

ТЕРАПИЯ ТЯЖЕЛЫХ ГЕСТОЗОВ ПРИ НЕДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Т. В. Павлова¹, В. А. Петрухин², А. Н. Семькин^{1,3}

¹ Белгородский государственный университет,

² Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии,

³ Белгородская областная клиническая больница святителя Иоасафа

Therapy for Severe Gestoses in Incomplete Pregnancy

T. V. Pavlova¹, V. A. Petrukhin², A. N. Semykin^{1,3}

¹ Belgorod State Medical University

² Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology

³ St. Ioasaf Belgorod Regional Clinical Hospital

Цель исследования — улучшить исходы беременности при тяжелом гестозе. **Материал и методы.** Обследованы 65 женщин с недоношенной беременностью на фоне тяжелого гестоза, а также проведена оценка состояния 65 новорожденных в раннем неонатальном периоде. Женщины распределены на три группы: 1-я группа — 19 беременных прооперированы в экстренном порядке при поступлении в связи с тяжестью состояния (преэклампсия); 2-я группа — 22 беременных получали стандартную терапию гестоза; 3-я группа — 24 беременных — получили стандартную терапию гестоза в сочетании с 6% раствором гидроксиэтилированного крахмала Стабизол®. **Результаты.** На фоне проводимой терапии гестоза пролонгирование беременности у пациенток 2-й группы составило $4,5 \pm 1,2$ койко-дня, а в 3-й группе в среднем $7,6 \pm 1,6$ койко-дня. Частота перевода новорожденных в ОРИТН в 1-й группе была 63,1%, 50% — во 2-й, 37,5% — в 3-й. Перевод в отделение патологии новорожденных на второй этап выхаживания в 1-й группе потребовался в 100% случаев, у 77,2% новорожденных 2-й группы, 62,5% — в 3-й группе. **Заключение.** Использование 6%-гидроксиэтилированного крахмала Стабизол® в комплексной терапии тяжелых форм гестоза при недоношенной беременности позволяет пролонгировать беременность, ускорить реабилитацию родильниц, провести профилактику респираторного дистресс-синдрома в полном объеме, улучшить период адаптации для новорожденных и перинатальные исходы в целом. **Ключевые слова:** тяжелый гестоз, недоношенная беременность, 6% раствор Стабизол®.

Objective: to improve pregnancy outcomes in severe gestosis. **Subjects and methods:** Sixty-five women with incomplete pregnancy in presence of severe gestosis were examined and the status of 65 neonatal babies was evaluated in the early neonatal period. The women were allocated into 3 groups: 1) 19 pregnant women were urgently operated on for severe admission condition (preeclampsia); 2) 22 pregnant women received standard therapy for gestosis; 3) 24 had standard therapy for gestosis in combination with 6% solution of the hydroxyethyl starch Stabisol®. **Results.** During gestosis therapy, pregnancy prolongation was 4.5 ± 1.2 bed/days in Group 2 and averaged 7.6 ± 1.6 bed/days in Group 3. The rate of neonatal referral to an intensive care unit was 63.1, 50.0, and 37.5% in Groups 1, 2, and 3, respectively. Referral to a neonatal pathology unit at the second stage of nursing was required in 100, 77.2, and 62.5% in Groups 1, 2, and 3, respectively. **Conclusion.** The use of 6% solution of the hydroxyethyl starch Stabisol® in complex therapy for gestosis in incomplete pregnancy prolongs pregnancy, accelerates rehabilitation in puerperas, prevents respiratory distress syndrome in full measure, and improves the neonatal adaptation period and perinatal outcomes as a whole. **Key words:** severe gestosis, incomplete pregnancy, 6% solution of Stabisol®.

Несмотря на значительные успехи в диагностике и терапии тяжелых гестозов, данное осложнение беременности остается одной из основных причин материнской смертности и перинатальной заболеваемости в Российской Федерации [1–4]. Результатом прогрессирующего гестоза становится плацентарная недостаточность и внутриутробное страдание плода

[5, 6]. Установлено, что частотность подобных случаев обусловлена экстрагенитальными заболеваниями матери, течением беременности, родов, функциями плаценты, другими причинами, которые на сегодняшний день изучены недостаточно [3, 7, 8]. Тяжелые гестозы являются одной из причин, приводящих к досрочному родоразрешению в 40–60% случаев. При этом перинатальные потери достигают 560% [1, 2, 9, 10]. В связи с этим, изучение различных подходов в терапии тяжелых форм гестоза с целью улучшения состояния здоровья матерей и новорожденных является одной из актуальных задач в области охраны здоровья населения.

Адрес для корреспонденции (Correspondence to):

Семькин Алексей Николаевич
E-mail: yars0906@yandex.ru

Цель исследования — улучшение исходов для матери и новорожденного при недоношенной беременности на фоне тяжелого гестоза.

Материал и методы

На базе перинатального центра Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа в 2007–2009 гг. проведено комплексное обследование, лечение и родоразрешение 65-и беременных с тяжелым гестозом и оценка состояния 65-и новорожденных в раннем неонатальном периоде, необходимость перевода в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных и на второй этап выхаживания.

Критериями включения пациенток послужила оценка гестоза по шкале Гоеске в модификации Г. М. Савельевой (2001) 12 баллов и выше.

В целях проведения сопоставительного анализа клинико-анамнестических данных беременные были распределены на следующие группы: 1-я группа — 19 беременных прооперированы в экстренном порядке при поступлении в связи с тяжестью состояния (преэклампсия), 2-я группа — 22 беременных получали стандартную терапию гестоза, 3-я группа — 24 беременных — получали стандартную терапию гестоза в сочетании с 6% раствором гидроксипропилированного крахмала Стабизол® по 500 мл внутривенно капельно 1 раз в сутки от 2 до 4-х дней.

Результаты и обсуждение

У всех пациенток, включенных в исследование отсутствовала соматическая патология в стадии декомпенсации, Все женщины родоразрешались путем операции кесарево сечение в условиях общей анестезии с искусственной вентиляцией легких и миоплегией.

Показаниями к оперативному родоразрешению в 1-й, 2-й и 3-й группах послужили: преэклампсия, гестоз тяжелой степени, утяжеление гестоза.

Помимо стандартного клинического обследования, включавшего в себя клинические анализы крови и мочи, суточную протеинурию, биохимический анализ крови, гемостазиограмму, анализы мочи по Нечипоренко, Зимницкому, пробу Реберга, бактериологический посев мочи, УЗИ внутренних органов, УЗИ плода, доплерометрию маточно-плацентарно-плодового кровотока, кардиотокограмму плода, ЭКГ, консультирование офтальмолога, терапевта, кардиолога, нефролога, невролога.

Все женщины получали патогенетическую терапию гестоза согласно отраслевым стандартам, включавшую антигипертензивную, магниезиальную, седативную, метаболическую, спазмолитическую и инфузионную терапию. В послеродовом периоде в течение 3-х суток все женщины находились в условиях отделения реанимации, проводился мониторинг среднего артериального давления, оценка суточной протеинурии.

Все родильницы получали антибактериальную, инфузионную, утеротоническую терапию. В 100% случаев проводилась профилактика тромбоэмболических осложнений.

При анализе среднего возраста установлено, что в 1-й группе эти показатели были ниже, чем во 2-й и 3-й, и составили $22,0 \pm 6,32$ лет, $27,18 \pm 5,17$ лет, $29,13 \pm 6,17$ лет, соответственно. Это свидетельствовало о том, что

молодой возраст является фактором, приводящим к наиболее неблагоприятному течению гестоза.

Обращает на себя внимание неоднородность групп по паритету родов. Встречаемость первородящих в 1-й, 2-й, 3-й группах составила, соответственно, 42,1% (8), 72,7% (16), 62,5% (15), а повторнородящих 57,9% (11), 27,3% (6), 37,5 (9)%. При анализе паритета родов на исход беременности не выявлено статистически значимых различий между группами.

При анализе акушерско-гинекологического анамнеза пациенток 1-й группы нарушения овариально-менструального цикла встречались у 5,26% (1), хронические воспалительные заболевания гениталий — у 21% (4), самопроизвольные выкидыши на ранних сроках — 10,52% (2), бесплодие — в 5,26% (1), медицинские аборт 15,78% (3). Во 2-й группе установлено, что нарушения овариально-менструального цикла встречались в 9% (2) случаев, хронические воспалительные заболевания гениталий отмечались в 22,7% (5), самопроизвольные выкидыши на ранних сроках — у 4,5% (1), неразвивающаяся беременность — 4,5% (1), бесплодие — 9% (2), миома матки — 9% (2), медицинские аборт — 9% (2). В 3-й группе нарушения овариально-менструального цикла выявлены в 16,7% (4), хронические воспалительные заболевания гениталий — 29,2% (7), неразвивающаяся беременность — 4,2% (1), бесплодие — 12,5% (3), медицинские аборт — 12,5% (3).

При анализе экстрагенитальной патологии беременных с гестозом различной степени тяжести заболевания сердечно-сосудистой системы встречались в 47,3% (9), 31,8% (7), 83,35% (20) случаев в 1-й, 2-й и 3-й группах, соответственно, анемия была выявлена в 36,8% (7), 40,9% (9), 41,6% (10) случаях, хронический пиелонефрит встречался в 15,8% (3), 31,8 (7), 25% (6) наблюдений, ожирение отмечено у 10,5% (2), 9% (2), 16,6% (4); заболевания щитовидной железы — в 10,5% (2), 9% (2), 8,3% (2), заболевания глаз в 1-й группе не отмечено, во 2-й и 3-й группах 22,7% (5), 29,1% (7) (табл. 1).

Токсикоз первой половины беременности наблюдался в 17,7% (3), 9% (2), 16,6% (4) случаев, угрожающий аборт встречался в 26,3% (5), 13,6% (3), 29,1% (7), угроза преждевременных родов отмечена в 42,1% (8), 36,3% (8), 25% (6).

На фоне проводимой патогенетической терапии гестоза пролонгирования беременности у пациенток 2-й группы составило $4,5 \pm 1,2$ койко-дня, а стабилизацию состояния в 3-й группе в среднем удалось поддерживать в течение $7,6 \pm 1,6$ койко-дней. Это позволило провести профилактику респираторного дистресс- синдрома новорожденных бетаметазоном в 3-й группе дважды с интервалами в 7 суток.

В общеклинических анализах крови, коагулограмме не отмечалось достоверно значимых различий в группах.

При анализе в послеродовом периоде стабилизация среднего артериального давления в группе родильниц, получавших 6% — ГЭК Стабизол® происходила к третьим суткам, в то время как снижение уровня среднего АД в 1-й и 2-й группах происходило к 5–6-м суткам (табл. 2).

Таблица 1

Структура экстрагенитальной патологии в группах больных

Показатель	Значения показателей в группах					
	1-я (n=19)		2-я (n=22)		3-я (n=24)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Анемия	7	36,8	9	40,9	10	41,6
Хронический пиелонефрит	3	15,8	7	31,8	6	25
Ожирение	2	10,5	2	9	4	16,6
Заболевания щитовидной железы	2	10,5	2	9	2	8,3
Заболевания сердечно-сосудистой системы, из них:	9	47,3	7	31,8	20	83,3
НЦД	5	26,3	7	31,8	10	41,6
ГБ	2	10,5	0	0	5	20,8
ПМК	2	10,5	0	0	5	20,8
Хронический бронхит	4	21	1	5,55	0	0
Миопия	0	0	5	22,7	7	29,1

Таблица 2

Уровни среднего артериального давления у родильниц в послеродовом периоде

Группа	Среднее артериальное давление (мм рт. ст.) на этапах исследования, сутки					
	1-е	2-е	3-и	4-е	5-е	6-е
1-я группа	136±8,4	127±9,2	132±7,3	126±9,4	121±12,2	117±11,1
2-я группа	133±8,5	125±11,7	130±10,2	122±8,6	117±15,3	100±10,8
3-я группа	128±10,5	115±13,2	118±13,7	110±10,3	107±12,8	91±9,8

Таблица 3

Уровень протеинурии у родильниц в послеродовом периоде

Группа	Уровень протеинурии (г/л) на этапах исследования, сутки		
	1-е	3-и	6-е
1-я группа	1,94±1,1	1,32±0,9	0,99±0,5
2-я группа	1,5±0,9	0,99±0,65	0,3±0,15
3-я группа	0,7±0,8	0,33±0,2	0,066±0,02

Таблица 4

Состояние новорожденного в раннем неонатальном периоде

Показатель	Значения показателей в группах		
	1-я (n=19)	2-я (n=22)	3-я (n=24)
Срок гестации, недель	35,1±0,9	33,4±1,6	33,2±1,9
Перевод в отделение реанимации новорожденных (ОРИТН), % (кол-во)	63,1 (12)	50 (11)	37,5 (9)
РДСН (всего), из них:	36,8 (7)	81,8 (18)	62,5 (15)
легкой степени, %	42,9	25	50
средней степени, %	57,1	25	25
тяжелой степени, %	0	50	25
Частота ИВЛ в ОРИТН (от общего числа переведенных в ОРИТН)	50 (6)	72,7 (8)	55,6 (5)
ЗВУР (задержка внутриутробного развития)	57,9 (11)	54,5 (12)	36,4 (8)
Церебральная ишемия, % (кол-во)	73,6 (14)	59,1 (13)	50 (12)
Перевод на 2-й этап выхаживания в отделение патологии новорожденных, % (кол-во)	100 (19)	77,2 (17)	62,5 (15)

При анализе протеинурии у родильниц отмечена более ранняя динамика снижения суточной потери белка в группе женщин, получавших 6% — ГЭК Стабизол®. Так, в 1-й группе суточная протеинурия составляла 1,94 г/л, 1,32 г/л, 0,99 г/л на 1-е, 3-и, 5-е сутки, соответственно, во 2-й группе — 1,5 г/л, 0,99 г/л, 0,3 г/л, а в 3-й группе — 0,7 г/л, 0,33 г/л, 0,066 г/л (табл. 3).

После родоразрешения проводилась оценка состояния новорожденного на основе изучения течения раннего неонатального периода.

Перинатальной смертности в обеих группах не было, однако заболеваемость новорожденных в 1-й группе была выше, чем во 2-й.

Несмотря на проводимые мероприятия, частота перевода новорожденных в ОРИТН в 1-й группе была 63,1%, 50% — во второй, 37,5% — в третьей, при этом РДСН в 1-й группе встречался в 36,8%, во 2-й группе — в 81,8% случаев, а в 3-й — 62,5%. Более низкий уровень РДСН в 1-й группе, по-видимому, связан с большим гестационным возрастом по сравнению со 2-й и 3-й группами. Использование ИВЛ (в т. ч. SIPAP) в ОРИТН в первой группе составило 50%, 72,7% — во второй, 55,6% — в третьей.

Перевод в отделение патологии новорожденных на второй этап выхаживания в 1-й группе потребовался в 100% случаев, у 77,2% новорожденных во 2-й группе, 62,5% — в 3-й группе (табл. 4).

Заключение

Таким образом, использование 6%-гидроксиэтилированного крахмала Стабизол® в комплексной терапии тяжелых форм гестоза при недоношенной

беременности позволяет пролонгировать беременность, провести профилактику респираторного дистресс-синдрома в полном объеме, улучшить период адаптации для новорожденных и перинатальные исходы в целом.

Литература

1. Айламазян Э. К., Мозговая Е. В. Гестоз: теория и практика. М.: МедЭкспертПресс; 2008. 272.
2. Кулаков В. И., Мурашко Л. Е. Преждевременные роды. М.: Медицина; 2002. 6–9.
3. Хатий Х. Х., Лозутова Л. С., Кассиль В. Л., Петрухин В. А. Эклампсия, эклампсическая кома, интенсивная терапия. М.: МедЭкспертПресс; 2008.
4. Краснополский В. И., Лозутова Л. С., Мазурская Н. М. Принципы интенсивной терапии беременных с гестозом при подготовке к родоразрешению. Росс. вестн. акушера-гинеколога 2004; 4 (2): 6–8.
5. Лозутова Л. С., Хатий Н. Х., Пырскова Ж. Ю. Современные подходы в комплексной терапии беременных с гестозом тяжелой степени. Трудный пациент 2008; 6 (1): 23–26.
6. Савельева Г. М., Шалина Р. И. Современные проблемы патогенеза, терапии и профилактики гестоза. Акушерство и гинекология 1998; 5: 6–9.
7. Pre-eclampsia: Etiology and Clinical Practice. Cambridge University Press; 2007. 566.
8. Сидорова И. С. Гестоз. М.: Медицина; 2003. 416.
9. Абрамченко В. В. Фармакотерапия преждевременных родов. М.: ИнтелТек; 2003. 446.
10. Кулаков В. И. (ред.) Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2006. 512.

Поступила 14.04.10

План научно-организационных мероприятий НИИ общей реаниматологии им. В. А. Неговского РАМН в 2010 г.

Ноябрь

Сертификационный курс анестезиологов-реаниматологов.

Школы-семинары:

- Патофизиология, клиника и лечение острой дыхательной недостаточности в критических состояниях;
- Экстракорпоральное очищение крови при критических состояниях;
- Политравма и кровопотеря;
- Питание в критических состояниях;
- Центральная нервная система у больных в критических и постреанимационных состояниях;
- Догоспитальная реанимация;
- Нарушение кровообращения у больных в терминальных и критических состояниях;
- Правовые вопросы деятельности врача анестезиолога-реаниматолога.

Место проведения:

НИИ общей реаниматологии РАМН. 107031, Москва, ул. Петровка, 25, стр. 2. Тел./факс: (495) 650-96-77. E-mail: niiorgamn@niiorgamn.ru.

103473, Москва, ул. Делегатская, 20/1. Московский государственный медико-стоматологический университет Минздравсоцразвития России. Тел.: (495) 971-25-44, факс: (495) 973-32-59.

Время проведения: 20 дней.

Декабрь

Конференция (ежегодная) молодых ученых.

Место проведения:

НИИ общей реаниматологии РАМН. 107031, Москва, ул. Петровка, 25, стр. 2. Тел./факс: (495) 650-96-77. E-mail: niiorgamn@niiorgamn.ru.

Время проведения: 1 день

Диссертации на соискание ученой степени доктора наук, защищенные после 01 июля 2004 года без опубликования основных научных результатов в ведущих журналах и изданиях, перечень которых утвержден Высшей аттестационной комиссией, будут отклонены в связи с нарушением п. 11 Положения о порядке присуждения ученых степеней.

Перечень журналов ВАК, издаваемых в Российской Федерации по специальности 14.00.37 «Анестезиология и реаниматология», в которых рекомендуется публикация основных результатов диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата медицинских наук:

- Анестезиология и реаниматология;
- Общая реаниматология.