

УДК 618.3: 618.8 – 085. 2/3 (575.2) (04)

## ПРИМЕНЕНИЕ СУЛЬФАТА МАГНИЯ В ТЕРАПИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

*Д.К. Изликов* – соискатель,  
*О.В. Третьякова* – аспирант

---

Higt clinical efficiency of application of magnesium of sulphate in a complex with hypotensive therapy and an epidural anaesthesia at pregnant with a preeclampsia is shown.

Преэклампсия остается актуальной проблемой современного акушерства. Частота данной патологии достигает 20% и не имеет тенденции к снижению [1, 2]. В патогенезе преэклампсии особая роль отводится сосудистым расстройствам и нарушениям микроциркуляции. Патологическая инвазия трофобласта и отсутствие трансформации мышечного слоя спиральных артерий способствуют возникновению системного сосудистого спазма, что приводит к нарушениям центральной и региональной гемодинамики, а клинически проявляется известными симптомами преэклампсии [3, 4].

Преэклампсия является одним из наиболее тяжелых осложнений беременности и существенно повышает риск послеродовых заболеваний, материнской и перинатальной смертности [5]. Актуальность проблемы обусловлена также и неблагоприятными последствиями этого заболевания [6]. Прекращение беременности не решает полностью проблемы качества здоровья женщины. Не происходит полного восстановления нарушенных функций, а остаются резидуальные симптомы, преимущественно сосудисто-почечного генеза.

Учитывая изложенное выше, целью исследования явилось определение эффективности магния сульфата в терапии преэклампсии различной степени тяжести.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 54 женщины, беременность кото-

рых осложнилось различной степенью тяжести преэклампсии. Данное исследование проводили на базе родильного дома КРСУ, с февраля 2004 по 2006 гг. Преэклампсия легкой степени составила 46,3% случаев, преэклампсия тяжелой степени – 50% наблюдений, эклампсия наблюдалась у двух женщин (3,7%).

Для терапии преэклампсии, использовали магний сульфат, который предлагается ВОЗ, в качестве препарата выбора. Сульфат магния при преэклампсии легкой степени применяли в виде внутривенной инфузии: 5 г сухого вещества 25%-го раствора магния сульфата и 200 мл физиологического раствора натрия хлорида. При тяжелой преэклампсии – болюсное введение 2,5 г сухого вещества 25%-го раствора магния сульфата, затем 5 г сухого вещества этого же раствора в виде инфузии и 200 мл физиологического раствора натрия хлорида.

**Результаты исследований.** Основной задачей, проводимой медикаментозной терапии для данного контингента беременных, является нормализация и поддержание нормального артериального давления, введение сульфата магния для предупреждения развития судорожного синдрома. Дефицит магния приводит к гипертензивному и судорожному синдромам.

Обследованные беременные в 29 (85,3%) случаях были городскими, а 5 (14,7%) – сельскими жительницами (табл. 1).

Таблица 1

## АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Распределение беременных женщин по возрасту

Степень преэклампсии	n=54		Возраст, лет							
			до 18		18–30		31–40		более 40	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Легкая	25	46,3	5	20,0	16	64,0	3	12,0	1	4,0
Тяжелая	27	50			3	11,1	19	70,4	5	18,5
Эклампсия	2	3,7			2	100				

Как видно из табл. 1, возраст обследованных женщин варьировал от 18 до 43 лет, в среднем  $25,2 \pm 0,3$  лет. Преэклампсия легкой степени чаще встречалась у женщин в возрасте от 18 до 30 лет, тяжелой степени – у пациенток старше 30 лет.

При анализе массо-ростовых соотношений у обследованных женщин отклонений от популяционных норм не выявлено: средний рост составил  $162,7 \pm 0,6$  см, средняя масса тела к моменту начала наблюдения –  $68,4 \pm 0,7$  кг. В основном женщины имели правильный тип телосложения.

Первородящих женщин было 33 (61,1%), повторнородящих – 21 (38,9%). В группе с легкой преэклампсией почти в 2 раза больше преобладало количество первородящих женщин, в то время как в группе с тяжелой преэклампсией было больше повторнородящих. Интергенетический интервал – в среднем два и более лет. С отягощенным акушерским анамнезом было 9 женщин из 21 повторнородящих (46,2%). Преэклампсия в анамнезе была у двух, преждевременные роды – у двух, и по одному случаю роды осложнились кровотечением и интранатальной гибелью плода. Указания на гинекологические заболевания в анамнезе были у 15 (27,8%) женщин с преэклампсией и эклампсией (табл. 2).

В группе беременных женщин с легкой и тяжелой степенью преэклампсии установлена высокая частота встречаемости воспалительных заболеваний придатков и матки – 16,7% случаев, патология шейки матки – 7,4% наблюдений. Следует отметить, что из сопутствующих заболеваний чаще встречались заболевания почек и мочевыводящих путей – 20,4%.

Таким образом, почти у каждой беременной женщины, включенной в исследование, риск развития преэклампсии был обусловлен

патологическими процессами репродуктивной системы и экстрагенитальными заболеваниями.

Таблица 2  
Частота гинекологических и сопутствующих заболеваний у женщин с преэклампсией и эклампсией, n=54

Заболевание	Частота	
	абс.	%
Воспаление придатков и матки	9	16,7
Патология шейки матки	4	7,4
Операции по поводу придатковых образований	2	3,7
Заболевания почек и мочев. путей	11	20,4
Заболевания желудочно-кишечного тракта	1	1,9
Анемии	2	5,9

У находящихся под наблюдением женщин данная беременность протекала с различными осложнениями. Ранний токсикоз – 9 (16,7%), угроза невынашивания – 14 (25,9%), гестационные отеки – 17 (31,5%), анемия – 6 (11,1%) случаев.

У большинства женщин, поступивших в стационар, продолжительность беременности составила 37–41 недель (28 пациенток), 32–36 недель (17) и до 32 недель (9).

Таким образом, основными показаниями для госпитализации явились клинические проявления преэклампсии легкой степени (гестационная гипертензия – ДАД  $\geq 90$  мм рт. ст. в сочетании с протеинурией – белок в моче  $\geq 300$  мг/сут) у 15 беременных (44,1%) и 17 (50%) с тяжелой преэклампсией (гестационная гипертензия – ДАД  $\geq 110$  мм рт. ст. в сочетании

с протеинурией – белок в моче  $\geq 300$  мг/сут.), у двух – эклампсия (гипертензия, протеинурия и судорожный синдром). При измерении артериального давления на верхних конечностях диастолическое давление более или равное 90 мм рт. ст. было у 13 женщин; более или равное 110 мм рт. ст. – у 21 женщины.

В четырех случаях при мониторинге диастолического давления через 4 ч и более от момента поступления оно становилось менее 110 мм рт. ст. Причем медикаментозное лечение женщины не получали, им назначали постельный режим и покой. Ограничений в приеме жидкости не было. В результате четыре женщины переведены в группу с преэклампсией легкой степени.

С целью снижения и стабилизации показателей артериального давления при тяжелой степени преэклампсии проводили гипотензивную терапию (атенолол – по 25–50 мг перед едой 1–2 раза в день, или допегит с индивидуальным подбором дозы и магниезиальная терапия). При легкой преэклампсии назначали только магниезиальную терапию. Это позволило стабилизировать показатели артериального давления (диастолическое артериальное давление в среднем  $79,1 \pm 0,9\%$  мм рт. ст.) у 23 (92,0%) женщин с легкой степенью преэклампсии. В случаях с тяжелой преэклампсией снижение артериального давления (диастолическое артериальное давление в среднем  $86,3 \pm 0,7$  мм рт. ст.) наблюдалось у 24 (88,9%) женщин (табл. 3).

Из 54 поступивших беременных женщин 28 были с доношенным сроком беременности и/или с родовой деятельностью. На фоне проводимого лечения беременность удалось пролонгировать на 2 недели и более у 17 из 26 женщин (69,2%). Преждевременно были родо-

разрешены 8 женщин (14,8%) в 34–36 недель беременности. Одна пациентка с антенатальной гибелью плода, с преэклампсией тяжелой степени, с высокой протеинурией, на фоне гломерулонефрита была родоразрешена через естественные родовые пути в сроке 24–25 недель.

Оперативное родоразрешение путем кесарево сечения было проведено у 4 (7,4%) женщин, из них у 2 повторно. У 2 женщин были сочетанные показания к оперативному родоразрешению: преэклампсия тяжелой степени, рубец на матке после кесарево сечения и миопия высокой степени. В одном случае кесарево сечение было проведено пациентке с преэклампсией тяжелой степени по поводу нестабильной гемодинамики. С эклампсией наблюдались две женщины, одна родоразрешена через естественные родовые пути, другая прооперирована по поводу острой внутриутробной гипоксии плода. Каждая третья женщина (35,3%) родоразрешалась под эпидуральной анестезией.

При доношенном сроке беременности и готовности родовых путей проводили индуцирование родов путем амниотомии. При незрелости родовых путей использовали выжидательную тактику под прикрытием магниезиальной терапии и эпидуральной анестезии, с мониторингом гемодинамики. Через сутки и более при возможности проведения амниотомии осуществляли индуцирование родов с благоприятным исходом во всех случаях.

Из 54 женщин 53 родили живых детей, у одной была зафиксирована антенатальная гибель плода. Согласно шкале Апгар, у большинства новорожденных (46 из 54) признаков асфиксии не было. В 6–7 баллов оценено состояние у 6 новорожденных, в 4–5 баллов – у 2. Все преждевременные роды были индуци-

Таблица 3

Динамика диастолического давления на фоне проводимого лечения в зависимости от тяжести преэклампсии

Преэклампсия	Всего		Положительная		Без динамики		Отрицательная	
	54	100%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Легкая	25	46,3	23	92,0	2	8,0		
Тяжелая	27	50	24	88,9	2	7,4	1	3,7
Эклампсия	2	3,7	1	50			1	50

рованными. Средние показатели параметров физического развития новорожденных оказались следующими: средняя масса тела –  $3028,3 \pm 470,0$  г., средняя длина тела –  $50,0 \pm 2,6$  см, ponderальный индекс  $2,37 \pm 0,3$  и массоростовой коэффициент –  $65,2 \pm 8,8$ . У большинства детей масса тела была в пределах 25–90 перцентилей и лишь у 2 новорожденных – 3–10 перцентилей. Кровопотеря при родах через естественные родовые пути не превышала физиологическую кровопотерю, а при оперативном родоразрешении составляла 400–750 мл.

Таким образом, нами доказана высокая клиническая эффективность применения магния сульфата в комплексе с гипотензивной терапией и эпидуральной анестезией при преэклампсии различной степени тяжести. Проспективное исследование беременных с преэклампсией показало высокую частоту экстрагенитальной патологии, наличие отягощенного гинекологического и акушерского анамнеза с угрозой прерывания беременности. Применение сульфата магния в комплексной терапии преэклампсии позволило пролонгировать тече-

ние беременности до сроков родов. Специфических осложнений со стороны сердечно-сосудистой и центральной нервной систем не было.

#### Литература

1. Савельева Г.М., Шалина Р.И. Акушерство и гинекология. – 1998. – (5). – С. 6–9.
2. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Руководство по практическому акушерству. – М.: МИА, 1997. – 4242 с.
3. Campbell S., Kurdi W., Harrington K.F. Ultrasound Obstet Gynecol. – 1995. – №6 (Suppl 2). – P. 29.
4. Sibai B., Caritis S., Thom E. et al. Am J Obstet Gynecol. – 1995. – V. 172 (5). – P. 1553–1557.
5. Савельева Г.М., Кулаков В.И., Серов В.Н. Современные подходы к диагностике, профилактике и лечению гестоза // Вестн. Росс. ассоциации акушеров-гинекологов. – 2001. – №3, №5. – С. 66–72.
6. Васильева З.В., Тягунова А.В., Конькова Т.А. и др. Отдаленные последствия и реабилитация женщин, перенесших тяжелые формы гестоза // Русс. мед. ж-л. – 2000. – №1. – С. 6–24.