре беременности. Для прогнозирования гестозов необходимо использовать биомикроскопию сосудов конъюнктивы глаза щелевой лампой с компьютерной обработкой данных и показатели гомоцистеина крови.

2. Показатели биомикроскопии конъюнктивы сосудов глаза 11 баллов и более, содержание гомоцистеина крови более $12,4$ мкмоль/л, определённые в первом триместре беременности, указывают на возможное развитие гестоза.

3. Одновременное снижение частоты гестозов и недонашивания беременности свидетельствует, что патогенез этих осложнений имеет общие звенья.

4. Для превентивного лечения гестоза необходимо использовать Вессел Дуэ Ф, витамин Е, фолиевую кислоту, витамины B_6 , B_{12} , эссенциале Н. Предложенное лечение снижает частоту и тяжесть гестозов, недонашивания беременности, оперативных родоразрешений, задержки развития плода, рождения детей в состоянии асфиксии.

Библиографический список

1. Ведение беременных группы риска в женской консультации / Л.В. Василенко. – Саратов: Изд-во СГМУ, 2002. – 299 с.
2. Василенко, Л.В. Состояние здоровья детей, родившихся после превентивного лечения беременных группы риска по внутриутробному инфицированию плода / Л.В. Василенко, Н.И. Зрячкин, Т.Л. Василенко // Проблемы репродукции. – 2008. – № 3. – С. 73-76.
3. Влияние внутриутробного инфицирования на состояние здоровья детей раннего возраста / Л. В. Василенко // Российский педиатрический журнал. – 2008. – № 4. – С. 26-29.
4. Эндотелиальная дисфункция в генезе перинатальной патологии / Г.Т. Сухих // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 5. – С. 3-7.
5. Кацулов, А. Поведение приксьните токсикози на беременности – основни положения / А. Кацулов, Б. Атанасов, М. Конева // Акушерство и гинекология. – 1985. – № 6. – С. 4-9.