

Н.И. Киселева

УО «Витебский государственный
ордена Дружбы народов
медицинский университет»,
г.Витебск

Особенности течения беременности и родов при гестозе

В статье представлены данные сравнительного ретроспективного анализа течения беременности и родов у 310 пациенток с гестозом средней и тяжелой степени, родоразрешенных в учреждении здравоохранения «Витебский городской клинический родильный дом №2» в 1995 – 2004 годах (основная группа) и 110 женщин с неосложненным гестозом течением беременности и родов (контрольная группа). Показаны особенности течения гестоза в современных условиях. Отмечено, что беременность и роды у пациенток с гестозом часто имеют осложненный характер.

Ключевые слова: гестоз, осложненное течение беременности, оперативное родоразрешение.

Гестоз остается одной из самых актуальных проблем современного акушерства ввиду сложности этиопатогенеза; широкой распространенности (от 8 до 23%); роста тяжелых форм, являющихся причиной увеличения перинатальных потерь и высоких показателей материнской смертности; высокой частоты инвалидизации женщин, перенесших это осложнение беременности; недостаточной эффективности лечебно-профилактических мероприятий [1,3,5]. У 20-25% беременных течение его имеет упорный, резистентный к лечению характер, и только правильное определение своевременности родоразрешения позволяет сохранить жизнь женщине и новорожденному [4].

В результате складывающихся неблагоприятных условий (высокий уровень экстрагенитальной патологии женщин репродуктивного возраста, наличие стрессов, обусловленных современными социально-экономическими условиями, неудовлетворительная экологическая обстановка, несбалансированное питание) изменились клинические проявления гестозов, течение беременности и тактика родоразрешения.

Целью нашего исследования явилось изучение течения беременности и родов у женщин с гестозами.

Материал и методы исследования

Нами проведен клинико-статистический анализ 310 историй родов пациенток с гестозом средней и тяжелой степени, родоразрешенных в учреждении здравоохранения «Витебский городской клинический родильный дом №2» в 1995 – 2004 годах (основная группа). Степень тяжести гестоза оценивали по шкале Goeke в модификации Г.М.Савельевой [2]. Контрольную группу составили 110 женщин с неосложненным гестозом течением беременности и родов.

Изучение особенностей течения настоящей беременности, родов было основано на ретроспективном анализе данных первичной медицинской документации (индивидуальная карта беременной и родильницы ф.111/у, история родов ф.030/у). Статистическая обработка полученного в ходе исследования материала проводилась с помощью персональной компьютерной техники с использованием стандартных пакетов прикладных программ («Statistica for Windows – 6,0, «Statgraphics» и др.).

Результаты и обсуждение

Средний возраст пациенток основной группы составил $26,8 \pm 6,5$ года, контрольной - $24,7 \pm 5,4$.

При изучении репродуктивной функции установлено, что среди женщин с осложненным гестозом течением беременности преобладали первородящие (66,4%), из них первобеременных было 48,7%, повторобеременных – 17,7% (в контрольной группе первородящие составили 54,6%, из них первобеременные - 37,3%, повторобеременные - 17,3%). Роды в анамнезе имели 33,6% беременных основной группы и 45,4% - контрольной. У 25,5% повторнородящих пациенток основной группы течение предыдущей беременности и родов осложнялось гестозом средней или тяжелой степени. В контрольной группе у повторнородящих

женщин случаев гестоза в анамнезе не было.

Чистая форма гестоза диагностирована у 24,5% беременных, сочетанная – у 75,5%. Первые клинические симптомы тяжелых форм осложнения появлялись чаще в сроке беременности до 30 недель (37,7%), средней степени тяжести – в 34-37 недель (51,9%). В сроке беременности 31-33 недели одинаково часто возникали начальные клинические проявления гестозов как средней, так и тяжелой степени (31,4% и 30,4% соответственно). После 38 недель не отмечено случаев развития тяжелых гестозов, а первые клинические симптомы гестозов средней степени тяжести развивались крайне редко (4,9%). Длительное (более 3 недель) течение данного осложнения наблюдалось у 61,0% беременных со средней степенью тяжести и у 65,2% беременных с тяжелой его формой.

Анализ клинических и лабораторных данных подтвердил атипичность современного течения гестоза. Три симптома классической триады Цангейстера (отеки, повышение артериального давления, протеинурия) отмечались у 64,8% беременных и преимущественно у беременных с

гестозом тяжелой степени. В остальных случаях (35,2%) имели место «стертые» клинические формы с неполным набором симптомов: сочетание отеков и артериальной гипертензии у 30,3% пациенток, артериальной гипертензии и протеинурии – у 3,9%, отеков и протеинурии – у 1,0%.

Среднее систолическое артериальное давление у пациенток с гестозом средней степени тяжести составило $147,8 \pm 11,0$ мм рт.ст., диастолическое – $96,8 \pm 6,8$ мм.рт. ст., у пациенток с гестозом тяжелой степени – $165,1 \pm 18,5$ и $102,6 \pm 9,3$ соответственно. Прибавка веса достоверно не отличалась у беременных с гестозом средней и тяжелой степени: $11,6 \pm 4,2$ кг и $12,4 \pm 4,9$ кг соответственно. При гестозе тяжелой степени имел место более высокий уровень протеинурии – $1,3 \pm 0,3$ г/л (при гестозе средней степени – $0,5 \pm 0,1$ г/л).

Осложненное течение первой половины беременности отмечалось у 52,6% пациенток основной группы и 48,2% - контрольной (табл. 1).

Таблица 1. Осложнения 1-й половины беременности у пациенток основной и контрольной групп

Осложнения беременности	Основная группа (n=310)		Контрольная группа (n=110)	
	Абс.	%	Абс.	%
Всего с осложнениями	163	52,6	52	47,3
Ранний токсикоз	42	13,6*	8	7,3
Угрожающий выкидыш	101	32,6*	25	22,8
Анемия беременных	4	1,3	5	4,5
ОРВИ	47	15,2*	9	8,2
Пиелонефрит	18	5,8*	2	1,8
Инфекции, передающиеся половым путем	12	3,9	3	2,7

Примечание: достоверность различий по отношению к контролю: * - ($p < 0,05$)

Из осложнений первой половины беременности у пациенток основной группы по сравнению с пациентками контрольной группы ранний токсикоз встречался чаще в 1,9 раза ($p < 0,05$), угрожающий выкидыш – в 1,4 раза ($p < 0,05$), ОРВИ – в 1,9 раза ($p < 0,05$), пиелонефрит – в 3,2 раза ($p < 0,05$). Анемия беременных в 3,5 раза чаще имела место у пациенток с не осложненным гестозом течением беременности.

Осложнений второй половины беременности у женщин основной группы было диагностировано в 1,2 больше ($p < 0,001$), чем у женщин контрольной группы (табл. 2).

Как следует из данных таблицы 2, у пациенток с гестозами по сравнению с пациентками контрольной группы фетоплацентарная недостаточность встречалась чаще в 3,5 раза ($p < 0,001$), синдром задержки внутриутробного развития плода - в 3,7 раза ($p < 0,001$), патология плодовых оболочек (многоводие и маловодие) -

в 3,8 и 3,1 раза соответственно ($p < 0,01$ и $p < 0,05$), ОРВИ - в 1,7 раза ($p < 0,05$), пиелонефрит - в 2,2 раза ($p < 0,05$). Инфекции, передающиеся половым путем, угрожающие преждевременные роды одинаково часто наблюдались в обеих группах женщин. Одним из основных вопросов тактики ведения беременности при гестозе является выбор сроков и методов родоразрешения, которые определяются клиническим течением гестоза, эффективностью лечения, внутриутробным состоянием плода и от которых зависит исход родов для матери и плода.

С родовой деятельностью, развившейся спонтанно, в родильный дом роженицы с неосложненным гестозом течением беременности поступали в 1,8 раза чаще, чем роженицы с гестозами: 24,5% и 13,9% соответственно, $p < 0,05$.

Таблица 2. Осложнения 2-й половины беременности у пациенток основной и контрольной групп

Осложнения беременности	Основная группа (n=310)		Контрольная группа (n=110)	
	Абс.	%	Абс.	%
Всего с осложнениями	268	86,5*	77	70,0
Анемия беременных	76	24,5	23	20,9
Угрожающие преждевременные роды	88	28,4	47	42,7
Фетоплацентарная недостаточность	166	53,6*	17	15,5
Синдром задержки внутриутробного развития плода	52	16,8*	5	4,5
Многоводие	21	6,8**	2	1,8
Маловодие	17	5,5***	2	1,8
ОРВИ	44	14,2***	9	8,2
Пиелонефрит	44	14,2***	7	6,4
Инфекции, передающиеся половым путем	9	2,9	3	2,7

Примечание:

достоверность различий по отношению к контролю: * - $p < 0,001$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,05$

Таблица 3. Показания к оперативному родоразрешению у женщин анализируемых групп

Показания к оперативному родоразрешению	Основная группа (n=170)		Контрольная группа (n=25)	
	Абс.	%	Абс.	%
Родоразрешены в плановом порядке, в том числе по следующим показаниям:	114	67,1*	5	33,33
гестоз тяжелой степени при отсутствии готовности родовых путей	33	28,9	-	-
нарастание тяжести гестоза на фоне проводимой комплексной терапии при неподготовленных родовых путях	35	30,7	-	-
декомпенсированная фетоплацентарная недостаточность на фоне интенсивного лечения	6	5,3	-	-
рубец на матке после операции кесарева сечения	12	10,5	4	80,0
сочетанные показания	28	24,6	1	20,0
Родоразрешены в экстренном порядке, в том числе по следующим показаниям:	56	32,94	10	66,67%
нарастание тяжести гестоза в родах	4	7,1	-	-
Преждевременное излитие вод при неподготовленных родовых путях	21	37,5		
аномалии родовой деятельности, не поддающиеся медикаментозной коррекции	21	37,5	8	80,0
преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	7	12,5	-	-
клинически узкий таз	3	5,4	1	10,0
острая асфиксия плода	-	-	1	10,0
Родоразрешены путем наложения акушерских щипцов, в том числе по следующим показаниям:	3	1,0	-	-
нарастание тяжести гестоза в родах	2	66,7	-	-
острая асфиксия плода	1	33,3	-	-

Примечание: достоверность различий по сравнению с контрольной группой: * - $p < 0,05$

Из 267 беременных с гестозами разной степени тяжести, находившихся на лечении в отделении интенсивной терапии и реанимации и в отделении патологии, подготовка к родоразрешению осуществлялась у 43,1% путем создания гормонально-энергетического фона и у 3,4% –

введением простагландинов. Родовая деятельность развивалась самостоятельно у 36,3% пациенток; в 13,1% случаев была использована плановая амниотомия, в том числе в 5,8% - с последующим родовозбуждением. В 50,6% случаев беременные бы-

ли родоразрешены операцией кесарева сечения до начала родовой деятельности.

Из 83 женщин контрольной группы у 25,3% в отделении патологии беременности также проводилась подготовка к родоразрешению путем создания гормонально-энергетического фона и у 2,4% - введением простагландинов. Родовая деятельность развилась самостоятельно в 73,5% случаев; в 19,3% случаев была использована плановая амниотомия, в том числе в 2,4% - с последующим родовозбуждением; в 7,2% беременные были родоразрешены оперативным путем до начала родовой деятельности.

Следовательно, при наличии гестоза имело место более активное ведение беременных женщин: в большем проценте случаев проводилась подготовка к родоразрешению, чаще прибегали к оперативным родам до начала родовой деятельности.

Преждевременные роды отмечались в 5,3 раза чаще у женщин основной группы по сравнению с женщинами контрольной группы (28,4% и 5,4% соответственно, $p < 0,001$). Высокий процент преждевременных родов в группе беременных с гестозом обусловлен ранним возникновением первых клинических проявлений патологии (в сроки беременности 24-33 недель) и необходимостью досрочного родоразрешения в связи с нарастанием тяжести на фоне неэффективности лечения.

У беременных с гестозами в 45,2% случаев роды были проведены через естественные родовые пути, в то время как у рожениц с физиологическим течением беременности – в 86,4% случаев. В родах всем роженицам с гестозом проводился постоянный мониторинг за состоянием плода, показателями гемодинамики, дыханием, диурезом, динамикой родовой деятельности и интенсивная терапия гестоза.

Средняя продолжительность родов у пациенток с гестозами соответствовала средней продолжительности родов у пациенток с физиологическим течением беременности и составила $6,5 \pm 1,6$ часа (в контрольной группе - $6,8 \pm 1,3$ часа). При этом средняя продолжительность I периода родов составила $6,0 \pm 1,6$ часа в основной группе и $6,3 \pm 1,3$ часа – в контрольной; продолжительность II периода родов - $18,8 \pm 3,3$ мин. и $20,2 \pm 1,8$ мин. соответственно; продолжительность III периода родов - $11,3 \pm 5,6$ мин. и $11,8 \pm 6,6$ мин. соответственно.

В основной группе женщин в 4 раза чаще, чем в контрольной имело место оперативное родоразрешение путем операции кесарева сечения в нижнем сегменте: 54,8% и 13,6% соответственно, $p < 0,001$. В плановом порядке операция кесарева сечения выполнена у 67,1% женщин с гестозами и у 4,5% женщин с неосложненным гестозом течением беременности

($p < 0,001$), в экстренном порядке – у 32,9% и 9,1% соответственно ($p < 0,001$). Следует отметить, что пациентки с гестозами средней степени тяжести одинаково часто родоразрешались как через естественные родовые пути, так и путем операции кесарева сечения. При тяжелых гестозах женщины в 11 раз чаще родоразрешались абдоминальным путем, чем через естественные родовые пути. Операция кесарево сечение у беременных и рожениц с гестозом тяжелой степени является более щадящим методом родоразрешения для недоношенного ребенка при условии наличия в родильном доме отделения интенсивной терапии и реанимации новорожденных, а, следовательно, одним из важных моментов в снижении перинатальной смертности при данном осложнении беременности.

Путем наложения полостных акушерских щипцов по показаниям со стороны матери и плода родоразрешены 1,0% женщин с гестозами. В контрольной группе пациенток случаев родоразрешения путем наложения акушерских щипцов не было.

Основные показания к оперативному родоразрешению в анализируемых группах женщин представлены в таблице 3.

В основной группе женщин частота планового оперативного родоразрешения путем операции кесарева сечения превалировала над экстренным. Основными показаниями к оперативному родоразрешению в плановом порядке у женщин с гестозами явились: нарастание тяжести гестоза на фоне проводимой комплексной терапии при неподготовленных родовых путях (30,7%), гестоз тяжелой степени при отсутствии готовности родовых путей (28,9%), сочетанные показания (24,6%). Из сочетанных показаний наиболее часто отмечались длительное бесплодие в анамнезе в сочетании с другими отягощающими акушерскими факторами, неправильные положения плода и др. Среди показаний к экстренному оперативному родоразрешению доминировали аномалии родовой деятельности (37,5%) и преждевременное излитие околоплодных вод при неподготовленных родовых путях (37,5%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (12,5%).

Пациентки контрольной группы чаще родоразрешались операцией кесарева сечения в экстренном порядке. Основным показанием к оперативному родоразрешению в плановом порядке явилось наличие рубца на матке после оперативного родо-

разрешения (80,0%). В родах операция кесарева сечения чаще производилась в связи с аномалиями родовой деятельности, не поддающимися медикаментозной коррекции (80,0%). Следует отметить, что у 3,5% женщин с гестозами объем операции кесарева сечения был расширен до экстирпации матки без придатков вследствие развития гипотонического кровотечения и отсутствия эффекта от консервативного лечения. В контрольной группе женщин аналогичное осложнение не наблюдалось.

При ведении родов через естественные родовые пути у рожениц основной группы в 1,5 раза чаще, чем у рожениц контрольной группы возникали осложнения в родах: 53,7% и 36,5% соответственно, $p < 0,001$ (табл.4). При этом несвоевременное излитие околоплодных вод встречалось чаще в 1,6 раза ($p < 0,01$), аномалии родовой деятельности - в 6,5 раза ($p < 0,01$), патологическая кровопотеря в родах - в 2,7 раза ($p < 0,001$).

Таблица 4. Осложнения в родах через естественные родовые пути у рожениц основной и контрольной групп

Осложнения в родах	Основная группа (n=140)		Контрольная группа (n=95)	
	Абс.	%	Абс.	%
Несвоевременное (преждевременное и раннее) излитие околоплодных вод	70	50,0*	32	31,6
Аномалии родовой деятельности	10	7,1*	1	1,1
Асфиксия плода	1	0,7	-	
Угрожающий разрыв промежности	13	9,3	6	6,3
Травмы мягких тканей родовых путей	5	3,6	3	3,2
Аномалии прикрепления и отделения плаценты	6	4,3	7	7,4
Патологическая кровопотеря в родах	54	38,6**	13	13,7

Примечание:

*достоверность различий по сравнению с контрольной группой: * - $p < 0,01$, ** - $p < 0,001$*

В анализируемых группах женщин мы не выявили явных достоверных различий среди таких осложнений родов, как травмы мягких тканей родовых путей, аномалии прикрепления и отделения плаценты.

Средняя физиологическая кровопотеря в родах у женщин основной группы превышала аналогичный показатель у пациенток контрольной группы ($361,6 \pm 196,3$ мл и $227,6 \pm 111,5$ мл соответственно).

Выводы

Гестозы чаще всего имеют сочетанный характер (75,5%), что обусловлено неудовлетворительным состоянием здоровья беременных женщин и улучшением качества диагностики экстрагенитальных заболеваний.

В настоящее время гестоз нередко проявляется атипичным течением (35,2%), характеризующимся неполным набором клинических симптомов.

Гестоз характеризуется ранним появлением первых клинических симптомов: при тяжелых формах чаще в сроке беременности до 30 недель (37,7%), при средней степени тяжести – в 34-37 недель (51,9%).

Беременность у 52,6% пациенток с гестозом имеет осложненный характер в I половине и у 86,5% - во II половине. Из осложнений беременности чаще диагностируются фетоп-

лацентарная недостаточность, синдром задержки внутриутробного развития плода, пиелонефрит, ОРВИ.

У беременных с гестозом отмечается высокий процент преждевременных родов (28,4%), что обусловлено ранним возникновением клинических проявлений и необходимостью досрочного родоразрешения в связи с нарастанием тяжести гестоза на фоне неэффективности лечения.

Пациентки с гестозом часто родоразрешаются путем операции кесарева сечения (54,8%), особенно при недоношенной беременности (72,7%), при этом доминирует частота планового оперативного родоразрешения (67,1%).

Роды через естественные родовые пути у пациенток с гестозом часто осложняются несвоевременным (преждевременным или ранним) излитием околоплодных вод (50,0%), аномалиями родовой деятельности (7,1%), патологической кровопотерей (38,6%).

Литература

1. *Диагностика, профилактика и лечение гестозов: методические рекомендации / Харкевич О.Н., Канус И.И., Буянова А.Н., Малевич Ю.К. – Минск, 2001. – 32 с.*
2. *Значение ранней диагностики и терапии гестозов / Г.М. Савельева [и др.] // Акуш. и гинекол. – 1989. - № 1. – С. 73-76.*

3. Кулаков, В.И. Новые подходы к терминологии, профилактике и лечению гестоза / В.И. Кулаков, Л.Е. Мурашко // *Акушерство и гинекология*. – 1998. - №5. – С.3-6
4. *Современные подходы к диагностике, профилактике и лечению гестоза: методические*

рекомендации / Савельева Г.М., Кулаков В.И., Серов В.И. и др. – Москва, 1997. – 27 с.

5. Фролова, О.Г. Материнская смертность при гестозах / О.Г. Фролова О.Г., З.З. Токова // *Акуш. и гинек.* – 1998. - №5. – С. 9- 12.

Г.Г. Воронов, Ю.А. Пищенко
УО «Витебский государственный
ордена Дружбы народов
медицинский университет»,
г.Витебск

Проблема рационального использования лекарственных средств

Недостаточный доступ к лекарственным средствам (ЛС) и их применение в неприемлемых дозах оказывают значительное влияние на уровень заболеваемости и смертности. Неправильное и чрезмерное использование ЛС связано с пустой тратой средств (часто из собственного кармана пациента) и наносит пациентам значительный вред в виде неудовлетворительных результатов лечения и побочных реакций, вследствие применения ЛС. Наконец, нерациональное и чрезмерное использование ЛС может стимулировать неадекватный спрос среди пациентов и приводить к снижению доступности ЛС, посещаемости медицинских учреждений в связи с дефицитом медикаментов и утратой пациентами доверия к системе здравоохранения.

Известно, что и за рубежом лечащий врач несет серьезную ответственность за отклонение от утвержденных соответствующими организациями рекомендаций по лечению того или иного заболевания. В ответ на возможные возражения оппонентов о необходимости индивидуального подхода к выбору тактики лечения и ведения больных можно сказать следующее. Назначение любых препаратов должно быть строго обоснованным. Особенно важен данный тезис для препаратов, которые могут оказать неблагоприятное воздействие на организм больного.

Ключевые слова: лекарственные средства, рациональное использование.

более дорогими, чем отечественные аналоги. Создание эффективной инфраструктуры лекарственного обеспечения - одна из самых сложных проблем здравоохранения. Рациональное использование лекарственных средств (ЛС) является составной частью этой проблемы [22, 23].

Определение рационального использования ЛС: “Пациенты получают ЛС согласно клиническим показаниям в дозах, отвечающих их индивидуальным потребностям, на протяжении необходимого времени и по самой низкой стоимости как для них самих, так и для общества”. В мире более 50% всех ЛС назначают, отпускают или реализуют нецелесообразно, а около 50% всех пациентов неправильно их применяют (ВОЗ, 1985 г.).

Неправильное и чрезмерное использование ЛС связано с пустой тратой средств (часто из собственного кармана пациента) и наносит пациентам значительный вред в виде неудовлетворительных результатов лечения и побочных реакций вследствие применения ЛС. Чрезмерное применение антибактериальных средств приводит к повышению антибиотикорезистентности. Наконец, нерациональное и избыточное использование ЛС может стимулировать неадекватный спрос среди пациентов и приводить к снижению доступности ЛС, посещаемости медицинских учреждений в связи с дефицитом медикаментов и утратой пациентами доверия к системе здравоохранения [9].

Самыми значимыми проблемами репродуктивного здоровья являются воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), составляющие 60 – 65% среди амбулаторных и до 30% среди стационарных больных. Оценивая ежегодные затраты более чем одного миллиона пациенток с острыми ВЗОМТ в США, называют цифру, превышающую 4,2 миллиарда долларов. Медицинские затраты на лечение болезни и ее последствий, включающих бесплодие, эктопиче-

Сегодня хроническое недофинансирование системы здравоохранения и лекарственного обеспечения в частности, а также несовершенная система ценообразования ограничили возможности больниц в закупках необходимых лекарственных средств. С другой стороны, фармацевтический рынок Республики Беларусь насыщен лекарственными препаратами импортного производства, бо-