
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ГЕСТОЗА В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ

М.П. Курочка, Е.Ю. Лебедеко, О.В. Гайда

Ростовский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии № 3 ФПК и ППС
Нахичеванский пер., 33, Ростов-на-Дону, Россия, 344002

В статье рассматриваются возможные факторы риска развития гестоза, которые могут быть выявлены в ранние сроки беременности. Выявление нескольких факторов риска предполагает углубленное обследование беременных в условиях женской консультации с последующим проведением профилактических и лечебных мероприятий.

Ключевые слова: гестоз, факторы риска.

Эффективность работы женских консультаций и центров планирования семьи зависит от качественного мониторинга беременных [8]. Очевидно, что материнская смертность от гестоза отражает состояние диспансерного наблюдения за беременными [1]. При анализе каждого случая смерти беременной от гестоза выявляется чаще всего несовершенное ведение беременной в женской консультации. Наиболее эффективно выявление факторов риска развития гестоза в ранние сроки беременности, с целью улучшения профилактических мероприятий по выявлению и лечению гестоза. Есть мнение, что у большинства беременных гестоз не возникает, несмотря на наличие предрасполагающих причин и в то же время риск развития гестоза имеет место практически у каждой беременной [5; 7].

Цель исследования: выявить в ранние сроки беременности факторы риска развития гестоза.

Проанализированы результаты исследования 161 пациентки в третьем триместре беременности. Из них I группа – 121 беременная с гестозом тяжелой степени, и II группа – 40 пациенток с физиологически протекающей беременностью.

Результаты исследований и их обсуждение

В результате нашего исследования выявлено, что в I группе отягощенная наследственность по материнской линии имеет существенное значение в реализации клинической картины гестоза. Особое значение приобретают: артериальная гипертензия 55% ($p < 0,001$). и гестоз 55% ($p < 0,001$). В 3 раза чаще родственники по материнской линии перенесли инсульт (29%), чем в контрольной группе (10%). Несколько реже встречались в группе исследо-

вания инфаркт миокарда (6,5%) и сахарный диабет (9,7%). В меньшей степени на развитие гестоза оказывает влияние наследственность со стороны отца. В результате нашего исследования статистически значимым показателем является наличие артериальной гипертензии у отца 33% ($p < 0,05$). Инфаркты по отцовской линии встречались в 3 раза чаще в группе исследования (16%), чем в контрольной группе (5%).

Другими немаловажными факторами риска, выявленными в результате нашего исследования, явились: социальный статус, планирование беременности, прегравидарная подготовка. В группе с гестозом гораздо чаще встречались пациентки из разных социальных слоев в отличие от контрольной группы, где в основном были служащие (100%). Так в группе с гестозом – были так называемые «домохозяйки» (37,5%), которые не имели рабочих мест или работали без оформления, не имея социального пакета, соответствующих условий труда, работая с «утра и до ночи». Другим контингентом были учащиеся (12,5%), рабочие (25%), служащие (25%). Отсутствие режима труда и отдыха, стрессы, неправильное питание у этих пациенток способствовали развитию осложнений беременности. При анализе паритета в группе с гестозом значительно чаще были первородящие беременные по сравнению с контрольной группой 75% ($p < 0,01$). В группе с гестозом беременность планировалась в 50% случаев, а прегравидарная подготовка проводилась лишь в 10% случаев в отличие от группы контроля, в которой беременность планировалась почти 100% случаев, а прегравидарная подготовка была проведена в 55% случаев. Планирование беременности отражает уровень мотивации на беременность, а прегравидарная подготовка, по видимому, помогает выявить неблагоприятные факторы риска развития осложнений беременности, что позволяет полноценно обследовать пациентку провести эффективные профилактические мероприятия.

Гинекологические заболевания в группе пациенток, у которых беременность осложнилась гестозом, встречались более чем 50% случаев, и были представлены миомой матки, аденомиозом, СПКЯ, эндометриозом, бесплодием [4; 8]. Гинекологические заболевания зачастую сопровождаются нарушением гормонального фона и связаны чаще всего с недостаточностью второй фазы менструального цикла, и характеризуются неполноценной децидуальной трансформацией эндометрия [6; 7]. Воспалительные заболевания малого таза, включающие хронический эндометрит, наличие острых воспалительных заболеваний гениталий в анамнезе составило в группе обследованных с гестозом 47,4% ($p < 0,05$). Все эти заболевания приводят к структурным повреждениям эндо- и миометрия, способствуют развитию хронического базального эндометрита и нарушению процессов инвазии цитотрофобласта, что подтверждается прямой коррелятивной связью между ВЗОМТ и развитием осложнений беременности в период первой волны инвазии цитотрофобласта ($r = 0,44$; $p < 0,0001$).

В настоящее время все чаще выявляются сочетанные гестозы, возможно это связано с современными возможностями диагностики. Проведенные исследования выявили, что сочетанный гестоз на фоне 2–3 экстрагенитальных заболеваний чаще встречался после 30 лет. По данным наших исследований фоновые экстрагенитальные заболевания, такие как артериальная гипертензия, патология почек, эндокринной системы, аутоиммунные заболевания играют важную роль, в сроках появления клинической картины гестоза и тяжести его течения. Артериальная гипертензия и НЦД по гипертоническому типу встречалась в 71% случаев ($p < 0,001$); заболевания почек в 57% случаев ($p < 0,01$); В результате нашего исследования выявлено сочетание данной патологии в 38% случаев ($p < 0,01$). Сочетание 2-3 экстрагенитальных фоновых заболеваний встречалось в 57% случаев ($p < 0,001$).

При гипертензивных состояниях имеется поражение не только спиральных артерий, но и поражаются артерии париетального эндометрия. Выявляется выраженная ингибция цитотрофобластической инвазии в МПО [1; 6; 7]. Кроме того артериальная гипертензия может быть связана с патологией почек. Ожирение и эндокринная патология встречалась при развитии гестоза в 48% случаев ($p < 0,01$) в 33% случаев ($p < 0,01$) соответственно. Дислипидемия очень характерна для гестоза, это один из механизмов повреждения эндотелия. Из эндокринной патологии в группе с гестозом чаще всего встречались аутоиммунное поражение щитовидной железы (24%), которое также вносит свой вклад в повреждение эндотелия.

Заболевания органов дыхания в ранние сроки беременности: бронхиты, синуситы по данным наших исследований встречаются в 26,3% случаев ($p < 0,01$) при гестозе. Вирусную инфекцию во время беременности перенесли 70% пациенток группы исследования ($p < 0,001$). Беременность относится к состоянию, при котором даже слабые воспалительные стимулы могут вызвать сильный системный воспалительный ответ, развитие клинической картины гестоза после 20 недель беременности и в дальнейшем после родов отмечается высокий риск развития гнойно-септических осложнений.

В нашем исследовании мы учитывали осложнения беременности и перенесенные заболевания в период первой и второй волн инвазии цитотрофобласта. Результаты нашего исследования подтвердили, что возникшие осложнения могли быть как первичной причиной, так и следствием базального эндометрита, аутоиммунной патологии структурных нарушений в маточно-плацентарной области. Клинические проявления угрозы прерывания беременности, острого пиелонефрита, воспалительных процессов дыхательных путей, ОРВИ в период первой волны инвазии цитотрофобласта были в 59% случаев ($p < 0,001$), в период второй волны в 40% случаев ($p < 0,01$). По нашему мнению полученные данные неблагоприятного течения беременности в период первой и второй волны инвазии цитотрофобласта можно отнести к факторами риска развития гестоза.

Таким образом, данные нашего исследования показали важность анализа факторов риска развития гестоза в ранние сроки беременности. Особое значение приобретают вирусные инфекции, обострение хронических инфекций в сроках 16-18 нед. беременности (вторая волна инвазии цитотрофобласта). В связи с вышеизложенным, выявление нескольких факторов риска, особенно у первобеременных или первородящих, требует индивидуального подхода и дополнительного углубленного обследования в условиях женской консультации, что будет способствовать профилактике неблагоприятных исходов беременности и родов у пациенток с гестозом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Милованов А.П. Анализ причин материнской смертности: Рук-во для врачей. – М.: Медицина, 2008.
2. Сухих Г.Т., Мурашко Л.Е. Преэклампсия. – М., 2010.
3. Макацария А.Д., Бицадзе В.О., Акинъшина С.В. Синдром системного воспалительного ответа в акушерстве. – М., 2006.
4. Айламазян Э.К., Мозговая Е.В. Гестоз: теория и практика. – М., 2008.
5. Garcia R.G., Celedon J., Sierra-Laguado J. et al. C-Reactive Protein and Preeclampsia // American Journal of Hypertension. – 2007. – V. 20(1). – P. 98–103.
6. Радзинский В.Е., Оразмурадов А.А. Ранние сроки беременности // Status praesens. – 2009.
7. Радзинский В.Е., Милованов А.П. Экстраэмбриональные и околоплодные структуры при нормальной и осложненной беременности. – М., 2004.
8. Радзинский В.Е., Ордяниц И.М., Оразмурадов А.А. Женская консультация. – 2-е изд. – Петрозаводск, 2007.
- 9.

PREDICTION OF DEVELOPMENT OF GESTOSIS AT THE EARLY STAGES OF PREGNANCY

M.P. Kurochka, E.Y. Lebedenko, O.V. Gaida

Chair of Obstetrics and Gynecology № 3 of the Advanced Training Department
Rostov State Medical University of the Federal Health
and Social Development Agency
Nakhichevansky Str., 33, Rostov-on-Don, Russia, 344022

This paper is concerned with the possible factors of risk of development of gestosis, which can be detected during the early stages of pregnancy. Detection of several factors of risk presupposes a detailed examination of the pregnant women at consultancies, with subsequent performance of preventive and therapeutic actions.

Keywords: gestosis, factors of risk.