

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Х.Х. Рабиева, Т.Д. Имамарбекова

Ш.Х. Гуламова, Д.С. Мирзоева

*Таджикский институт последипломной подготовки
медицинских кадров*

Ключевые слова: артериальная гипертензия, гестоз, β_2 -микроглобулин, преэклампсия

Актуальность. Одной из актуальных проблем современного здравоохранения остаются заболевания сердечно-сосудистой системы, сохраняющие лидирующее положение в структуре смертности и заболеваемости среди взрослого населения (ВОЗ, 1999г.). Артериальная гипертензия (АГ) – одна из наиболее распространённых форм этой патологии, частота которой среди взрослого населения составляет 20-30% [1,2,5,11]. Исследования последних лет свидетельствуют, что наиболее частой причиной стойкого повышения артериального давления (АД) является первичная гипертензия (гипертоническая болезнь), доля которой в общем количестве случаев гипертензии по данным зарубежных авторов достигает 99%, отечественных – 25-30% населения [9,12].

Исследования, проведённые в Таджикистане, показали, что АГ занимает первое место в структуре первичной заболеваемости патологией органов кровообращения и составляет 40,3% [10]. В этом направлении гипертензия, осложняющая беременность, является наиболее частой причиной перинатальной и материнской заболеваемости и смертности [4,6,7]. Частота гипертензивных состояний у беременных женщин различных регионов России составляет от 7 до 29% [3,11], в Таджикистане – 11-16% [10]. Установлено, что у 25% женщин, перенёсших гестоз различной степени, беременность протекала на фоне гипертонической болезни [8]. Существующие литературные данные указывают, что окончательных и однозначных цифр по частоте встречаемости АГ нет, что, вероятно, обусловлено отсутствием полноценной и исчерпывающей классификации гипертензивных состояний у беременных, различием в интерпретации полученных клинических и лабораторных данных и, зачастую, гипердиагностикой в отношении гестоза.

До настоящего времени одной из ведущих причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности остаётся гестоз [1-3]. Эта патология наблюдается у 20-40% беременных, характеризуясь значительными нарушениями гомеостаза и взаимным отягощением патологических процессов, происходящих в организме и приводящих к значительному ухудшению исхода родов, как для матери, так и для плода [4,5].

В этом направлении эклампсия продолжает оставаться одной из главных причин материнской смертности, которая колеблется от 2 до 14% без учёта таких сопутствующих осложнений, как массивная кровопотеря, шок, отёк лёгких, острая почечная и печёночная недостаточность [6]. На современном этапе долговременный прогноз для большинства женщин, перенёсших эклампсию, благоприятен при условии обеспечения современного уровня терапевтической коррекции рассматриваемого осложнения гестационного периода [3].

Для определения тяжести гестоза у беременных с гипертонической болезнью, наиболее надёжными критериями могут быть биохимические изменения крови. В качестве биохимического показателя крови мы решили определить уровень β_2 -микроглобулина.

Бета 2-микроглобулин имеет молекулярную массу 12KD и принадлежит к части лёгкой цепи мембран, связанных HLA антигенов. Мембраны, связанные HLA-1, состоят из двух полипеп-

тидных цепей: тяжёлой цепи с антигенными структурами и лёгкой цепи. Определение β_2 -микроглобулина в сыворотке или плазме является вспомогательным в клинической оценке клеточного иммунитета, и используются в качестве онкомаркёра. Изменение уровня β_2 -микроглобулина в моче свидетельствует о нарушении почечной фильтрации. β_2 -микроглобулин синтезируется в лимфатической системе. При различных заболеваниях концентрации β_2 -микроглобулина повышается в результате повышения клеточного оборота. По этой причине уровень β_2 -микроглобулин является хорошим индикатором развития заболевания и оценки терапии.

Цель настоящего исследования: изучить прогностическое значение β_2 -микроглобулина в развитии тяжёлой преэклампсии у женщин с гипертонической болезнью.

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели нами проведено клиничко-лабораторное обследование 36 женщин репродуктивного возраста 19-44 лет, среди которых 7 – небеременных женщин, страдающих гипертонической болезнью (I группа), 9 – здоровых беременных (II группа), 20 – беременных с тяжёлой преэклампсией (III группа).

Всем женщинам проводилось исследование β_2 -микроглобулина в плазме крови иммуноферментным анализом (ИФА) в Научно-исследовательском институте профилактической медицины.

Нормальные значения этого пептида в пробах мочи, сыворотке/плазме при использовании набора: пробы мочи 0-0,3 мг/мл, в сыворотке или плазме 0-3мг/мл. Анализ проводился соответственно методике (образцы сыворотки или плазмы разбавлялись 1:100 буфером для образцов, следовательно, 10 мкл образца могут быть разбавлены 1000 мкл буфера для образцов, дальше следует инструкции).

Статистическую обработку результатов осуществляли с использованием стандартных средств анализа, включающих классические методы описательной статистики.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследований показали, что средний возраст обследованных составлял 32,5±1,08г: первородящие составили 15%, повторнородящие - 35%, многорожавшие - 50%.

Большинство обследованных имели отягощённый акушерский анамнез: акушерские кровотечения - 25%, анте- и интранатальная гибель плодов - 15%, невынашивание – 5,5%, преждевременные роды – 1,5%, преждевременное излитие околоплодных вод – 1,5%; операцию кесарево сечение имели 10% женщин, были родоразрешены путём наложения акушерских щипцов – 5%, гестоз в прошлом 1%.

Результаты иммуноферментного анализа показали, что в группе женщин, страдающих гипертонической болезнью (I группа) концентрация β_2 -микроглобулина составляла 2,0±0,2 мг/мл, что соответствует нормативному диапазону здоровых пациенток, у которых концентрация β_2 -микроглобулина соответствует 0-3,0мг/мл ($t = 0,19$, $P > 0,05$).

Сравнительный анализ показал, что среди здоровых беременных с цифрами АД 100/60 – 110/70 мм.рт.ст. (II группа), концентрация β_2 -микроглобулина находилась в нормальном диапазоне и составляла 1,94±0,2 мг/мл ($P > 0,05$).

Следует указать, что среди беременных с лёгкой преэклампсией (страдали хроническим пиелонефритом), цифры АД которых колебались в пределах 120/80 и 130/90 мм.рт.ст., концентрация β_2 -микроглобулина также находилась в нормальном диапазоне и составляла 2,6±0,1 мг/мл ($t = 2,7$, $P = 0,01$).

Исследование плазмы женщин с тяжёлой преэклампсией (III группа) свидетельствовало

о значительном повышении концентрации β_2 -микроглобулина, составляя при этом $5,2 \pm 0,3$ мг/мл ($t = 7,5$, $P < 0,001$).

У беременных этой группы цифры АД колебались в пределах 140/90 мм.рт.ст.- 220/110 мм.рт.ст.; они были в позднем репродуктивном возрасте, имелиотягощённый анамнез (страдали хроническим пиелонефритом, ожирением, перенесли гестоз при предыдущих беременностях).

Полученные нами результаты совпадают с данными [12,13], согласно которым, концентрации β_2 -микроглобулина в сыворотке крови беременных с преэклампсией составляла $3,26 \pm 0,99$ мг/мл, женщин с гестационной гипертензией – $2,44 \pm 0,77$ мг/мл ($P = 0,01$), у здоровых пациенток – $1,62 \pm 0,54$ мг/мл ($P = 0,001$).

Авторы показали, что преэклампсия, сопровождающаяся гипертензией во время беременности, связана с болезнью почек, печени или же тромбоцитопенией, но чаще характеризуется почечной причастностью - протеинурией и уменьшением клубочковой фильтрации [13].

Выводы:

1. Гипертоническая болезнь является фактором риска развития тяжёлой преэклампсии во время беременности.
2. Высокая концентрация β_2 -микроглобулина в сыворотке крови является индикатором тяжести преэклампсии.
3. Выявление женщин, предрасположенных к развитию преэклампсии и обследование их с использованием современных технологий, позволяет провести профилактику развития этого грозного осложнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурков С.Г. Гипертоническая болезнь и беременность// Медицинский центр «Арт-Меди», М., 2006
2. Гэнт Н.Ф., Гилстрэн Л.С. Гипертензия при беременности// Технический бюллетень АСОГ. Даллас, 1995. -С. 2-17
3. Вихляева Е.М., Супряга О.М. Артериальная гипертензия у беременных. // Терапевтический архив, 1998, -С. 29-32
4. Кулаков В.И., Фролова О.Г., Токова З.З. Пути снижения материнской смертности в РФ// Акушерство и гинекология. 2004. №2
5. Макаров О.В., Николаев Н.Н., Волкова Е.В. Артериальная гипертензия у беременных // Акушерство-гинекология, 2002. №3. -С. 3-6
6. Мурашко Л.Е., Ткачёва О.Н., Тумбаев И.В. Определение роли эндотелиально-сосудистого фактора в патогенезе гипертензивного синдрома при беременности//Материалы VII-го Российского форума «Мать и дитя». М, 2005.-С. 159-160
7. Нарзуллаева Е.Н., Иноятова М.А. Течение и исход при гестозах у возрастных первородящих женщин//Материалы IV съезда акушеров-гинекологов Республики Таджикистан, 2003. -С.123-124
8. Нарзуллаева Е.Н., Гулакова Д.М. Взаимосвязь фетоплацентарного кровотока и перинатальных исходов у беременных с тяжёлыми формами гестоза//Материалы VII-го Российского форума «Мать и дитя». М, 2005
9. Ольбинская Л.И., Мартинов А.И., Хапаев Б.А. Мониторирование артериального давления в кардиологии. М., Издательский дом «Русский врач». 1998, -С. 45-47
10. Рахимов З.Я. Итоги деятельности и перспективы развития кардиологической службы Республики Таджикистан//Здравоохранение Таджикистана. Душанбе, 2003, №4, -С.24-27
11. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. М., 1999
12. Sibai В.М. The HELLP syndrome (hemolysis, elevates liver enzymes, and low platelets):

Much ado about nothing? // Amer. J. Obstet. Gynecol., 1990. Vol. 154. P. 654-664

13. Soudan P.J., Farrel T.J., Brown M. A., Beta 2-mikroglobulin in hypertensive pregnancies/ /Am J Kidney Dis 1998. Fed: 31 (2):308-1

ХУЛОСА

Пешгӯии инкишофи презклампсия дар занони гирифтори фишорбаландии хун

Х.Х. Рабиева, Т.Д. Имомарбекова,

Ш.Х. Гуломова, Д.С. Мирзоева

Муаллифони мақолаи мазкур дар таҳқиқи худ кӯшидаанд, ки механизми бакорандозии пайдоиши ихтилолоти ҳипертензивиро ҳангоми ҳомиладорӣ ошкор намоянд, ки онҳо дар навбати худ барои саривақт гузаронидани чораҳои пешгирии ин оризаи таҳдидомез имконият фароҳам меорад.

Муайянкунии концентратсияи β_2 – микроглобулин бо усули ИФА ин индикаторе дар зардоби хуни занони ҳомилаи мубталои ҳестоз мебошад, ки тавассути он дараҷаи вазнинии этилолро муқаррар намуд.

Концентратсияи зиёди β_2 – иммуноглобулин дар зардоби хуни занони гирифтори фишорбаландии хун метавонад инкишофи ҳестози вазнинро пешгӯӣ кунад. Дар занони бемори ҳомила миқдори β_2 – иммуноглобулин $5,2 \pm 0,3$ мг/мл буда, дар занони солими ҳомила бошад $1,94 \pm 0,2$ мг/мл ташкил дод.

SUMMARY

PROGNOSIS OF PROCESS OF PRE-ECLAMPSIA IN WOMEN WITH HYPERTONIC DISEASE

H.H. Rabieva, T.D. Imamarbekova, Sh.H. Gulamova, D.S. Mirzoeva

Authors studied initiation-mechanism of hypertensive alterations in pregnancy that allows to make prophylaxis serious complication. The severity of gestosis was determined by concentration of beta 2 microglobuline of serum in pregnant women. High level of it in pregnant women with hypertonic disease may prognose the initiation of serious gestosis: $5,2 \pm 0,3$ mg/ml as compared to $1,9 \pm 0,2$ mg/ml in healthy pregnant women.

