

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ РАЗВИТИИ ПОЗДНЕГО ГЕСТОЗА

А.Н. Барсуков, В.Л. Семенчук, Т.П. Вацелина, А.В. Ещенко
Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»

Гестоз является одним из наиболее тяжелых и распространенных видов акушерской патологии. Поздние гестозы и гипертензивный синдром у беременных являются вторыми по частоте среди акушерских причин перинатальной смертности в странах Европы [4]. По современным представлениям гестоз — это иммунокомплексная патология, развивающаяся в ответ на проникновение антигенов нейроспецифических белков мозга плода через нарушенный маточно-плацентарный барьер в материнский кровоток [1, 4]. Нейроспецифические белки способны запускать иммунокомплексный процесс. Они относятся к стадиейспецифическим и органоспецифическим, образуются во второй половине беременности — периоде интенсивного развития мозга плода. Антитела, продуцируемые в ответ на антиген плода, обладают тропностью к ткани мозга матери [1, 2]. При гестозе развиваются иммунологические нарушения, что ведет к снижению плацентарной перфузии [2, 4]. Гестоз не является самостоятельным заболеванием. Это синдром, обусловленный невозможностью адаптационных систем матери обеспечить потребности растущего плода [3].

Цель работы — анализ особенностей течения беременности у женщин с поздним гестозом тяжелой степени.

Материал и методы. В отделениях ГУ «РНПЦ «Мать и дитя» за 2013–2014 гг. обследовано 35 пациенток с гестозом тяжелой степени (основная группа) и 30 женщин с физиологически протекающей беременностью (группа сравнения). Всем проводилось полное клинико-лабораторное обследование. Анализ полученных данных осуществлялся с использованием статистических программ Microsoft Excel, BIostat [Primer of Biostatistics, S.A. Glantz] i Statistica.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст беременных (Me (25–75%)) в основной группе составил 29 (26–33) и в группе сравнения — 26 (24–30) лет. Патологический индекс массы тела (ИМТ) (Me (25–75%)) беременных женщин с гестозом составил 26 (19–33), при этом, прибавка массы тела за беременность составила 9,5 (7–11) кг, что соответствует принятым нормам. Срок беременности, при котором развивался гестоз, составил 31,1 (28,6–34,3) недели. Все беременности были одноплодные, наступили в естественном цикле. Удельный вес экстрагенитальной патологии у пациенток основной группы представлен в таблице 1.

Таблица 1

Удельный вес экстрагенитальной патологии у пациенток основной и группы сравнения

Экстрагенитальная патология матери	Основная группа, n=35		Группа сравнения, n=30	
	абс.	%	абс.	%
Заболевания печени и желчевыводящих путей	3	8,6	2	6,7
Эндокринная патология	15	42,9*	5	16,7
Болезни сердечно-сосудистой системы	22	62,9*	—	—
Из них артериальная гипертензия	16	45,7*	—	—
Болезни мочеполовой системы	7	20*	2	6,7

Примечание — *Достоверные различия по сравнению с группой сравнения $p < 0,05$, n — количество беременных в исследуемых группах.

Наиболее часто встречаемой патологией на фоне, которой развивался гестоз была патология сердечно-сосудистой системы — 22 (62,9%), при этом число случаев артериальной гипертензии различной степени тяжести составило 16 (45,7%). В группе сравнения женщин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы выявлено не было ($p < 0,05$). На втором месте эндокринная патология у 15 (42,9%) беременных основной группы, в группе сравнения у 5 (16,7%) женщин ($p < 0,05$). При анализе суточного мониторирования артериального давления у пациенток основной группы, установлено, что среднее систолическое давление Ме (25–75%) составило в среднем 151 (141–170) мм рт. ст., а среднее диастолическое — 100 (90–110) мм рт. ст., что достоверно выше нормального уровня АД ($p < 0,05$). Показатели общего анализа крови у женщин с гестозом (основная группа) и женщин группы сравнения отражены в таблице 2.

Таблица 2

Показатели общего анализа крови у женщин с гестозом (основная группа) и женщин группы сравнения

Показатели ОАК	Группы беременных женщин (Ме (25–75%))	
	Основная группа, n=35	Группа сравнения, n=30
Эритроциты	4,08 (3,8–4,27)*	3,76 (3,4–4,1)
Гемоглобин	135 (124–148)*	112 (107–125)
Гематокрит	39 (35,8–42,2)*	35 (31–36)
Тромбоциты	279 (203–312)*	211 (189–233)
Лейкоциты	10,1 (8,3–12,1)	9,5 (7,9–11,4)
СОЭ	31 (25–42)*	22 (20–35)

Примечание — * Достоверные различия по сравнению с группой сравнения $p < 0,05$; n — количество беременных женщин в исследуемых группах.

Из анализа данных показателей общего анализа крови видно, что числовые значения показателей эритроцитов, гемоглобина, гематокрита, тромбоцитов и СОЭ в группе женщин с гестозом были достоверно выше значений показателей общего анализа крови женщин группы сравнения ($p > 0,05$). Показатели коагулограммы у женщин с гестозом (основная группа) и женщин группы сравнения отражены в таблице 3.

Таблица 3

Показатели коагулограммы у женщин с гестозом (основная группа) и женщин группы сравнения

Показатели коагулограммы	Группы беременных женщин (Ме (25–75%))	
	Основная группа, n=35	Группа сравнения, n=30
ПТВ, с	12,2 (11,9–12,8)*	13,2 (10,4–14,4)
МНО	0,85 (0,83–0,90)*	0,98 (0,92–1,06)
Фибриноген, г/л	5,5 (5,0–6,2)	5,1 (5,0–6,6)
АПТК, %	131 (117–140)*	89 (76,4–109,2)
АЧТВ, с	26,6 (25,8–30,3)	26,0 (24,0–29,0)
ТВ, с	14,3 (13,6–14,7)	14,9 (14,0–16,0)
D-димер	418 (335–644)	456 (401–489)

Примечание — * Достоверные различия по сравнению с группой сравнения $p < 0,05$; n — количество беременных женщин в исследуемых группах.

При анализе коагулограммы зарегистрировано достоверное укорочение МНО и протромбинового времени (ПТВ), увеличение АПТК ($p < 0,05$) у беременных женщин основной группы. Полученные результаты характерны для активации плазменного звена свертывающей системы крови, приводящей к состоянию гиперкоагуляции системы гемостаза у женщин основной группы на фоне уменьшения ОЦК.

По анализу биохимического состава крови зарегистрировано достоверное повышение ферментов АсТ, АлТ, общего белка и глюкозы у беременных женщин основной группы по сравнению с группой сравнения ($p < 0,05$). Полученные данные могут свидетельствовать о дисбалансе в системе гомеостаза беременных женщин с гестозом.

У женщин основной группы в 2 (13,3%) случаях были диагностированы следы белка в моче, в 6 (40%) случаях концентрация белка в моче составила от 0,1 до 0,35 г/л, а в 7 (46,6%) случаях показатели концентрации белка в моче колебались от 1,0 до 6,3 г/л. У женщин группы сравнения белка в моче не выявлено ($p < 0,001$).

При анализе антенатальных осложнений выявлены значимые различия нарушений фетоплацентарного кровотока (ФПК) различной степени тяжести. Нарушения ФПК легкой и средней степени тяжести диагностированы у 25 (71,4%) беременных, нарушения ФПК тяжелой степени диагностированы у 10 (28,6%) пациенток основной группы, что значимо выше, чем в группе сравнения ($p < 0,001$). Показатели доплерометрии маточно-фетоплацентарного кровотока у женщин с гестозом (основная группа) и женщин группы сравнения приведены в таблице 4.

Таблица 4

Показатели доплерометрии маточно-фетоплацентарного кровотока у женщин с гестозом (основная группа) и женщин группы сравнения

Исследуемые сосуды	Показатели доплерометрии	Группы беременных женщин, Ме (25–75%)	
		Основная группа, n=35	Группа сравнения, n=30
Артерия пуповины плода	СДО	3,88 (2,96–4,26)*	2,28 (2,16–2,67)
	ИР	0,74 (0,66–0,77)*	0,59 (0,55–0,68)
	ПИ	1,3 (1,13–1,48)*	0,86 (0,83–1,08)
Среднемозговая артерия плода	СДО	5,11 (4,26–5,22)	4,5 (4,29–5,12)
	ИР	0,8 (0,76–0,82)	0,78 (0,76–0,82)
	ПИ	1,79 (1,48–1,95)	1,38 (1,12–1,64)
Правая маточная артерия	ИР	0,61 (0,56–0,72)*	0,39 (0,26–0,42)
Левая маточная артерия	ИР	0,68 (0,57–0,76)*	0,39 (0,26–0,42)

Примечание — *Достоверные различия по сравнению с группой сравнения $p < 0,01$; n — количество беременных женщин в исследуемых группах.

При анализе индексов СДО, ИР, ПИ в артерии пуповины плода у женщин основной группы были выше, чем в артерии пуповины плода группы сравнения, $p < 0,01$. Значимо более высокие показатели ИР были диагностированы в левой и правой маточных артериях.

Наличие синдрома задержки внутриутробного роста (СЗРП) I степени у пациенток основной группы выявлено у 7 (20%) пациенток, а СЗРП II и III степени у 9 (25,7%) и 2 (5,7%) основной группы соответственно. Маловодие диагностировано у 15 (42,8%) пациенток с гестозом. Досрочно родоразрешены 33 (94,2%) пациентки, путем операции кесарево сечение — 28 (80%) женщин основной группы. В группе сравнения все женщины родоразрешены в срок, из них роды через естественные родовые пути произошли у 20 (66,6%) и 10 (33,6%) беременных родоразрешены путем операции кесарево сечение, что значимо меньше, чем в основной группе ($p < 0,01$). Средний срок родоразрешения в основной группе составил 33,0 недели (min — 27,1; max — 37,1 недели), в контроле — 39,4 недели (min — 37,1; max — 41,3 недели). Средний вес новорожденных в основной группе составил 2040 (1080–2600) г, что было значимо меньше, чем в контроле — 3470 (3180–3800) г ($p < 0,01$). На второй этап выхаживания были переведены 35 (100%) новорожденных от женщин основной группы, из них 24 (68,5%) — в отделение интенсивной терапии и реанимации новорожденных.

Заключение. Тяжелый гестоз чаще всего формируется на фоне заболеваний сердечно-сосудистой системы и эндокринной системы. При гестозе тяжелой степени развиваются дисбаланс в системе гемостаза, антенатальные осложнения. Нарушение гемодинамики в маточно-плацентарном и фето-плацентарном кровотоке у женщин с гестозом обуславливало увеличение числа досрочных родоразрешений и тяжесть состояния детей при рождении.

THE COURSE OF PREGNANCY IN THE DEVELOPMENT OF LATE PREECLAMPSIA

A.N. Barsukov, V.L. Semenchuk, T.P. Vashchilina, A.V. Eshchenko

Preeclampsia is one of the most common types of heavy and obstetric pathology. The aim of this study was to analyze the characteristics of the course of pregnancy in women with late severe preeclampsia. We examined 35 women with late severe preeclampsia and 30 women in the control group. All women held full clinical and laboratory examination. It was established that develops severe preeclampsia often amid cardiovascular system and endocrine pathology. If eclampsia develops severe imbalance in the hemostatic system, manifested changes in the blood count, coagulation, as well as biochemical analysis of blood.

Keywords: preeclampsia, hemostasis, homeostasis, pathology, pregnancy.

Field of application: obstetrics, perinatal medicine.

Литература

1. Марков, Х.М. Молекулярные механизмы дисфункции сосудистого эндотелия / Х.М. Марков // Кардиология. — 2005. — № 12. — С. 62–72.
2. Прокопенко, В.М. Роль окислительного стресса в патогенезе гестоза / В.М. Прокопенко // Журн. акушерства и женских болезней. — 2007. — Т. 56, № 4. — С. 31.

3. Салов, И.А. Дисфункция эндотелия как один из патогенетических факторов расстройств микроциркуляции при гестозе / И.А. Салов, Т.Н. Глухова, Н.П. Чеснокова // Рос. вестн. акушера-гинеколога. — 2006. — Т. 6, № 6. — С. 4–9.
4. Сидорова, И.С. Гестоз / И.С. Сидорова. — М.: Медицина, 2006. — 415 с.