

– эстрогены, содержащиеся в некоторых противозачаточных средствах, могут нарушать процесс использования организмом витаминов В₆, Е и фолиевой кислоты [10].

Таким образом, только правильно подобранные витаминно-минеральные комплексы для коррекции их недостаточности способствуют повышению резистентности организма матери, благоприятному течению беременности и рождению здорового ребенка.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Коденцова В.М., Вржесинская О.А., Лукоянова О.Л. Витамины в питании кормящей женщины и ее ребенка // Гинекология. – 2002. – Т.4. – №2. – С. 3-5
 2 Ших Е.В., Гребенщикова Л.Ю. Витаминотерапия в период беременности: целесообразность и эффективность // Гинекология. – 2009. – Т.11, №6. – С. 8-11
 3 Стрижаков А.Н., Буданов В.П. Синергичная витаминотерапия – основа оптимизации предгравидарной подготовки и ведения беременных // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2002. – №5. – С. 18-21
 4 Ahn E., Kapur B., Koren G. Ironbioavailabilityinprenatalmultivitaminssupplementswithseparatedandcombinedironandcalcium // J. Obstet Gynaecol Can. – 2004. – V.26, №9. – С. 809-814
 5 Kondo H., Binder MJ, Kolhouse JF, Smythe WR, Podel ER, Allen RH. Presence and formation of cobalamin analogues in multivitamin- mineral pills // J.Clin Invest. – 1982. – V.70, №4. – С. 889-898
 6 Roughead ZK, Zito CA, Hunt JR. Inhibitory effects of dietary calcium on the initial uptake and subsequent retention of heme and nonheme iron in humans: comparisons using an intestinal lavage method // Am J. Clin Nutr. – 2005. – V.82, №3. – С. 589-597
 7 Громова О. Витамин С (обзор) // Эстетическая медицина. – 2007. – Т.6, №1. – С. 8-13
 8 Борисов К.Н. Роль центра здоровья по изменению рациона питания. Восстановительная медицина и реабилитация // Профилактика. – 2010. – №1. – С. 27-28
 9 Громова О.А., Торшин И.Ю. Дозирование витамина А при беременности // Consilium Medicus. – 2010. – Т.12, №6. – С. 7-11
 10 Burrow G. Thyroid function and hyperfunction during gestation // Endocr. Rev. – 1993. – № 14. – P. 194

Т Ж Ы Р Ы М

Л.С. ЦОЙ

Амитруд «Дарига» ЖШС МО, Алматы қ.

ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ҮНЕМДІ ДӘРУМЕН ПРОФИЛАКТИКАСЫ

Мақалада автор дәл осы ана болуға дайындалып жүрген әйелдердің барылығынан да артық ең маңызды дәрумендер мен минералды заттарды алуды қажет ететіндігіне назар аударады. Іс жүкті әйелдердің дәрумендермен қатар, микро- және макроэлементтермен қамтамасыз етілудің едәуір тапшылығын сезінуімен күрделенеді. Бұл ретте олардың аз бөлігі белгілі бір тұрақтылықпен полидәрумен дәрімектер қабылдайды. Бүгінгі күні дәл осы дәрумендер мен минералды заттар тапшылығы жүкті әйелдің денсаулық жағдайына, сонымен қатар, іштегі нәрестенің дәрумен-минерал мәртебесіне кері әсер ететіндігі құпия емес. Жүктілер «екеу үшін» тамақтанбаулары тиіс, бірақ осы кезеңдегі негізгі дәрумендер мен минералдарды тұтыну деңгейін едәуір арттырған мақсатқа сай болады – 20–40%-ға (жүктілік мерзімдеріне тәуелді). Сонымен қатар, дәлелді медицина позициясы жағынан бүгінгі күні дәрумендер мен олардың кешендерінің игерілуін жақсарту және тиімділігін арттыруға қатысты сенімді дәлелдердің аз екендігі фактісін жете бағаламауға болмайды. Осымен байланысты мақалада көптеген маңызды факторларды ескере отырып, жүктілерге арналған дәрумен-минералды кешендерді орынды таңдау бойынша ұсыныстар берілген.

SUMMARY

L.S. TSOY

Amitrud Dariga Medical Center, LLP, Almaty c.

RATIONAL VITAMIN PROPHYLAXIS FOR PREGNANT WOMEN

In the article, the author lays emphasis on the fact that it is women which prepare to become mothers are most in need of getting essential vitamins and minerals. The matter is complicated by the fact that pregnant women experience a significant shortage of vitamins as well as micro- and macroelements. Moreover, less than half of them takes multivitamin preparations regularly enough. Nowadays it is not a secret that a deficiency of vitamins and minerals has a negative effect on both the health of a pregnant woman and the vitamin and mineral status of the fetus. Pregnant women should not “eat for two”, but in this period it is reasonable to increase the use of essential vitamins and minerals considerably – by 20-40% (depending on the gestational age). Alongside with that, one should not underestimate the fact that to date from the view of evidence-based medicine there are not sufficient convincing arguments concerning the improvement of uptake and increased efficacy of vitamins and their complexes. Therefore, the article provides recommendations for the adequate choice of vitamin and mineral supplements for pregnant women taking into account many important factors.

УДК 618.3-06

С.А. КАБЫЛОВА, Н.М. МАМЕДАЛИЕВА, Б.Ж. КАРИБАЕВА

Государственный медицинский университет, г. Семей,

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии, г. Алматы

СНИЖЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЯМИ И ЕЕ НЕКОТОРЫЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ

В статье представлен сравнительный анализ показателей минеральной плотности и метаболизма костной ткани у 311 беременных в зависимости от развития преэклампсии. Измерение минеральной плотности костной ткани проводили методом количественной ультразвуковой денситометрии на аппарате «Sonost 2000» (Южная Корея).

Полученные данные свидетельствуют о наличии отклонений функционального состояния гомеостатических систем костной ткани у беременных с преэклампсией.

Ключевые слова: *беременные, минеральная плотность и метаболизм костной ткани, преэклампсия, механизмы.*

В ряде исследований [1, 2, 3, 4] содержатся данные о возможности значительного снижения минеральной плотности костной ткани в течении беременности. К сожалению, практически отсутствуют сведения, характеризующие основные патогенетические механизмы данного снижения и их связь с осложнениями течения беременности. Однако имеются данные, говорящие в пользу наличия клинических взаимосвязей между осложнениями беременности и минеральной плотностью костной ткани (МПКТ) [5], и материалы настоящего исследования подтверждают наличие патогенетических связей на уровне метаболических показателей.

Цель исследования – сравнительный анализ показателей минеральной плотности и метаболизма костной ткани у беременных в зависимости от развития преэклампсии.

Материал и методы

Подбор клинической группы беременных женщин всегда представляет собой непростую проблему, особенно когда критерий распределения является независимым от исследователя. В данном случае имели место аспекты необходимости обеспечения репрезентативности, рандомизации группы в зависимости от возраста, обеспечения достаточной длительности наблюдения для выявления связей течения беременности, динамики МПКТ и исходов. Дополнительным лимитирующим фактором служила достаточно высокая стоимость комплекса обследований. Для решения этих задач была обследована выборка в объеме 311 женщин, в том числе 50 человек – в возрасте старше 40 лет. Возрастное распределение беременных не было строго зависимым от популяционного – группа беременных старшего возраста отбиралась отдельно. При распределении обследованных по возрасту наибольшей по численности группой оказалась 21-25 лет, контроль по уровню МПКТ (t-критерий) соответствовал данной подгруппе, поскольку именно в этом возрасте формируется пик плотности костной ткани. Подгруппа 26-30 лет находилась на втором месте, 31-35 лет – на третьем месте и на четвертом – 41-45 лет.

Почти в половине случаев у обследованных женщин беременность была первая, хотя в подгруппе старше 40 лет на данную категорию приходилось только 12%. Более 4-х беременностей в анамнезе имелось 5,7% у женщин младшей и 32,0% – старшей возрастной категории, т.е. фактор риска остеопенического синдрома, связанный с высокой частотой беременности в анамнезе, был более характерен для старшей группы.

При анализе осложнений текущей беременности (проведенного проспективно на всем её протяжении) преобладали преэклампсии, причем, если легкие формы данной патологии наблюдались с одинаковой частотой в обеих категориях, то относительное число тяжелых преэклампсий у беременных старшего возраста было втрое выше. Также превышала показатели группы женщин в возрасте до 40 лет частота угрозы прерывания беременности. Осложнения в родах также чаще отмечались у беременных старше 40 лет, их общая распространенность превышала 50% от числа обследованных, по частоте в их структуре доминировали атонические кровотечения и

Таблица 1 – Показатели МПКТ в I триместре беременности в зависимости от последующего развития преэклампсии и степени ее тяжести

Показатель	Беременные без развития преэклампсии	Беременные с последующим развитием преэклампсии	
		легкой	тяжелой
ИП	90,3±5,2	84,7±4,9	81,9±4,4
t-критерий	-0,55±0,03	-0,83±0,05*	-0,89±0,06**
z-критерий	-0,30±0,02	-0,33±0,02	-0,38±0,02*

* – различия с группой беременных без преэклампсии достоверны, p<0,05, ** – p<0,01

слабость родовой деятельности. Установление диагноза преэклампсии осуществлялось на основании классификации, принятой МЗ РК (согласно клиническим Протоколам диагностики и лечения).

Измерение минеральной плотности костной ткани проводили методом количественной ультразвуковой денситометрии на аппарате «Sonost 2000» (Южная Корея).

Результаты и обсуждение

В таблице 1 представлены данные, характеризующие уровень МПКТ в I триместре беременности в обследованных группах.

В первом триместре беременности не было зарегистрировано статистически значимых различий непосредственного ультрасонографического показателя МПКТ между беременным без последующего развития преэклампсии и в подгруппах с легкой и тяжелой преэклампсией. Однако в обоих случаях средние значения параметра были ниже, чем в контроле, а при тяжелой преэклампсии – ниже, чем при легкой. Статистически значимые различия с контролем были зарегистрированы по t-критерию. Это связано с большей «плотностью» результатов в группах по данному показателю, поскольку он является относительным. Различия между беременными без развития преэклампсии в группе беременных, у которых во второй половине беременности развилась легкая преэклампсия, составили 50,9% (p<0,05), тяжелая преэклампсия – 61,8% (p<0,01).

По z-критерию различия между группами были значительно менее выраженными, поскольку среди обследованных с последующим развитием преэклампсии преобладали женщины старшего репродуктивного возраста. Однако в подгруппе развития тяжелой преэклампсии и по

Таблица 2 – Исследованные показатели в I триместре беременности в зависимости от последующего развития преэклампсии и степени ее тяжести

Показатель	Беременные без развития преэклампсии	Беременные с последующим развитием преэклампсии	
		легкой	тяжелой
Содержания кальция в крови, ммоль/л	2,86±0,23	2,83±0,27	2,73±0,24
Содержание неорганического фосфора в крови, ммоль/л	1,37±0,11	1,29±0,10	1,22±0,10
ПТГ	7,2±0,8	6,1±0,5	5,4±0,5
Витамин D	22,6±1,8	24,1±1,9	20,8±1,4
Остеокальцин	8,65±1,5	8,13±1,2	7,55±1,7
Щелочная фосфатаза	71,2±6,8	84,5±7,7	96,8±10,5*
β-изомер C-терминального тепепептида коллагена 1 типа	0,15±0,02	0,14±0,01	0,14±0,02

* – различия с группой беременных без преэклампсии статистически значимы, p<0,05

данному показателю МПКТ отмечались статистически значимые различия (на 26,7%, $p < 0,05$).

Совокупность данных моментов позволяет сделать заключение о наличии связи риска развития преэклампсии с показателями МПКТ в I триместре.

В таблице 2 показаны данные кальций-фосфорного обмена в I триместре беременности при аналогичном распределении.

В I триместре, в отличие от ситуации с наличием предшествующей остеопении, у беременных группы развития преэклампсии не наблюдалось существенных особенностей показателей содержания кальция и неорганического фосфора в крови. Имелись только умеренные и незначимые различия в сторону снижения по обоим параметрам в подгруппе тяжелой преэклампсии. Статистически значимых различий и по показателям данной группы факторов в I триместре не наблюдалось, хотя, например, в подгруппе последующего развития легкой преэклампсии уровень ПТГ был на 15,3% ниже, чем в контроле, а тяжелой – на 52,2% ниже.

По содержанию остеокальцина существенных различий не было, хотя значения показателя в основной группе были ниже, чем в контрольной, а при последующем развитии тяжелой преэклампсии – ниже, чем легкой.

Определенные различия, в том числе имеющие статистическую значимость, уже в I триместре беременности были выявлены по величине активности щелочной фосфатазы. Следует учитывать тот факт, что в данный срок обследования плацента, как источник ЩФ, не может обеспечивать существенные различия по уровню активности фермента в крови. Поэтому мы полагаем, что основным источником повышения содержания активности ЩФ являлась костная ткань. Исходя из этой гипотезы, а также учитывая то, что ЩФ является показателем активности области, мы считаем, что в данный срок у беременных старшего возраста, в особенности при последующем развитии преэклампсии, имеется неэффективная активация механизма остеогенеза, связанная со снижением МПКТ в исходе, т.е. до развития беременности.

Содержание β -изомера C-терминального телопептида коллагена 1 типа не имело различий во всех группах обследованных.

Во II триместре беременности были проанализированы показатели МПКТ и содержания кальция и фосфора в крови у женщин тех же ретроспективно выделенных групп.

Уровень ИП в группах беременных с развитием преэклампсии оставался более низким, чем в контроле, хотя достоверных различий в этот срок обследования также не было. В динамике относительно первого триместра снижение ИП у беременных без последующего развития преэклампсии составило 3,2%, подгруппы легкой преэклампсии – 6,1%, а тяжелой – 10,6%, т.е. потеря минеральной составляющей костной ткани была у беременных с последующим развитием осложнений более быстрой.

Аналогичное заключение надлежит сделать и по величине t-критерия. Степень снижения его в подгруппе легкой преэклампсии составила 59,0% относительно контроля, а тяжелой – 85,2% ($p < 0,05$). При этом, если в контрольной группе степень снижения относительно исхода составила 10,9%, то при тяжелой преэклампсии – 27,2%.

Таблица 3 – Показатели МПКТ в II триместре беременности в зависимости от последующего развития преэклампсии и степени ее тяжести

Показатель	Беременные без развития преэклампсии	Беременные с последующим развитием преэклампсии	
		легкой	тяжелой
ИП	87,4±6,7	79,5±5,8	74,2±5,3
t-критерий	-0,61±0,07	-0,97±0,12*	-1,13±0,2*
z-критерий	-0,33±0,08	-0,40±0,06	-0,49±0,08

* – различия с группой беременных без преэклампсии достоверны, $p < 0,05$

Таблица 4 – Показатели кальций-фосфорного обмена в II триместре беременности в зависимости от развития преэклампсии и степени ее тяжести

Показатель	Беременные без развития преэклампсии	Беременные с последующим развитием преэклампсии	
		легкой	тяжелой
Содержания кальция в крови, ммоль/л	2,90±0,31	2,63±0,25	2,50±0,30
Содержание неорганического фосфора в крови, ммоль/л	1,40±0,09	1,27±0,06	1,19±0,08

По величине z-критерия уменьшение в динамике при легкой преэклампсии достигало 19,4%, а при тяжелой – 28,9% ($p < 0,05$).

Во всех трёх группах отмечалась лишь статистически незначимая динамика обоих параметров. Однако среднее содержание кальция в крови у беременных без развития преэклампсии не изменялось, тогда как при последующем её развитии имело примерно равную тенденцию к снижению. Содержание неорганического фосфора в крови было также снижено в группах беременных с последующим развитием преэклампсии, однако статистической значимости различия как с контрольной группой, так и с исходным уровнем показателя не достигали.

В отличие от двух ранее представленных клинических ситуаций, в III триместре обследованные беременные имели соответствующие осложнения течения (преэклампсии), поэтому различия ряда параметров были более существенными (табл. 5, 6).

Тенденция к снижению МПКТ отмечалась во всех группах обследованных беременных. В результате достаточно значительного разброса уровня показателя ИП внутри групп не было зарегистрировано статистически значимых различий с контролем, хотя в среднем при легкой преэклампсии они достигали 13,6%, а при тяжелой – 17,3%.

По t-критерию различия оставались достоверными

Таблица 5 – Показатели МПКТ в III триместре беременности в зависимости от развития преэклампсии и степени ее тяжести

Показатель	Беременные без развития преэклампсии	Беременные с последующим развитием преэклампсии	
		легкой	тяжелой
ИП	84,0±10,3	72,6±8,5	69,5±8,9
t-критерий	-0,69±0,08	-1,15±0,16*	-1,34±0,22*
z-критерий	-0,35±0,06	-0,46±0,09	-0,62±0,13

* – различия с группой беременных без преэклампсии достоверны, $p < 0,05$

(66,7% и 94,2%, соответственно, $p < 0,05$ в обоих случаях). Степень снижения показателя относительно I триместра у беременных без преэклампсии составила 25,5%, с легкой преэклампсией – 38,6% и с тяжелой – 50,6% ($p < 0,05$).

По z-критерию различия с контрольной группой беременных без преэклампсии у обследованных с легкой её степенью составили 31,4%, с тяжелой – 77,1%. По отношению к I триместру различия в контрольной группе составили 16,7%, при легкой преэклампсии – 39,4% и при тяжелой – 63,4% ($p < 0,05$). Последнее свидетельствует о значительно более быстрой динамике к снижению МПКТ не только по «вневозрастному» t-критерию, но и по отношению к возрастному стандарту плотности костной ткани при развитии преэклампсии, притом связанной с их тяжестью.

Более значительное снижение прослеживалось по среднему содержанию неорганического фосфора, нежели кальция у женщин с осложненным течением беременности. В частности, отмечалось статистически значимое более низкое содержание фосфора в группе с тяжелой преэклампсией (на 30,1%, $p < 0,05$). В динамике только в этой подгруппе отмечалось снижение показателей кальций-фосфорного обмена по отношению к I триместру беременности.

Концентрация ПТГ у беременных с легкой преэклампсией характеризовалась снижением относительно контрольной группы, хотя различия были статистически незначимыми. Более выраженными оказались различия по отношению к группе с тяжелой преэклампсией, где они составили 21,6% ($p < 0,05$).

Особо следует отметить динамику концентрации ПТГ по отношению к исходному уровню исследования (I триместр). Во всех трёх подгруппах она повышалась статистически значимо. Различия с исходом составили соответственно 73,6%, 85,2% и 81,7% ($p < 0,05$; $p < 0,05$; $p < 0,01$). Несмотря на такой рост, уровень ПТГ оставался ниже во всех группах, чем у здоровых женщин репродуктивного возраста вне беременности.

Содержание витамина D не имело существенных особенностей ни между выделенными группами, ни с уровнем показателя в I триместре, ни со значениями, характерными для здоровых женщин репродуктивного возраста.

Уровень остеокальцина у беременных с преэклампсией был также несколько ниже, чем в контрольной группе, однако различия оставались статистически незначимыми. Следует отметить, что сохранялась тенденция к более быстрому снижению данного показателя при преэклампсии, особенно тяжелой. Активность ЩФ в этот срок резко превышала исходные показатели и средние величины, зарегистрированные во II триместре беременности. Активность фермента была статистически значимо выше, чем в контрольной группе у беременных с тяжелой преэклампсией (на 67,9%, $p < 0,05$).

β -изомер C-терминального теполептида коллагена 1 типа в обеих подгруппах группы беременных с преэклампсией был статистически значимо выше, чем при отсутствии осложнений течения беременности. Различия в подгруппе с легкой преэклампсией составили

Таблица 6 – Показатели кальций-фосфорного обмена в III триместре беременности в зависимости от развития преэклампсии и степени ее тяжести

Показатель	Беременные без развития преэклампсии	Беременные с последующим развитием преэклампсии	
		легкой	тяжелой
Содержания кальция в крови, ммоль/л	3,02±0,16	2,75±0,11	2,61±0,20
Содержание неорганического фосфора в крови, ммоль/л	1,64±0,12	1,32±0,14	1,15±0,09*
ПТГ	12,5±0,8	11,3±1,0	9,8±0,6*
Витамин D ₃	24,8±1,9	26,3±2,3	23,7±2,8
Остеокальцин	8,32±0,72	7,90±0,70	7,15±0,66
Щелочная фосфатаза	88,6±9,5	100,2±11,7	148,4±22,8*
β -изомер C-терминального теполептида коллагена 1 типа	0,09±0,01	0,13±0,01*	0,18±0,02*

* – различия с группой беременных без преэклампсии статистически значимы, $p < 0,05$

44,6%, а с тяжелой – 99,7% ($p < 0,05$ в обоих случаях). При этом только в контрольной группе отмечались статистически значимые различия с I триместром (в сторону снижения). При легкой преэклампсии существенной разницы не было, а при тяжелой отмечалась тенденция к дальнейшему росту показателя, и его среднее значение было самым высоким за весь период исследования. Это свидетельствует о значительном повышении скорости резорбции костной ткани у женщин с преэклампсией.

В целом полученные данные свидетельствуют о наличии отклонений функционального состояния систем, обеспечивающих гомеостаз костной ткани, у беременных с преэклампсией относительно группы сравнения – физиологического течения беременности. Отмечено значительное увеличение показателей, свидетельствующих об ускоренной резорбции костной ткани на фоне снижения содержания факторов остеогенеза, что соответствует некоторым литературным данным [1, 6].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Щербавская Э.А., Кочеткова Е.А., Гельцер Б.И. Кальций-фосфорный обмен и костный метаболизм при нормально протекающей беременности и осложненной поздним токсикозом // Гинекология: Журнал для практических врачей. – 2001. – Т.3. – №5. – С.187-190
- 2 Moltó A., Holgado S., Mateo L., Oliv A. Transient osteoporosis of the hip and pregnancy // Med Clin (Barc). – 2010. – Vol.135(14). – P.678-679
- 3 Sarli M., Hakim C., Rey P., Zanchetta J. Osteoporosis during pregnancy and lactation // Medicina (B Aires). – 2005. – Vol.65(6). – P.533-540
- 4 Glerean M., Plantalech L. Osteoporosis in pregnancy and lactation // Medicina (B Aires). – 2000. – Vol.60(6). – P. 973-981
- 5 Кабылова С.А., Рахыпбеков Т.К., Акылжанова Ж.Е. Остеопенический синдром у женщин репродуктивного возраста в г. Павлодар и факторы риска его развития // Наука и здравоохранение. – 2010. – №1, Т.1. – С. 109-111
- 6 Щербавская Э.А., Гельцер Б.И. Обмен кальция и метаболизм костной ткани при беременности // Остеопороз и остеопатии. – 2002. – №2.

Т Ў Ж Ы Р Ы М

С.А. ҚАБЫЛОВА, Н.М. МӘМЕДӘЛИЕВА, Б.Ж. КӘРІБАЕВА

*Мемлекеттік медициналық университеті, Семей қ.
Акушерлік гинекология және перинатология
ғылыми орталығы, Алматы қ.*

ПРЕЭКЛАМПСИЯ ЖӘНЕ ОНЫҢ КЕЙБІР ПАТОГЕНЕТИКАЛЫҚ МЕХАНИЗМДЕРІ БАР ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕГІ СҮЙЕК ТІНІНІҢ МИНЕРАЛДЫ ТЫҒЫЗДЫҒЫНЫҢ ТӨМЕНДЕУІ

Зерттеу мақсаты: Преэклампсияның дамуына тәуелді жүкті әйелдердің минералды тығыздығы мен сүйек тіні метаболизмі көрсеткіштерінің салыстырмалы талдауы.

Көлемі 311 әйелден тұратын, соның ішінде 50-уі 40 жастан асқан әйелдер тобы тексерілді. Сүйек тінінің минералды тығыздығын өлшеу сандық ультрадыбыстық денситометрия әдісімен «Sonost 2000» (Оңтүстік Корея) аппаратында жүргізілді.

Алынған мәліметтер преэклампсиясы бар жүкті әйелдердегі сүйек тіндерінің гомеостатикалық жүйелері функциялық жағдайы ауытқуының бар екендігін куәландырады. Остеогенез факторларының төмендеу фонындағы сүйек тіндерінің жылдамдатылған резорбциясын куәландыратын көрсеткіштердің айтарлықтай ұлғайғандығы байқалды.

SUMMARY

**S.A. KABYLOVA, N.M. MAMEDALIEVA,
B.ZH. KARIBAEVA**

*State medical University, Semey c.
Scientific Obstetrics, Gynecology and
Perinatology Center, Almaty c.*

DECREASE OF BONE MINERAL DENSITY AT PREGNANT WOMEN WITH PRE-ECLAMPSIA AND ITS PATHOGENETIC MECHANISMS

Research objective: the comparative analysis of indicators of mineral density and a bone metabolism at pregnant women depending on development of pre-eclampsia.

Sample in volume of 311 women is surveyed; including 50 persons aged is 40 years and more. Measurement of mineral density of a bone tissue was provided with a method of a quantitative ultrasonic densitometry on the device «Sonost 2000» (South Korea).

The obtained data testifies to presence of deviations of a functional condition of homeostatic systems of bone tissues at pregnant women with pre-eclampsia/ Substantial growth of the indicators testifying about accelerated desorption of a bone tissues on the background of decrease of osteogenic factors.

УДК 618.39-021.3-06-092

Г.К. ОМАРОВА, Г.Ж. ЖАТКАНБАЕВА, Г.Ш. ДАЛИЕВА, М.И. БАЙЛИНА

Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова, г. Алматы

ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ С РЕТРОПЛАЦЕНТАРНОЙ ГЕМАТОМОЙ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Прогностически неблагоприятным признаком прерывания беременности в первой половине беременности является образование ретрохориальных и ретроплацентарных гематом, отставание роста эмбриона более чем на 7 дней, поздняя визуализация эмбриона. Угроза прерывания беременности в I триместре является фактором риска развития самопроизвольного прерывания беременности во II триместре. Применение дюфастона в I триместре гестации улучшает прогноз дальнейшего течения беременности и снижает частоту ее позднего прерывания.

Ключевые слова: беременность, ретроплацентарная гематома, дюфастон.

Основной задачей современного акушерства и гинекологии является проблема потери беременности [1, 2]. В настоящее время внимание к данной проблеме возникает в связи со снижением индекса здоровья женщин и влиянием возраста матери на риск развития ранних самопроизвольных выкидышей.

Среди причин невынашивания беременности выделяют генетические (3-6%), анатомические (10-16%), эндокринные (8-20%), инфекционные (частота до 80% после исключения генетических, анатомических, эндокринных причин), иммунологические и тромбофилические причины [3]. Важными вопросами перинатологии являются не только невынашивание беременности, улучшение здоровья плода и новорожденного, но и направленность перинатологии на реальное снижение перинатальной заболеваемости и смертности в течение первого года жизни. Перинатальная медицина повсеместно способствует улучшению здоровья будущего поколения.

По литературным данным 15-20% диагностированных беременностей заканчивается спонтанным ее прерыванием [1, 2, 3]. Особого внимания заслуживают беременные с кровянистыми выделениями в ранние сроки гестации. Такие пациентки представляют группу высокого риска репродуктивных потерь. Наиболее прогностически неблагоприятным признаком прерывания беременности является образование ретрохориальных и ретроплацентарных гематом. Частота данной патологии,

по литературным данным, составляет от 12,8 до 21,3% [4]. В то же время отмечено, что в 16,7% наблюдений ретрохориальная гематома случайно выявляется при ультразвуковом исследовании [2, 5].

Клиническая значимость ретроплацентарного кровоизлияния зависит от размера и протяженности сформировавшейся гематомы. Гематомы небольшого размера (менее 60 см³) не сопровождаются повышением риска самопроизвольного выкидыша, даже если повторное эхографическое исследование не выявило при тщательном осмотре плаценты линейный участок отложения фибрина или небольшую по толщине гематому в области имевшейся отслойки базальной пластинки [2, 3, 4, 5].

К неблагоприятным маркерам репродуктивных потерь относят следующие признаки: отставание копчико-теменного размера эмбриона от должного срока гестации более чем на 7 дней; нарушения сердечной деятельности эмбриона (тахикардия и брадикардия). При снижении копчико-теменного размера и наличии нарушений маточно-хориального кровотока с выраженным прогрессирующим уменьшением объема плодного яйца эти маркеры приводят к самопроизвольному прерыванию беременности. Принципиальным вопросом, возникающим при угрозе прерывания беременности, является целесообразность ее сохранения в I триместре (ранний фетальный период) в связи с возможными генетическими повреждениями эмбриона. Это важный