

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 клинично-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 клинично-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	А	10/9 г/л
АПТВ (активированное парциальное тромбопластиновое время)	В	сек
Фибриноген	С	г/л

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

Основные клинические информативные показатели развития СЗРП

Показатели	1 группа	2 группа	p
Отягощенный акушерский анамнез, % к итогу	54,29±5,99	28,12±2,3	<0,05
Заболевания ЖКТ, % к итогу	22,36±5,05	9,38±5,2	<0,01
Миопия, % к итогу	22,86±0,5	6,2±4,3	<0,05
Внутриутробная инфекция, % к итогу	54,29±6,00	31,25±8,23	<0,05
Угроза прерывания в I триместре, % к итогу	57,29±5,95	25,0±7,77	<0,01
Бесплодие, % к итогу	17,14±4,53		<0,01
Начало отечного симптома (количество недель)	26,5±0,58	31,2±0,65	<0,001
Отечный симптом во 2 триместре беременности, % к итогу	57,1±0,06	18,7±0,07	<0,01
% к итогу	42,8±0,02		<0,001
Сроки диагностики гестоза (количество недель)	27,9±0,64	31,0±0,75	<0,01
Белок мочи, % к итогу	40,0±0,13		<0,01
Отставание роста ОЖ при УЗИ, см	65,0±5,63	110,9±18,9	<0,05

Методом дискриминантного анализа выведено решающее правило прогноза развития СЗРП при гестозе на доклиническом выявлении гестоза и СЗРП во втором триместре беременности, которое заключается в определении дискриминантного показателя S по формуле прогноза I:

$$S = 0,02A + 0,46B - 0,06C - 4,39$$

Критерий значимости данной функции $p < 0,001$. При значении $S < 0$ прогнозируется развитие СЗРП у беременных с гестозом, при $S > 0$ прогнозируется пропорциональное развитие плода.

Правильная классификация (Специфичность) для 1 группы составляет 78,2%, для второй группы – 75,6%. Эффективность метода 77%. Таким образом, наиболее информативным для прогноза СЗРП при гестозе во втором триместре беременности являются гемостазиологические показатели гомеостаза: количество тромбоцитов, фибриноген, АПТВ. Снижение уровня тромбоцитов, АПТВ, повышение фибриногена на наличие изменений гемостаза во втором триместре беременности и на доклиническом этапе указывает на возможные осложнения в плане развития беременности и формирования субкомпенсированной формы плацентарной недостаточности с исходом в СЗРП.

Пример 1. Трондина Т.Х., 25 лет, повторнобеременная, повторнородящая, находилась на лечении в ГУ УрНИИ ОММ в 2000 г. История родов % 74. Наследственность отягощена по линии отца лейкозом. Из хронических заболеваний: цистит, часто ОРВИ. Хроническая внутриутробная беременность: уреоплазмоз, микоплазмоз. В анамнезе 1 медицинский аборт. Данная беременность с ранних сроков сопровождалась угрозой прерывания с болевым синдромом и гипертонусом миометрия при УЗИ. Отечный симптом прогрессировал с 26-27 недели беременности, артериальное давление в пределах нормы. При исследовании коагулограммы выявлено: число тромбоцитов $164 \cdot 10^9/\text{л}$, фибриноген 4,2 г/л, АПТВ 50,9 сек. По формуле прогноза рассчитываем прогностический индекс:

$$S = 164 \cdot 0,02 + 50,9 \cdot 0,046 - 4,2 \cdot 0,06 - 4,39 = 3,28 + 2,34 - 0,25 - 4,39 = 0,98$$

Таким образом, $S > 0$, прогноз для плода благоприятный, несмотря на наличие факторов риска развития

СЗРП. Женщина родоразрешилась 24.01.00 г. срочными родами, живым доношенным ребенком массой 3860, рост 58 см. На 5 сутки выписана домой в удовлетворительном состоянии с ребенком.

Пример 2. Попычканова Е.В., 22 года. Находилась на лечении в ГУ УрНИИ ОММ с 17.04.2000г. Наследственность отягощена по линии матери циррозом печени. Соцически отягощена хроническим гастритом. В акушерско-гинекологическом анамнезе медицинский аборт. Первый триместр осложнился угрозой прерывания беременности с гипертонусом миометрия по УЗИ. Является носителем цитомегаловирусной инфекции. Отечный симптом прогрессировал с 25 недели беременности. Исследование гемостаза выявило снижение уровня тромбоцитов до $126 \cdot 10^9/\text{г/л}$, АПТВ 32 сек, фибриноген 4,0 г/л. По формуле прогноза:

$$S = 126 \cdot 0,02 + 32 \cdot 0,046 - 4,0 \cdot 0,06 - 4,39 = -0,86$$

Таким образом, при $S < 0$, у женщины неблагоприятный прогноз для роста внутриутробного плода, прогнозируется СЗРП плода в сроке 28 недель беременности. Синдром задержки роста и развития плода был диагностирован при УЗИ в 33 недели беременности, плод отставал в росте на 2 недели, женщина была родоразрешена преждевременно способом операции кесарево сечение в 33-34 недели. Ребенок родился недоношенным, отмечены неврологическая симптоматика, синдром двигательных и дыхательных нарушений, перивентрикулярная ишемия, морфофункциональная незрелость внутренних органов. Ребенок находился в палате интенсивной терапии, после чего был переведен для дальнейшего лечения в детскую клинику.

Таким образом, результаты гемостазиологического скрининга, выполненные во втором триместре беременности, позволяют с диагностической эффективностью в 77% случаев прогнозировать развитие СЗРП при гестозе с целью предупреждения перинатальных осложнений.

Высокая информативность и доступность предлагаемого способа дает возможность, используя всего 3 показателя: тромбоциты, фибриноген, АПТВ, с точностью 77% прогнозировать развитие СЗРП при гестозе, учитывая дополнительно информативные показатели клинического течения беременности уже во втором триместре.