

НОВЫЙ СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Гребенкин Б. Е., Мельникова М. Л.,
Ширинкина Е. В., Садыкова Г. К.

Россия, г. Пермь, ГОУ ВПО Пермская государственная
медицинская академия им. Е. А. Вагнера Росздрава

До настоящего времени преэклампсия остается одним из самых тяжелых осложнений беременности. В России частота преэклампсии из года в год увеличивается и достигает 16–21 %. Несмотря на многолетние и многочисленные исследования, на сегодняшний день в проблеме преэклампсии остается много «белых пятен». Любая форма преэклампсии может быть весьма коварной, быстро прогрессировать и даже при неяркой выраженности одного или двух симптомов приводить к развитию осложнений, угрожающих жизни матери и плода.

Цель: изучить изменение уровня альфа-амилазы в сыворотке крови беременных с преэклампсией различной степени тяжести, а также без таковой, и оценить целесообразность использования данного критерия в комплексной оценке степени тяжести преэклампсии.

Углубленное клинико-лабораторное обследование в динамике проведено 128 женщинам в III триместре беременности. Все беременные были разделены на следующие группы: в I (основную) группу вошли 48 беременных с преэклампсией тяжелой степени (АД больше 160/110 мм рт. ст. при измерении осциллометрическим методом, протеинурия 1+ или более при использовании индикаторных полосок или более 1 г белка в сутки, генерализованные отеки). II группу (сравнения) составили 47 женщин с преэклампсией средней степени тяжести (АД 140–159/90–109 мм рт. ст. при измерении осциллометрическим методом, протеинурия менее 1+ при использовании индикаторных полосок или менее 1 г белка в сутки, отеки голеней и передней брюшной стенки). Критерии включения в группы: III триместр беременности, наличие симптомов преэклампсии. Критерии исключения: наличие симптомов острого панкреатита, наличие хронического панкреатита, язвенной болезни желудка и ДПК и заболеваний гепато-билиарной системы в анамнезе, терапия гидроксипропантеином крахмалами (ГЭК) перед забором крови. Критерии исключения определялись на основании жалоб, анамнеза пациенток, а также терапевтического диагноза. III (контрольную) группу составили 25 пациенток без клинических проявлений преэклампсии и острого панкреатита, не получавших терапию ГЭК. Все пациентки прошли полное клинико-лабораторное обследование. Кроме этого, у всех пациенток проводилось определение уровня альфа-амилазы в сыворотке крови количественным колориметрическим методом. Результат оценивали следующим образом:

- Уровень альфа — амилазы 28–100 Ед./л — нет преэклампсии или преэклампсия средней степени тяжести;
- Уровень альфа — амилазы >100 Ед./л — наличие дисфункции поджелудочной железы, преэклампсия тяжелой степени.

Полученные результаты: у 83 % пациенток II группы и 96 % женщин III группы уровень альфа-амилазы был в пределах 28–100 Ед/л, что соответствует варианту нормы. У 8 беременных с преэклампсией средней степени тяжести и 1 пациентки контрольной группы отмечено повышение уровня фермента в сыворотке крови >100 Ед/л. У 85,4 % пациенток I группы показатель альфа-амилазы составил >100 Ед/л, что свидетельствует о дисфункции поджелудочной железы при тяжелой преэклампсии. Уровень альфа-амилазы в сыворотке крови беременных I группы был достоверно выше ($p < 0,001$), чем у пациенток II и III групп ($150,7 \pm 2,28$ Ед/л против $70,9 \pm 0,74$ Ед/л и $54,5 \pm 0,77$ Ед/л соответственно). Пациенткам с преэклампсией средней степени тяжести в динамике от 3 до 7 суток проводилась динамическая оценка уровня альфа-амилазы в сыворотке крови. В процессе наблюдения отрицательная динамика произошла у 6 беременных. Выявлено, что у 2-х женщин с преэклампсией средней степени тяжести произошло ухудшение состояния до преэклампсии тяжелой степени, обе беременные были родоразрешены путем кесарева сечения в экстренном порядке в 36 и 38 недель. У 4-х пациенток с преэклампсией средней степени тяжести развилась эклампсия — у 1 женщины во время беременности в сроке 27 недель, она родоразрешена путем кесарева сечения в экстренном порядке; у 2-х в родах в 36 и 38 недель, родоразрешены путем кесарева сечения в экстренном порядке; у 1 пациентки в позднем послеродовом периоде — на 2-е сутки после самостоятельных родов в 32 недели. Кроме того, у 1 пациентки с преэклампсией средней степени тяжести и нормальным уровнем альфа-амилазы в сыворотке крови развилась эклампсия, беременная родоразрешена путем кесарева сечения в экстренном порядке в 30 недель.

Заключение: беременным с преэклампсией средней степени тяжести целесообразно проводить дополнительное определение уровня альфа-амилазы в сыворотке крови для выявления группы пациенток с тяжелыми формами гестоза либо угрожаемых по их развитию.

ОСОБЕННОСТИ СОМНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БЕРЕМЕННЫХ В ЦИКЛЕ «СОН-БОДРСТВОВАНИЕ» ПРИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕРЕОФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ «МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД»

Гудзь Е. Б.

Россия, г. Ростов-на-Дону, ФГУ Ростовский-на-Дону НИИ акушерства и педиатрии Минздрава России

В настоящее время отмечается нарастание темпов изменения среды обитания, в связи с чем нагрузка на репродуктивный аппарат женского организма увеличивается, привычные процессы адаптации претерпевают значительные изменения, в том числе, в суточном цикле «сон-бодрствование», в рамках которого структурируется и реализуется большинство функциональных процессов (Н. А. Агаджанян с соавт.,

2006). Данные литературы свидетельствуют о важности сна в суточном цикле «сон-бодрствование» для репродуктивного здоровья (Е. М. Руцкова, 2010). Кроме того, экспериментальные и клинические данные показывают, что резистентность женской репродуктивной системы во время беременности во многом определяется выраженностью, направленностью, а самое главное — пространственной согласованностью морфофункциональных асимметрий мозга и репродуктивного аппарата (А. Б. Порошенко, 1985–2007; В. И. Орлов 1987–2010; А. В. Черноситов, 1989–2010; Т. Л. Боташева, 1989–2011).

Наиболее негативные последствия для организма матери и плода при нарушениях сна возникают в результате обструктивных апноэ во сне (ОАС) (А. М. Вейн и соавт., 2002; И. М. Мадаева и соавт., 2010; J. Krisbna et al., 2006). При возникновении апноэ могут развиваться различные акушерские осложнения, а также усугубляться гипоксические процессы в организме матери и плода (Л. И. Колесникова, 2010).

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей сомнологического статуса беременных в суточном цикле «сон-бодрствование» при различной стереофункциональной организации системы «мать-плацента-плод». Было обследовано 56 беременных женщин с физиологическим течением беременности, наблюдавшихся по системе «Акушерский мониторинг» в Ростовском-на-Дону НИИ акушерства и педиатрии. В зависимости от плацентарной латерализации в каждой клинической группе были сформированы по три подгруппы с правосторонним, левосторонним и амбилатеральным расположением плаценты (19, 19 и 18 пациенток соответственно). У всех беременных исследовали особенности хронотипа (тест Остберга), суточных биоритмов температуры тела, артериального давления, пульса и дыхательных движений матери, а также осуществляли сомнологическое исследование (полисомнограф — «Энцефалан — ЭЭГР — 19/26», Россия).

Обнаружено, что у беременных с правосторонним расположением плаценты в хронотипе преобладали «жаворонки», тогда как при левостороннем — «совы» и «аритмики». Суточные биоритмы показателей артериального давления и температура тела матери у беременных с правосторонним расположением плаценты были смещены на дневные часы, при левостороннем — на вечерние и ночные часы. Результаты сомнологического исследования свидетельствовали о том, что, независимо от плацентарной латерализации у всех беременных в обследуемой выборке отмечалось увеличение доли медленного сна в темный период суток. У беременных с левосторонним расположением наиболее часто нарушалась устойчивость сна: увеличивалась латентность засыпания, количество пробуждений во время сна и общее время бодрствования в ночной период. У 72 % беременных с левосторонним и 53 % — с амбилатеральным расположением плаценты отмечалась инверсия цикла «сон-бодрствование». Синдром «беспокойных ног» отмечался у 16 % беременных с правосторонним, 22 % — с амбилатеральным и 29 % — с левосторонним расположением плаценты. Нарушение дыхания

в виде аномалии дыхательного паттерна наиболее часто зарегистрированы у беременных с амбилатеральным расположением плаценты. Полученные результаты свидетельствуют о влиянии характера морфофункциональных асимметрий женской репродуктивной системы на характер суточных биоритмов и структуру сна при физиологическом течении беременности.

СОСТОЯНИЕ ФИБРИНОЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ДЕЦИДУАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИЯ И ХОРИОНА В НОРМЕ С НДСТ И БЕЗ НЕЁ

Гулиева З. С., Герасимов А. М.

Россия, г. Иваново, ГОУ ВПО ИвГМА Минздравсоцразвития России, ФГУ ИвНИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова Минздравсоцразвития России

Среди важнейших проблем акушерства и гинекологии одно из первых мест занимает проблема невынашивания беременности. Частота самопроизвольных выкидышей составляет от 10 до 20 % всех клинически диагностированных беременностей. Около 80 % этих потерь происходит до 12 нед. беременности. Причины, приводящие к невынашиванию беременности, чрезвычайно разнообразны. Одной из таких причин может являться нарушение формирования соединительной ткани в организме человека и в частности в половых органах. Дисплазия соединительной ткани — группа генетически гетерогенных и клинически полиморфных патологических состояний, объединенных нарушением формирования соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах. На практике особенно часто приходится сталкиваться с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ). В последнее время недифференцированной дисплазией соединительной ткани отводится важная роль в формировании многих патологий человека. Это определяется тем, что нарушения в формировании соединительной ткани — часто встречаемая патология в популяции: до 70–80 %, кроме того, соединительная ткань — основная структурная единица стромальных элементов практически всех органов. Последними исследованиями показана патогенетическая роль недифференцированной дисплазией соединительной ткани в развитии таких патологий как клапанный синдром, сосудистый синдром, бронхолегочный синдром, синдром иммунологических нарушений, висцеральный синдром, синдром патологии органа зрения, синдром патологии стопы и др. заболеваний. Так же показано влияние недифференцированной дисплазией соединительной ткани на формирование патологии беременности, в частности невынашивания беременности. Однако если довольно детально изучено влияние недифференцированной дисплазией соединительной ткани на прерывание беременности в поздние сроки, то на ранних сроках развитие гестационного процесса в условиях наличия недифференцированной дисплазией соединительной ткани не изучено. В силу того, что соединительнотканьные