

2. Сочетание выявленной микоплазменной инфекции (или ее смешанных форм), оксалатно-кальцевой кристаллурии, снижения клубочковой фильтрации в III триместре беременности ниже 90 мл/мин, является маркером неблагоприятного прогноза для развития тяжелых форм плацентарной недостаточности, ОПГ, гестоза, перинатальных поражений плода и требует своевременной комплексной терапии для их профилактики.

3. Патологическое изменение почечного кровотока всегда сопровождается нарушением плацентарного кровотока. У 40% инфицированных беременных женщин эти сдвиги не восстанавливаются до нормы, несмотря на лечение.

4. Стабильно сохраняющееся или прогрессирующее нарушение почечного кровотока приводит к развитию тяжелых форм гестоза и тяжелых форм плацентарной недостаточности.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ ЛЕГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Н. М. Милыева

Уральская государственная медицинская академия,
г. Екатеринбург. МУКБ № 14.

На протяжении многих лет одной из актуальных проблем современного акушерства является проблема гестоза. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в изучении этиопатогенеза, диагностики и лечения гестоза, данная патология по-прежнему лидирует в структуре причин материнской смертности и перинатальных потерь (2).

Клинически гестоз характеризуется синдромом полиорганной недостаточности, развивающимся при беременности или обостряющимся во время беременности, с вовлечением в сложный патологический процесс абсолютно всех органов и систем (2, 3). Причиной возникновения гестоза и его прогрессирования является отсутствие возможностей адаптационных систем организма матери адекватно обеспечить потребности развивающегося плода.

Частота гестоза в разных городах России составляет от 17% до 32%, остается стабильно высоким процент его тяжелых форм. Атипичность течения гестоза диктует необходимость проведения идентификации степени его тяжести с учетом клиничес-

ких критериев, данных параклинического обследования и состояния фетоплацентарного комплекса, оцениваемого по ультразвуковому исследованию, доплерометрии плода. Гестозу принадлежит ведущая роль в структуре перинатальной смертности. По данным отечественных и зарубежных авторов, наиболее частой, ведущей причиной потери плодов и новорожденных у женщин с гестозом является патология плаценты. В патогенезе плацентарной недостаточности предопределяющим фактором оказывается нарушение гемодинамики в системе мать-плацента-плод (1, 5, 6).

Цель настоящей работы: изучение особенностей состояния плода и новорожденного у беременных с гестозом легкой и средней степени тяжести.

Материал и методы исследования

Проведено обследование, изучены особенности анамнеза, течения беременности и родов, состояние плодов и новорожденных у 25 беременных с гестозом легкой степени тяжести (I группа) и у 25 беременных с гестозом средней степени тяжести (II группа). Оценка степени тяжести гестоза проводилась в III триместре беременности по балльной системе по шкале Гёкке-Савельевой; учитывалась резистентность к проводимой терапии гестоза при прогрессировании беременности. В комплексе обследования беременных женщин обеих групп применялось традиционное клинко-лабораторное обследование: анализ крови и мочи общий, биохимический анализ крови, определение белковых фракций, проба мочи по Нечипоренко, анализ Зимницкого, проба Реберга, гемостазиограмма, мазок на чистоту влагалищной флоры.

Оценка состояния фетоплацентарного комплекса проводилась методом ультразвукового сканирования аппаратом Aloka 630 с линейным датчиком 3,5 МГц. Измерялись бипаритальный размер головки, длина бедра, окружность животика, определялось количество околоплодных вод, место локализации плаценты, ее толщина в месте отхождения пуповины и степень зрелости. Скорость кровотока в маточных и пуповинной артериях определялось с помощью доплерометрического блока.

Наружная кардиотокография проводилась на аппарате НМ 120 Fetal Monitor. Проведено морфометрическое и гистологическое исследование 23 плацент. Результаты были обработаны с помощью статистических методов анализа.

Результаты исследования и обсуждение

Сочетанный гестоз наблюдался в 100% случаев, раннее начало гестоза — в 64%.

Средний возраст первородящих женщин составил $24 \pm 0,6$; повторнородящих — $27 \pm 1,9$ в I группе, во II группе — $24,2 \pm 0,5$; $28,5 \pm 1,2$ соответственно. При этом в 100% беременностей были желанные, программированных беременностей не было.

В процессе анализа были выявлены следующие факторы риска для развития гестоза (табл. 1).

Таблица 1

Факторы риска развития гестоза

Фон	Легкий гестоз	Средняя степень гестоза
	I группа	II группа
1. Возраст		
менее 16 лет	—	2%
более 28 лет	10%	12%
2. Профессиональные вредности	16%	12%
3. Экстрагенитальная патология		
а) сердечно-сосудистая система		
НЦД по гипертоническому типу	14%	28%
НЦД по гипотоническому типу	6%	2%
гипертоническая болезнь	—	2%
б) мочевыводящая система		
хр. пиелонефрит, ремиссия	12%	8%
в) эндокринная система		
ожирение	2%	24%
дисфункция щитовидной железы	24%	22%
г) желудочно-кишечный тракт		
хр. гастрит	12%	14%
хр. холецистит	2%	10%
д) хр. инфекционные заболевания		
хр. тонзилит	10%	2%
4. Гестоз в анамнезе	6%	8%

Как видно из представленных данных, в возникновении гестоза и его прогрессировании большую роль имеет экстрагенитальная патология, особенно заболевания сердечно-сосудистой системы и эндокринной системы, а также наличие гестоза в анамнезе.

Дородовая госпитализация для подготовки к родам в I группе проведена в 12% случаев, во II группе — в 20% случаев. В 100% женщины были родоразрешены в условиях акушерского

стационара, из них срочные роды в I группе составили 92%, преждевременные в 8%, во II группе — 96% и 4% соответственно.

Через естественные родовые пути в I группе родоразрешились 72% женщин, во II группе — 76%, программированные роды в I группе — в 24% случаев, во II группе — в 52% случаев.

Кесарево сечение было проведено в I группе по абсолютным показаниям — у 3 женщин, по относительным — у 4 женщин; во II группе — по абсолютным показаниям прооперированы 3 женщины, по относительным — 3 женщины. У 44% женщин произошло преждевременное излитие околоплодных вод, в 4% случаев — слабость родовой деятельности, в 2% — преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, дискоординация родовой деятельности — в 4% случаев.

При оценке состояния фетоплацентарного комплекса было выявлено, что хроническая гипоксия плода у беременных с гестозом легкой степени присутствовала в 32%, с гестозом средней степени тяжести — в 52% случаев. Увеличение систоло-диастолического отношения кровотока в артерии пуповины наблюдалось в 20%, в маточных артериях — в 22%, что конкретно указывает на наличие плацентарной недостаточности. Для гестоза характерно первичное нарушение кровотока в маточной артерии. На начальных этапах гемодинамика плода не страдает. При прогрессировании патологического процесса обнаруживается нарушение и плодового кровотока (3). Это свидетельствует о декомпенсации адаптационных возможностей гемодинамики плода, что приводит к развитию тяжелой фетоплацентарной недостаточности, задержке развития плода.

Все дети в анализируемых случаях родились живыми.

Оценка состояния родившихся детей представлена в таблице.

Таблица 2

Степень тяжести гестоза	Оценка по Апгар	на 1 мин.		Средняя М тела		Рост, см	
	8—9	6—7	4—5	доно- шенный	недоно- шенный	доно- шенный	недоно- шенный
Легкая	32% (8)	56% (14)	12% (3)	3399± ±0,335	2216± ±0,105	52	45
Средняя	12% (3)	72% (18)	16% (4)	3422± ±0,295	2100± ±0,03	51	42

При изучении особенностей течения раннего неонатального периода установлено, что срок отпадения пуповинного остатка в среднем был $5 \pm 0,5$ дня и существенно не различался в исследуемых группах.

Максимальное уменьшение массы тела новорожденных составило в I группе $185 \pm 6,2$, во II группе — $357 \pm 10,9$. Наиболее часто ранний неонатальный период осложнялся общим отеочным синдромом в I группе в 8%, во II группе — в 24%, синдромом нервно-рефлекторной возбудимости в I группе — в 24%, во II группе — в 40% случаев, кожно-геморрагическим синдромом в I группе — в 24%, во II группе — в 20%, конъюгационной гипербилирубинемией в I группе — в 24%, во II группе — в 20%, синдромом дыхательных расстройств — в I группе в 4%, во II группе — в 8%, кровоизлияние в мозг во II группе — в 8% случаев.

Течение раннего неонатального периода представлено в зависимости от клинических проявлений гипоксии (таблица 3).

По клиническому проявлению гипоксии все доношенные дети условно разделены на группы:

I — практически здоровые (доношенные новорожденные с нормальными массово-ростовыми показателями, оценка по Apgar 8 баллов и более, физиологическим течением раннего неонатального периода).

II — дети с неосложненной гипоксией (доношенные новорожденные, родившиеся с оценкой по Apgar 7 баллов и менее, которые после коррекции гипоксии в родильном зале имели физиологическое течение раннего неонатального периода).

III — дети с осложненной гипоксией (доношенные новорожденные, родившиеся по шкале Apgar ниже 7 баллов, нуждавшиеся в реанимационных мероприятиях в родильном зале и интенсивной терапии в условиях неонатального отделения родильного дома).

Перинатальных потерь во всех группах не было.

Таблица 3

Структура степени тяжести гипоксии в зависимости от степени тяжести гестоза

Степень тяжести гестоза	Практически здоровые новорожденные I группа	Новорожденные с неосложненной гипоксией II группа	Новорожденные с осложненной гипоксией III группа
Легкая	6%	26%	14%
Средняя	0	28%	20%

Из 47 родившихся детей доношенными 17 были переведены в детские клиники на долечивание в связи с выявленной патологией. Все недоношенные дети родились с клиникой осложненной гипоксии, которая требовала интенсивного лечения в условиях неонатального отделения родильного дома, и были переведены в детские клиники для лечения и 2-го этапа выхаживания.

Как видно из представленного анализа, процент новорожденных с осложненной и неосложненной гипоксией во II группе рожавших женщин выше, чем в I группе, а своевременная и адекватная первичная помощь в родильном зале с участием неонатолога предотвратила развитие перинатальных потерь.

Таблица 4

Максимальная потеря массы тела и сроки восстановления первоначальной массы тела у доношенных новорожденных

Показатель	Гестоз легкой степени I группа	Гестоз средней степени II группа
Максимальная потеря массы тела	5,1% ± 0,3	6,6 ± 0,7
Восстановление массы тела, сут.	5,0 ± 0,8	7,5 ± 0,5

Из приведенного анализа следует, что процесс адаптации новорожденных II группы происходит с выраженным замедлением, что зависит от степени тяжести гестоза. На морфологическое исследование было представлено 23 плаценты. При микроскопическом исследовании обнаружены разной степени выраженности дистрофические изменения, проявившиеся наличием фиброза, очаговыми отложениями извести, инфарктами, стазами в сосудах. В 60% всех случаев состояние плаценты расценивалось как хроническая субкомпенсированная плацентарная недостаточность. В единичных случаях в плацентах наблюдались явления плацентита.

Таким образом, ретроспективный анализ течения беременности и родов у женщин с гестозом легкой и средней степени тяжести показал, что состояние фетоплацентарного комплекса и степень тяжести новорожденных в раннем неонатальном периоде находится в прямой зависимости от степени тяжести гестоза. С прогрессированием тяжести гестоза формируются сложные патогенетические сдвиги в системе «мать-плацента-плод-новорожденный», которые ведут к срыву механизмов адаптации. Догравидарное выделение группы риска женщин на развитие гестоза, пла-

нирование беременности, ранняя диагностика и лечение патологических состояний фетоплацентарного комплекса, своевременная профилактика перехода гестоза в более тяжелую степень, рациональное ведение беременности и родов, квалифицированная помощь неонатолога в родильном зале приведут к снижению тяжелой патологии новорожденных в раннем неонатальном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В. В. «Активное ведение родов», Санкт-Петербург: «Специальная литература» — 1997 г. — 664 с.
2. Серов В. Н., Стрижаков А. Н., Маркин С. А. «Руководство по практическому акушерству» М: МИА — 1997 г. — 436 с.
3. Стрижаков И. В., Игнатко Л. Г., Ковалева Л. Г. «Становление и развитие внутриплацентарного кровообращения при физиологической беременности» М: Медицина-«АиГ» — 1996 г. — С. 16—19.

КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИНСТЕНОНА ДЛЯ ПОДГОТОВКИ БЕРЕМЕННЫХ ГРУППЫ РИСКА К РОДАМ И ПРОФИЛАКТИКИ АНОМАЛИЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Е. В. Менгал, В. В. Абрамченко

НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта РАМН,
Санкт-Петербург

В настоящее время в связи с увеличением числа беременных, относящихся к группе риска, перед акушерами все чаще встает вопрос о досрочном прерывании беременности. Известно, что медикаментозное родовозбуждение часто осложняется аномалиями сократительной активности матки, приводящими к нарушению состояния плода.

В связи с этим профилактика аномалий родовой деятельности и подготовка беременных к родам при осложненном течении беременности продолжают оставаться одной из главных проблем современного акушерства.

Наиболее широкое распространение получил способ комплексной подготовки к родам, включающий в себя применение спазмолитиков, эстрогенов, витаминов, ферментов в течение 6—8 дней. Однако данный метод подготовки беременных к родам приводит к оптимальной биологической готовности лишь в половине случаев (Г. Г. Хечинашвили, 1980; Е. И. Новиков, 1984 и др.).