

И.В. Чиркова, С.Н. Лапина

**КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА У ЖЕНЩИН С ГЕСТОЗОМ И ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Уральский НИИ Охраны материнства и младенчества

На современном этапе гестоз рассматривается как клиническая форма дезадаптации организма женщины к беременности, что со стороны плода и плаценты проявляется развитием плацентарной недостаточности и формированием синдрома задержки развития.

Основные перинатальные проблемы, которые сопряжены с гестозом, проявляются значительным удельным весом рождения недоношенных детей, перинатальными поражениями ЦНС и других систем жизнеобеспечения гипоксического характера, а также нарушением роста и развития плода, что приводит к поддержанию высокого уровня заболеваемости и смертности новорожденных. Вопросы пренатального прогнозирования неблагоприятных перинатальных исходов, в том числе синдрома задержки развития плода (СЗРП), являются недостаточно изученными и определяют актуальность исследований данного направления.

**Объект исследования.** Проведен анализ 102 историй родов и развития новорожденных детей у женщин с гестозом различной степени тяжести для обоснования информативных показателей и составления алгоритма прогноза развития СЗРП. Выборка историй поделена на две группы. Первую – основную – группу составили 70 пациенток, новорожденные которых страдали синдромом задержки плода. Вторую группу – сравнения – 32 беременных, родивших детей с пропорциональным типом развития.

**Клиническая характеристика обследованных женщин.** При проведении ретроспективного анализа исследуемые группы были сопоставимы по исходным антропометрическим показателям. Масса тела у пациенток в основной группе до беременности составила 61,6±1,3 кг. В группе сравнения ее значение соответствовало 65,73±2,31 кг ( $p>0,05$ ). Средний показатель роста в основной группе имел значение 162,4±0,03 см, в контрольной – 164,4±1,35 см ( $p>0,05$ ). Общая прибавка за беременность в основной группе составила 10,05±0,5 кг, в группе сравнения – 12,9±1,1 кг ( $p<0,01$ ). Различие в прибавке массы тела, очевидно, связано с продолжительностью развития беременности в исследуемых группах. Изучение возраста и структуры паритета женщин обеих групп достоверных различий не выявило. Среди пациентов основной группы достоверно чаще встречались служащие и домохозяйки.

Отягощенную наследственность имели 38,57±5,80% женщин основной группы и 15,60±6,50% группы сравнения ( $p<0,05$ ). Гипертонической болезнью страдало 22,80±5,05% родителей основной и

15,60±0,40% в группе сравнения ( $p>0,05$ ), сахарным диабетом – 8,50±3,45 и 6,20±0,69% соответственно ( $p>0,05$ ). На онкологические заболевания у родственников указывали 14,20±1,70% основной и 12,50±5,92% группы сравнения ( $p>0,05$ ). Достоверно чаще среди родителей пациенток основной группы регистрировалась бронхиальная астма – 10%, в группе сравнения заболевание не встретилось ( $p<0,05$ ).

Экстрагенитальная патология в основной группе женщин составила 38,50±0,80, а в группе сравнения 16,10±1,12% ( $p<0,05$ ). Среди заболеваний преобладали гипертоническая болезнь (48,70±2,40%), хронический пиелонефрит (27,14±2,30%), бронхиальная астма (10,0±2,40%). Обращает внимание то, что в основной группе чаще, чем в группе сравнения регистрировались болезни желудочно-кишечного тракта (22,86±5,05%) и миопия – у 22,85±0,50% ( $p<0,05$ ).

Анализ наследственного анамнеза и экстрагенитальной заболеваемости показал достоверное преобладание изучаемой патологии у женщин основной группы. Однако в структуре наследственной патологии у женщин основной группы чаще встречались заболевания дыхательной системы ( $p<0,05$ ), а в структуре соматической патологии превалировала частота заболеваний желудочно-кишечного тракта и миопии ( $p<0,05$ ).

Акушерско-гинекологический анамнез был отягощен у 54,29±5,99% женщин основной группы, в группе сравнения этот показатель составил 28,12±8,05% ( $p<0,01$ ). Перинатальные потери наблюдались у 4,90±2,40% женщин основной группы, 1,43±1,40% из них указывали на рождение недоношенных детей. Тяжелый гестоз в анамнезе отмечался у 5,70±2,70% женщин основной группы. В группе сравнения перинатальные потери и гестоз в анамнезе не зарегистрированы ( $p<0,05$ ).

Женщины, родившие детей с СЗРП, достоверно чаще страдали гинекологическими заболеваниями: 54,29±5,90 и 28,10±8,05% соответственно ( $p<0,05$ ). В структуре заболеваемости в основной группе преобладало бесплодие, предшествовавшее беременности у 17,14±4,50% ( $p<0,05$ ). В группе сравнения бесплодие не встречалось ни у одной из пациенток.

Несмотря на отсутствие достоверных различий среди других нозологических форм гинекологических заболеваний, следует отметить, что наличие хронического аднексита в основной группе регистрировалось у 25,70±2,30% пациенток, в группе сравнения – у 12,50±5,90% ( $p>0,05$ ), доброкачественные опухоли яичников – у 7 и 3% женщин, соответственно. Искусственное прерывание беременности имело место у 30,0±5,50% женщин основной группы и у 25,0±7,70% пациенток группы сравнения. Частота кесарева сечения в анамнезе в группах практически не отличалась – 18,50±4,68 и 12,50±5,90% соответственно ( $p>0,05$ ).

У женщин, беременность которых осложнилась гестозом с исходом в СЗРП, в 2 раза чаще регистрировалась клиника угрозы прерывания беременности в сопоставлении с группой сравнения. В основной

группе угроза прерывания беременности отмечена у 57,44±5,95% пациенток. Этот вид патологии имел более тяжелое течение у пациенток основной группы, что подтверждалось частотой кровомазанья – 30,0±5,10%, потребовавшего применения гормональной терапии в 21,57±4,94% наблюдений. Болевой синдром и гипертонус миометрия, по данным УЗИ, практически в 5 раз чаще отмечались у беременных основной группы – 15,70±4,40 и 17,40±4,50% соответственно. Одной из вероятных причин угрожающего выкидыша в I-ом триместре являлись различные виды урогенитальных инфекций – 24,60±5,70%.

Таким образом, проведенные исследования позволили определить анамнестический профиль пациенток, угрожаемых по развитию гестоза и плацентарной недостаточности, и подтвердили мнение о том, что факторами риска формирования синдрома задержки развития плода является соматическая патология дисциркуляторного и гипоксического характера (гипертоническая болезнь, хронический пиелонефрит, бронхиальная астма, болезни ЖКТ, миопия), а также гинекологические заболевания воспалительного генеза, бесплодие в анамнезе. Вторая половина беременности у пациенток основной и группы сравнения имела различные клинические особенности. Для пациенток первой группы было характерно более раннее развитие гестоза, что проявлялось, в основном, отечным симптомом, начиная с 27,43±0,58 недель в сопоставлении с группой сравнения – 31,14±0,68 недель. Однако продолжительность симптоматики гестоза в обеих группах существенно не отличалась в связи с досрочным родоразрешением у пациенток основной группы и составила для I-ой группы 7,90±0,52 недель и для второй – 7,20±0,73 недель соответственно. Структура гестоза также не имела достоверных различий, хотя отмечена достаточно устойчивая тенденция преобладания гестоза тяжелой степени у пациенток основной группы – 45,70±6,00%, а в группе сравнения – легкой степени в 40,60±8,82% наблюдений. Артериальная гипертензия также была более выражена у пациенток основной группы. Среднее значение САД у них составляло 138,80±2,21 мм рт ст, ДАД – 93,12±1,60 мм рт ст. В группе сравнения среднее значение САД было достоверно ниже и находилось в пределах 128,80±3,54 мм рт ст ( $p<0,01$ ), ДАД – 84,82±2,45 мм рт ст ( $p<0,01$ ). Для интерпретации уровня содержания белка в моче использовалась балльная оценка по шкале Г.М.Савельевой (1999). При этом среднее значение протеинурии в основной группе составило 1,55±0,11 балла, в группе сравнения – 1,00±0,17 балла ( $p<0,01$ ).

Таким образом, гестоз у пациенток основной группы имел более тяжелое течение, чем в группе сравнения.

Клиническая симптоматика состояния фетоплацентарного комплекса соответствовала субкомпенсированной форме плацентарной недостаточности, что проявилось достоверным отставанием ВДМ от гестационных норм у пациенток основной группы на 3,52±0,27 см ( $p<0,001$ ) и частотой маловодия – 30,30±5,51% ( $p<0,01$ ).

Степень тяжести плацентарной недостаточности и гестоза определяли акушерскую тактику родоразрешения и показания для операции кесарева сечения. В основной группе частота абдоминального способа родоразрешения составила 60,00±8,55%, что практически в 4 раза превысило применение аналогичного вмешательства в группе сравнения ( $p<0,05$ ). Соответственно изменилось соотношение частоты родов через естественные родовые пути. Родоразрешение с использованием методики программированных родов было выполнено у каждой шестой беременной в обеих группах.

И.В. Чиркова, О.Ю. Севостьянова

### ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРОГНОЗА РАЗВИТИЯ СЗРП ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ГЕСТОЗОМ

Уральский НИИ охраны материнства и младенчества

В процессе поиска объективных критериев прогноза развития синдрома задержки роста плода (СЗРП) при беременности, осложненной гестозом, проведен комплекс клинических, лабораторных, биофизических исследований, характеризующих состояние и динамику основных систем жизнеобеспечения матери и внутриутробного плода. Последующий математический анализ позволил определить клинические и клиничко-лабораторные показатели (гемостазиологические) для составления алгоритма прогноза развития СЗРП у женщин с гестозом. На первом этапе были определены основные клинические информативные показатели развития СЗРП по данным ретроспективного анализа (табл. 1).

В табл. 1 представлены наиболее информативные клинические показатели прогноза развития СЗРП при гестозе. Иначе их можно назвать факторами риска развития СЗРП.

На следующем этапе выделены наиболее информативные клиничко-лабораторные показатели риска развития СЗРП. Во втором триместре беременности самые информативные показатели были выявлены при исследовании гемостазиологических параметров системы гомеостаза.

Информативные показатели системы гемостаза во 2 триместре беременности в оценке прогноза и развития СЗРП при гестозе

Число тромбоцитов	A	10/9 г/л
АПТВ (активированное парциальное тромбопластиновое время)	B	сек
Фибриноген	C	г/л

Использование этих показателей позволяет определить прогноз развития СЗРП во втором триместре беременности по данным гемостазиологических показателей.