

## Терапия тяжелых гестозов при недоношенной беременности

Т.В.Павлова, В.А.Петрухин, А.Н.Семыкин

Белгородский государственный университет,  
Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии,  
Белгородская областная клиническая больница святителя Иоасафа  
Белгород, Москва, Россия

Целью исследования было улучшить исходы беременности при тяжелом гестозе. 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 группа — 19 беременных прооперированы в экстренном порядке при поступлении в связи с тяжестью состояния (преэклампсия); 2 группа — 22 беременные получали стандартную терапию гестоза; 3 группа — 24 беременные получали стандартную терапию гестоза в сочетании с 6% раствором гидроксиэтилированного крахмала Стабизол®. На фоне проводимой терапии гестоза пролонгирование беременности у пациенток 2 группы составило  $4,5 \pm 1,2$  койко-дня, а в 3 группе — в среднем  $7,6 \pm 1,6$  койко-дня. Частота перевода новорожденных в ОРИТН в 1 группе была 63,1%, во 2 группе — 50%, в 3 группе — 37,5%. Перевод в отделение патологии новорожденных на второй этап выхаживания в 1 группе потребовался в 100% случаев, во 2 группе — у 77,2% новорожденных, в 3 группе — у 62,5%. 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®.

### Введение

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 частота 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.

Целью исследования было улучшить исходы для матери и новорожденного при недоношенной беременности на фоне тяжелого гестоза.

### Материалы и методы исследования

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

*Стаття вперше опублікована в журналі «Общая реаниматология» (2010. — Т. VI. — №5. — С. 22-25) та публікується з ініціативи представництва компанії «БерлінХемі» в Україні з дозволу правовласника.*

Таблиця 1

## Структура екстрагенітальної патології в групах хворих

Показатели	Значения показателей в группах					
	1 группа (n=19)		2 группа (n=22)		3 группа (n=24)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Анемия	7	36,8	9	40,9	10	41,6
Хронический пиелонефрит	3	15,8	7	31,8	6	25,0
Ожирение	2	10,5	2	9,0	4	16,6
Заболевания щитовидной железы	2	10,5	2	9,0	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	21,0	1	5,6	0	0
Миопия	0	0	5	22,7	7	29,1

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 группа — 19 беременных прооперированы в экстренном порядке при поступлении в связи с тяжестью состояния (преэклампсия); 2 группа — 22 беременные получали стандартную терапию гестоза; 3 группа — 24 беременные получали стандартную терапию гестоза в сочетании с 6% раствором гидроксиэтилированного крахмала Стабизол® по 500 мл внутривенно капельно 1 раз в сутки от 2 до 4 дней.

### Результаты исследования и их 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, 2 и 3 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, проводилась кардиотокограмма плода, ЭКГ, консультирование офтальмолога, терапевта, кардиолога, нефролога, невролога.

Все женщины получали патогенетическую терапию гестоза согласно отраслевым стандартам, включавшую антигипертензивную, магниезальную, седативную, метаболическую, спазмолитическую и инфузионную терапию. В послеродовом периоде в течение трех 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 группе эти показатели были ниже, чем во 2 и 3 группах, и составили  $22,0 \pm 6,32$ ,  $27,18 \pm 5,17$  и  $29,13 \pm 6,17$  года соответственно. Это свидетельствовало о том, что молодой воз-

Таблиця 2

## Уровни среднего артериального давления у родильниц в послеродовом периоде

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

раст является фактором, приводящим к наиболее неблагоприятному течению гестоза.

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

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

При анализе экстрагенитальной патологии беременных с гестозом различной степени тяжести заболевания сердечно-сосудистой системы встречались у 47,3% (9), 31,8% (7) и 83,35% (20) пациенток в 1, 2 и 3 группах соответственно; анемия — у 36,8% (7), 40,9% (9) и 41,6% (10); хронический пиелонефрит — у 15,8% (3), 31,8 (7) и 25% (6); ожирение — у 10,5% (2), 9%

Уровень протеинурии у родильниц в послеродовом периоде

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

(2) и 16,6% (4); заболевания щитовидной железы — у 10,5% (2), 9% (1) и 8,3% (2); заболевания глаз в 1 группе не отмечено, во 2 и 3 группах — у 22,7% (5) и 29,1% (7) соответственно (табл. 1).

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

На фоне проводимой патогенетической терапии гестоза пролонгирование беременности у пациенток 2 группы составило 4,5±1,2 койко-дня, а стабилизацию состояния в 3 группе в среднем удалось поддерживать в течение 7,6±1,6 койко-дня. Это позволило провести профилактику респираторного дистресс-синдрома новорожденных бетаметазоном в 3 группе дважды с интервалом 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 3-м суткам, в то время как снижение уровня среднего АД в 1 и 2 группах происходило к 5-6-м суткам (табл. 2).

Таблиця 4

#### Состояние новорожденного в раннем неонатальном периоде

Показатели	Значения показателей в группах		
	1 группа (n=19)	2 группа (n=22)	3 группа (n=24)
Срок гестации, недель	35,1±0,9	33,4±1,6	33,2±1,9
Перевод в отделение реанимации новорожденных, % (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)
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 в отделение патологии новорожденных, % (кол-во)	100 (19)	77,2 (17)	62,5 (15)

При аналізі протеїнурії у родильниць отмечена більш рання динаміка зниження суточної втрати білка в групі жінок, получавших 6% ГЭК Стабізол®. Так, в 1 групі суточна протеїнурія складала 1,94 г/л, 1,32 г/л, 0,99 г/л на 1-е, 3-є і 5-е сутки відповідно, в 2 групі — 1,5 г/л, 0,99 г/л і 0,3 г/л, а в 3 групі — 0,7 г/л, 0,33 г/л і 0,066 г/л (табл. 3).

Після родорозрешення проводилась оцінка стану новонародженого на основі вивчення течія раннього неонатального періоду.

Перинатальної смертності в обох групах не було, однак захворюваність новонароджених в 1-й групі була вище, ніж в 2-й.

Незважаючи на проводимі заходи, частота переведення новонароджених в ОРИТН в 1 групі була 63,1%, в 2 групі — 50%, в 3 групі — 37,5%. При цьому РДСН в 1 групі зустрічався в 36,8% випадків, в 2 групі — в 81,8%, а в 3 групі — в 62,5%. Більш низький рівень

РДСН в 1 групі, по-видимому, пов'язаний з більшим гестаційним віком порівняно з 2 і 3 групами. Використання ІВЛ (в т.ч. СИРАР) в ОРИТН в 1 групі складало 50%, в 2 групі — 72,7%, в 3 групі — 55,6%.

Перевод в відділення патології новонароджених на другий етап вихаживання в 1 групі потребувався в 100% випадків, в 2 групі — у 77,2% новонароджених, в 3 групі — у 62,5% (табл. 4).

### Заключення

Таким чином, використання 6% гідроксиетилізованого крохмалю Стабізол® в комплексній терапії важких форм гестозу при недоношеній вагітності дозволяє пролонгувати вагітність, провести профілактику респіраторного дистрес-синдрому в повному обсязі, покращити період адаптації для новонароджених та перинатальні результати в цілому.

### Література

1. Айламазян Э.К., Мозговая Е.В. Гестоз: теория и практика. М.: МедЭкспертПресс, 2008. — 272 с.
2. Кулаков В.И., Мурашко Л.Е. Преждевременные роды. — М.: Медицина. — 2002. — С. 6-9.
3. Хапий Х.Х., Логутова Л.С., Кассиль В.Л., Петрухин В.А. Эклампсия, эклампсическая кома, интенсивная терапия. — М.: МедЭкспертПресс, 2008.
4. Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Мазурская Н.М. Принципы интенсивной терапии беременных с гестозом при подготовке к родоразрешению // Росс. вестник акушера-гинеколога. — 2004. — №4. — С. 6-8.
5. Логутова Л.С., Хапий Х.Х., Пырскова Ж.Ю. Современные подходы в комплексной терапии беременных с гестозом тяжелой степени // Трудный пациент. — 2008. — №6. — С. 23-26.
6. Савельева Г.М., Шалина Р.И. Современные проблемы патогенеза, терапии и профилактики гестоза // Акушерство и гинекология. — 1998. — №5. — С. 6-9.
7. Preeclampsia: Etiology and Clinical Practice. Cambridge University Press. — 2007. — 566 p.
8. Сидорова И.С. Гестоз. — М.: Медицина, 2003. — 416 с.
9. Абрамченко В.В. Фармакотерапия преждевременных родов. — М.: ИнтелТек, 2003. 446 с.
10. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 512 с.

*Т.В.Павлова, В.А.Петрухин, А.М.Семикин. Терапія тяжких гестозів при недоношеній вагітності. Білгород, Москва, Росія.*

**Ключові слова:** тяжкий гестоз, недоношена вагітність, 6% розчин Стабізол®.

Метою дослідження було поліпшити результати вагітності при важкому гестозі. Обстежено 65 жінок з недоношеною вагітністю на фоні важкого гестозу, а також проведена оцінка стану 65 новонароджених у ранньому неонатальному періоді. Жінки розподілені на три групи: 1 група — 19 вагітних прооперовані в екстреному порядку при госпіталізації у зв'язку з тяжкістю стану (пreekлампсія); 2 група — 22 вагітні отримували стандартну терапію гестозу; 3 група — 24 вагітні отримували стандартну терапію гестозу у сполученні з 6% розчином гідроксиетилізованого крохмалю Стабізол®. На фоні проведеної терапії гестозу пролонгація вагітності у пацієнток 2 групи склала  $4,5 \pm 1,2$  ліжко-дня, а в 3 групі — у середньому  $7,6 \pm 1,6$  ліжко-дня. Частота переведення новонароджених у ВІТРН у 1 групі була 63,1%, у 2 групі — 50%, у 3 групі — 37,5%. Переведення у відділення патології новонароджених на другий етап виходжування в 1 групі було необхідним в 100% випадків, у 2 групі — у 77,2% новонароджених, у 3 групі — у 62,5%. Застосування 6% гідроксиетилізованого крохмалю Стабізол® у комплексній терапії важких форм гестозу при недоношеній вагітності дозволяє пролонгувати вагітність, прискорити реабілітацію породіль, провести профілактику респіраторного дистрес-синдрому в повному обсязі, поліпшити період адаптації для новонароджених та перинатальні результати в цілому.

*T.V.Pavlova, V.A.Petrakhin, A.N.Semykin. Therapy for severe gestoses in incomplete pregnancy. Belgorod, Moscow, Ukraine.*

**Key words:** severe gestosis, incomplete pregnancy, 6% solution of Stabisol®.

*Objective: to improve pregnancy outcomes in severe gestosis. 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®. During gestosis therapy, pregnancy prolongation was  $4,5 \pm 1,2$  bed/days in Group 2 and averaged  $7.6 \pm 1.6$  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. 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.*

Надійшла до редакції 14.01.2012 р.

© Український журнал екстремальної медицини імені Г.О.Можасва, 2012  
УДК 616 — 005.1: 616 — 006.6

## Современные подходы к контролю периперационной кровопотери у больных с гистерэктомией

О.А.Тарабрин, Р.А.Ткаченко, А.В.Туренко, А.Е.Гуляев,  
С.С.Щербаков, Д.Г.Гавриченко, А.И.Мазуренко

Одесский национальный медицинский университет  
(ректор — академик АМН Украины, профессор В.Н.Запорожан)  
Одесса, Украина

Целью исследования было снижение периперационной кровопотери у больных с гистерэктомией. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от выбора гемостатической терапии. Состояние гемостаза до, после, а также через день после операции контролировалось низкочастотной вибрационной пьезоэлектрической гемовискозиметрией. В результате исследования были получены данные о том, что использование транексамовой кислоты позволяет снизить периперационную кровопотерю на 38,65% у больных, перенесших гистерэктомию.

**Ключевые слова:** гистерэктомия, кровопотеря, фибринолиз.

### Введение

Миома матки — одно из наиболее распространенных доброкачественных опухолевых заболеваний половой системы, которое диагностируется у 20–30% женщин репродуктивного возраста. Характерные клинические проявления роста и развития миомы матки нередко сопровождаются повышением менструальной кровопотери, иногда и маточными кровотечениями, которые ряд исследователей считают дисфункциональными, в основном зависящими от нейроэндокринных расстройств [1].

Другие специалисты связывают генез патологической кровопотери прежде всего с ростом и локализацией узлов опухоли, а также с нейроэндокринными и гуморальными сдвигами, вызывающими глубокие метаболические нарушения [2]. Маточные кровотечения, не прекращающиеся после неоднократных выскабливаний слизистой матки, гормонотерапии и других консервативных методов лечения, часто создают проблемы как для больной, так и для врача. Повторяющиеся обильные кровопотери чаще всего связаны с субмукозной или интер-