

УДК 618.3-008.6-039.12-036.1

Н. И. Харевич, Н. Ф. Лызиков

**О ПОВЫШЕННОМ РИСКЕ РАЗВИТИЯ ПОЗДНЕГО ТОКСИКОЗА
БЕРЕМЕННЫХ И СУБКЛИНИЧЕСКОЙ ЕГО ФОРМЕ**

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.— проф. Н. Ф. Лызиков) Витебского
медицинского института

Поздние токсикозы беременных являются тяжелой акушерской патологией; их частота достигает 15,3% (И. П. Иванов), а перинатальная смертность при них — 5,14% (О. Г. Фролова).

Развитию токсикоза способствует ряд факторов. Поздний токсикоз беременных часто возникает у лиц гиперстенической конституции, с на-

клонностью к ожирению (Н. С. Бакшеев). Нередко это осложнение развивается у пожилых первородящих, у женщин с хроническими заболеваниями печени, почек, гипертонической болезнью, эндокринными расстройствами, при многоводии и многоплодии (А. П. Николаев). По нашим наблюдениям, у беременных с крупным плодом поздний токсикоз развивался в 20,98% случаев. Это дает основание полагать, что риск развития позднего токсикоза беременных выше у женщин с ограниченными компенсаторными возможностями организма (экстрагенитальная патология), с более высокими энергетическими потребностями (многоплодная беременность, крупный плод).

К наиболее важным механизмам компенсации относятся системы кровообращения и внешнего дыхания. Нами изучены некоторые показатели кровообращения и внешнего дыхания у женщин при нормально протекающей беременности и осложненной поздним токсикозом.

Объем циркулирующей крови (ОЦК) определяли методом разведения красителя Т-1824 у 10 женщин с нормально протекающей беременностью и у 20 с поздним токсикозом. Все обследованные были первобеременные, в возрасте от 21 года до 25 лет, со сроком беременности 31—35 нед. Нефропатия I степени была у 8 беременных, II степени — у 12. При нормально протекающей беременности ОЦК составил $82,5 \pm 7,0$ мл/кг, при токсикозе беременных он был достоверно меньше — $72,2 \pm 3,5$ мл/кг ($P < 0,05$), что согласуется с данными литературы (Л. С. Персианинов и В. Н. Демидов; В. А. Струков и соавт.).

Гиперволемию при нормально протекающей беременности мы рассматриваем как компенсаторную реакцию организма, возникающую вследствие развития беременности. Отсутствие гиперволемии при позднем токсикозе, по-видимому, обусловлено понижением адаптационных возможностей организма женщины. М. Блектта указывал, что гиповолемиа во второй половине беременности нередко предшествует развитию клинических симптомов позднего токсикоза беременных.

Показатели внешнего дыхания и легочного газообмена регистрировали на спирографе закрытого типа СГ-1М. Спирография произведена у 20 здоровых небеременных женщин (1-я группа), у 50 женщин с нормальным течением второй половины беременности (2-я группа) и у 100 беременных, страдавших поздним токсикозом (3-я группа). Небеременные женщины были в возрасте 21—25 лет. Женщины с нормально протекавшей беременностью распределялись по возрасту следующим образом: 21—25 лет — 31 женщина, 26—30 лет — 19. В этой группе первобеременных было 34, повторнобеременных — 16. Срок беременности 26—30 нед установлен у 11 женщин, 31—35 нед — у 16 и 36—40 нед — у 23 обследованных. У всех женщин с осложненным течением беременности диагностирована «чистая» форма позднего токсикоза. В возрасте до 20 лет обследовано 12 женщин, в возрасте 21—25 лет — 64, в возрасте 26—30 лет — 24 беременные. Первобеременных было 63, повторнобеременных — 37 женщин. Срок беременности 26—30 нед установлен у 26 женщин, 31—35 нед — у 33 и 36—40 нед — у 41 женщины. Нефропатия I степени была у 29 беременных, II степени — у 52 и III степени — у 19 женщин.

Для суждения о функции внешнего дыхания и легочного газообмена в каждой группе обследованных мы определяли отношение показателей фактического минутного объема дыхания (ФМОД) к должному (ДМОД) и фактического поглощения кислорода (ФПО₂) к должному (ДПО₂) в процентах. В 1-й группе отношение ФМОД к ДМОД составило $114,56 \pm 2,34\%$, во 2-й — $170,90 \pm 8,49\%$ и в 3-й — $195,83 \pm 5,52\%$.

Сопоставление показателей, полученных у женщин с нормально протекавшей беременностью и у небеременных, указывает на достоверное ($P < 0,001$) увеличение МОД у беременных. При позднем токсикозе беременных этот показатель был значительно выше, чем у небеременных ($P < 0,001$) и при нормально развивающейся беременности ($P < 0,01$).

Отношение ФПО_2 к ДПО_2 в 1-й группе составило $101,2 \pm 1,77\%$, во 2-й — $113,6 \pm 2,70\%$ ($P < 0,05$ по отношению к 1-й группе) и в 3-й — $191,17 \pm 3,03$ ($P < 0,001$ по отношению к 1-й и 2-й группам).

Данные проведенных исследований свидетельствуют, что при нормально развивающейся беременности и особенно при осложненной поздним токсикозом повышено потребление кислорода организмом женщины. Удовлетворение возросших потребностей в кислороде при нормально протекающей беременности осуществляется за счет увеличения минутного объема дыхания и ОЦК, а при позднем токсикозе — в основном за счет увеличения минутного объема дыхания.

В поисках тестов для выявления повышенного риска развития позднего токсикоза беременных нами изучена реакция сердечно-сосудистой системы беременной женщины на состояния, повышающие энергетические запросы организма. У 2000 беременных при первом обращении в женскую консультацию измеряли артериальное давление в покое. Затем им предлагали сделать 10 приседаний в течение 20 с и снова измеряли артериальное давление. При этом у 1814 (90,4%) женщин повышалось максимальное и минимальное артериальное давление на 10—15 мм рт. ст. У 186 обследованных артериальное давление после приседаний превысило 140 и 90 мм рт. ст. Дальнейшее наблюдение показало, что у 152 (81,7%) из них развился поздний токсикоз беременных, в то время как всего среди 2000 обследованных частота его составила 10,4%.

Под субклинической формой позднего токсикоза беременных мы понимаем состояние, когда еще нет симптомов токсикоза, но выявляются изменения на тканевом или органном уровне, характерные для данной патологии беременности.

В результате наблюдений установлено, что до появления клинических симптомов позднего токсикоза беременных снижается диурез (К. И. Орлова), появляется асимметрия артериального давления (А. Я. Братушик), происходят изменения сосудов глазного дна (Э. И. Букишпан). Для выявления ранних признаков токсикоза использовались различные методики: осциллография (Р. Г. Бакиева), плетизмография (И. П. Иванов), электроэнцефалография (Ю. И. Новиков) и др. Исследования подтверждают наличие доклинических форм позднего токсикоза беременных и возможность их диагностики. Но большинство предложенных методов диагностики не нашли широкого применения на практике из-за их сложности.

С целью выявления субклинических форм позднего токсикоза нами (Н. И. Харевиц) проводится динамическое наблюдение за реакцией сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку. Повышение артериального давления после 10 приседаний в течение 20 с более чем на 20% по сравнению с показателем в покое мы рассматриваем как проявление субклинической формы токсикоза. Кроме того, большое значение в диагностике субклинических форм позднего токсикоза имеет определение суточного диуреза, который женщина измеряет дома, накануне обращения к врачу. Снижение суточного выделения мочи до 500 мл, появление отрицательного диуреза, увеличение прибавки в весе мы рассматриваем как проявления субклинической формы позднего токсикоза беременных.

Для диагностики и профилактики субклинических форм позднего токсикоза беременных нами составлены рекомендации, которые с 1974 г. внедряются в родовспомогательных учреждениях Витебской области. В них предусмотрены выявление женщин с повышенным риском развития позднего токсикоза беременных и проведение комплекса профилактических мероприятий: лечение экстрагенитальной патологии, рациональное трудоустройство, организация правильного режима питания, лечебная физкультура.

Лечение больных с субклинической формой токсикоза рекомендуется проводить в амбулаторных условиях. Оно включает, помимо указанных мероприятий, диетотерапию, применение препаратов седативного действия, диуретиков, слабительных средств витаминно- и оксигенотерапию, лечебную физкультуру. После исчезновения субклинической формы токсикоза бере-

менных переводят в группу повышенного риска развития заболевания. В случае неэффективности амбулаторного лечения субклинической формы позднего токсикоза или перехода ее в клиническую показано стационарное лечение.

По нашим данным, повышенный риск развития позднего токсикоза беременных выявляется у 23,5% беременных женщин, а субклиническая форма заболевания — у 15,8%. Внедрение предложенных нами рекомендаций привело к снижению частоты клинических форм позднего токсикоза беременных во время родов с 4,08% в 1973 г. до 2,93% в 1974 г.

Таким образом, выявление женщин с повышенным риском развития позднего токсикоза беременных и устранение внешних условий, способствующих возникновению этого заболевания, является эффективной мерой профилактики позднего токсикоза. Своевременная диагностика субклинических форм заболевания и коррекция выявленных изменений приводят к снижению частоты клинических форм позднего токсикоза беременных.

ЛИТЕРАТУРА. Бакиева Р. Г. Функциональное состояние сосудистой системы при позднем токсикозе беременных. Автореф. дис. докт. Казань, 1961. — Бакшеев Н. С. — Клинические лекции по акушерству. М., 1972. — Блекта М. и др. — «Акуш. и гин.», 1967, № 8, с. 54—56. — Братушик А. Я. Значение определения сосудистых реакций и тонуса сосудов при поздних токсикозах беременных женщин для ранней диагностики, профилактики и лечения. Автореф. дис. канд. Киев, 1969. — Букшпан Э. И. Глазное дно при нормальной и патологической беременности (токсикозах). М., 1962. — Иванов И. П. Поздний токсикоз беременных. Автореф. дис. докт. М., 1969. — Николаев А. П. — «Труды республиканской научно-практической конференции акушеров-гинекологов Украины». Киев, 1958, с. 29—48. — Новиков Ю. И. Характеристика биоэлектрической активности коры головного мозга и тонуса периферических сосудов у женщин при нормальной беременности и поздних токсикозах. Автореф. дис. докт. Л., 1969. — Орлова К. И. — «Сборник работ кафедры акуш. и гин. Архангельск. мед. ин-та», 1962, т. 1, с. 41—44. — Персианов Л. С., Демидов В. Н. — «Акуш. и гин.», 1972, № 1, с. 9—12. — Струков В. А. и др. — Там же, № 5, с. 14—16. — Фролова О. Г. — В кн.: Плод и новорожденный. М., 1974, с. 199—206. — Харевич Н. И. — В кн.: Актуальные вопросы физиологии и патологии сердечно-сосудистой системы. Л., 1974, с. 160—161.

Поступила 27/I 1976 г.

HIGH RISK OF THE DEVELOPMENT OF LATE TOXEMIA OF PREGNANCY AND ITS SUBCLINICAL FORM

N. I. Kharevich, N. F. Lyzikov

The article deals with problems of the pathogenesis, prognosis and early diagnosis of late toxemia of pregnancy. Such notions as high risk of the development of late toxemia of pregnancy and the subclinical form of this affection are defined. The method for the establishment of factors of risk and diagnosis of the subclinical form of late toxemia is suggested. The methods used for the detection of pregnant women with a risk of development of late toxemia and diagnosis of the subclinical form of this disease are introduced into the practice of a number of obstetric institutions. It resulted in the decrease of the incidence of clinical forms of late toxemia of pregnancy.