

Туксанова Д.И.,  
Негматуллаева М.Н.,  
Ахмедов Ф.К.,  
Дустова Н.К.

## ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Бухарский государственный медицинский институт

Несмотря на многочисленность исследований, преэклампсия (ПЭ) продолжает оставаться одной из наиболее актуальных проблем современного акушерства (1, 3, 4).

Недооценка степени тяжести ПЭ, несовпадение имеющихся клинико-лабораторных и инструментальных данных с истинной тяжестью патологических изменений в системе – мать – плацента – плод, когда на фоне клинически легкого или среднетяжелой ПЭ развиваются такие тяжелые осложнения, как эклампсия, полиорганная недостаточность ведущие к материнской и перинатальной смертности (2, 5, 6).

Эти данные демонстрирует остроту проблемы и своевременность усилий, предпринимаемых для охраны здоровья матери и рождения здорового ребенка.

Отсутствие прогностически значимых диагностических тестов использование возможностей современной медицины, тогда как с помощью гемодинамических маркеров тяжести ПЭ имеется возможность своевременной диагностики легких ее форм. Это, в свою очередь, следовательно, оптимизировало бы тактику ведения, лечения и родоразрешения женщин с ПЭ.

**Цель исследования:** Обосновать возможность прогнозирования и ранней диагностики ПЭ на основании выявления нарушений внутрисердечной и сосудистой гемодинамики.

**Материалы и методы исследования:** Контингент исследования составили 60 беременных. Все пациентки были разделены на три группы:

I группа – 20 беременных с присоединившейся ПЭ.

II группа – 20 беременных с преэклампсией.

III группа – 20 женщин с физиологически протекающей беременностью.

Критериями включения в исследование явились следующие параметры: 1. А/Д $\geq$ 130/90 мм.рт.ст; 2. Протенурия $\geq$ 0,033 г/л; 3. Отеки.

Пациентки с изолированными отеками во внимание не принимались, так как отечный синдром не является критерием оценки степени тяжести ПЭ.

Нами проведен комплекс инструментальных и лабораторных исследований, доплеровская эхокардиография (ДЭхоКГ) и тканевая миокардиальная доплероэхокардиография (ТМДЭХОКТ).

Исследование проводили в сроки гестации 14-16 недель и 28-30 недель эхокардиографическое исследование выполнялось на аппарате Фирма Sono Scape модел SSI – 5000 (китай) и методам тканевой миокардиальной доплероэхокардиографии (ТМДЭхоКГ)

Для определения ММЛЖ пользовались формулой предложенной G Simone 2002

Должная ММЛЖ =  $55,37 + 6,64 \times \text{рост} (\text{м}^{2,7}) + 0,64 \times \text{УН} - 18,07 \times \text{пол}$

Где ударная нагрузка (УН) = ЭхоСАДхУОх0,0144,

Коэффициент пола: муж=1 и жен=2.

Для изучения связи исследуемых показателей и непропорционально высокой массы миокарда левого желудочка было введено понятие коэффициента диспропорциональности (КД).

$$\text{КД}\% = \frac{\text{фактическая ММЛЖ}}{\text{должная ММЛЖ}} \times 100$$

Согласно рекомендациям вышеуказанных авторов, были выделены следующие группы беременных.

КД $\geq$ 128% т.е. с пропорционально высокой ММЛЖ

КД <128% т.е. пропорциональной ММЛЖ.

Критерием ГЛЖ принимали значения и ММЛЖ >110г/м<sup>2</sup>

Статистика обработку полученных результатов производили с помощью пакета статистических программы Microsoft Office Excel 2003.

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе возрастного ценза было установлено: средний возраст пациенток с присоединившейся ПЭ оказался практически в полтора раза старше, чем у пациенток с ПЭ (30 лет против 23,5 л).

Также избыточная масса тела встречалась в полтора раза чаще, чем в остальных группах (R<0,05).

При анализе контрацептивного поведения было установлено игнорирование любых из возможных методов предохранения от нежелательной беременности. Каждой второй пациентки с присоединившейся ПЭ, что и обуславливало наличие неблагоприятного репродуктивного анамнеза – многочисленных искусственных прерываний беременности. В данной когорте беременных достоверно высокой оказалось и частота самопроизвольного прерывания беременности – в среднем таковая в полтора раза выше показателей пациенток с ПЭ – 3 (2-4) и 2 (1-3), соответственно), детерминируя возникновение последующих гестационных осложнений.

В тоже время токсикоз I половины беременности обнаруживался в почти два раза больше у пациенток I группы – 63,6 и 45%.

Высокая частота перенесенных воспалительных заболеваний гениталий отмечена нами у беременных II группы 72,7% против 45%.

Выявленная нами высокая частота экстрагенитальной отягощенности у пациенток I группы (90%) являлась неблагоприятным преморбидным фоном, характерным для присоединения ПЭ.

Таким образом, в генезе присоединившейся ПЭ являлись достоверно значимыми: поздний репродуктивный возраст (<30 лет), избыточная масса тела; факторами риска развития преэклампсии высокая частота перенесенных воспалительных заболеваний гениталий, токсикоз в начале настоящей беременности.

Сложность оценки характера истинных гемодинамических нарушений при осложненной беременности объясняется дискуссионностью аспектов. Разграничения компенсаторных изменений кардиальной перестройки в период беременности при физиологическом ее течении от присоединения различных вариантов преэклампсии.

При сравнительном анализе эхокардиографических параметров исследуемых беременных вычисляли массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ).

Во II триместре у пациенток с присоединившейся ПЭ средние значения показателей фактической ММЛЖ и ИММЛЖ достоверно превосходило аналогичные показатели женщин с чистой ПЭ и контрольной группы. ( $P<0,05$ ).

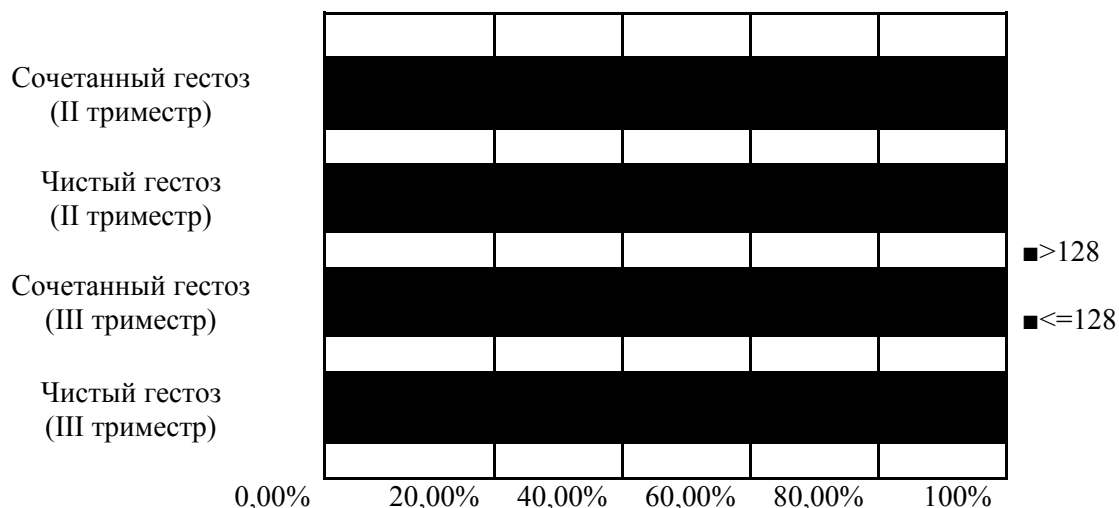
Среднее значение ММЛЖ пациенток с «чистой» ПЭ оказалось достоверно меньше чем у женщин с присоединившейся ПЭ -145/(128-150) и 155(116-172), соответственно ( $P<0,05$ ).

В соответствии с увеличением срока беременности возрастала и ММЛЖ у пациенток с ПЭ, однако при ПЭ среднее значение таковой составило 150 г, а при присоединившейся ПЭ – 165 г ( $P<0,05$ ).

У здоровых беременных среднее значение ММЛЖ оказалось наименьшим по сравнению с аналогичным показателем у беременных присоединившейся преэклампсией, причем разница в значениях обнаруживалась со II триместра.

Пользуясь критериями в отношении коэффициента диспропорциональности (КД), нами было установлено, что непропорционально высокая ММЛЖ являлось прерогативой беременных с присоединившейся преэклампсией.

Причем в III триместре среднее значение КД, у беременных с присоединившейся преэклампсией в полтора раза превышало таковое у женщин с преэклампсией и по сравнению у здоровых беременных в два раза (рис. 1).



Таким образом, осложненной преэклампсией беременность отличается от физиологической беременностью сниженными объемными гемодинамическими параметрами (ФВ, УО, КДО) и диастолической дисфункцией ЛЖ.

Непропорционально высокий показатель ММЛЖ при присоединившейся преэклампсией выступает маркером неадекватной сердечно – сосудистой перестройки в период беременности.

**Использованная литература:**

1. Крикунов П.В., Васок Ю.А., Копелева М.В., Крикунов О.В. Гипертрофия левого желудочка как мишень для терапевтического вмешательства. Особенности диагностики и лечения // Сердце. - 2008. - Т.7, №6. - С. 324-334.
2. Кузьмин В.Н. Гестоз у беременных. Вопросы диагностики и акушерской тактики // Лечащий врач.- 2003.- №9.- 70-73.
3. Шалина Р.И. Гестоз в современном акушерстве // Современные технологии в профилактике перинатальной и материнской смертности: Тезисы Всерос. пленума ассоц. акушеров и гинекологов. - М.: МЕДпресс, 2000. - С. 273-274.
4. Afifi Y. Pharmacological treatment of hypertension in pregnancy // D. Churchill. Curr Pharm Des 2003;9:1745-53.
5. Belfort MA, Anthony J. Nimodipine Study Group. A comparison of magnesium sulfate and nimodipine for the prevention of eclampsia / M.A. Belfort, J. Anthony. N Engl J Med 2003 23;348:304-11.
6. Brown M.A. Efficacy and safety of nifedipine tablets for the acute treatment of severe hypertension in pregnancy // Am J Obstet Gynecol 2002;187:1046-50.
7. Staessen, J.A. Cardiovascular prevention and blood pressure reduction // J Hypertens. - 2003. - № 21. - P. 1055-1076
8. Schannwell C.M., Schoebel F.C., Zimmermann T., et al. Left ventricular diastolic function in normal pregnancy. A prospective study using M-mode echocardiography and doppler echocardiography // Dtsch. Med. Wochenschr. – 2000. – V. 125. – P. 1069–1073.