

показала, что САД было выше на 20,3%, уровень протеинурии – на 32,5%, возрастала выраженность отеочного синдрома. Таким образом, на основании клинических симптомов провести дифференциальную диагностику гестоза легкой и средней степени несколько затруднительно.

В нашем исследовании был применен способ диагностики степени тяжести гестоза с помощью пробы с временным пережатием плечевой артерии. Для этого на уровне верхней трети плеча накладывалась манжета, в ней создавалось давление выше исходного систолического на 30 мм рт. ст. Давление сохранялось в течение 5 минут и затем быстро стравливалось. Изменение диаметра плечевой артерии и параметров кровотока регистрировалось при ультразвуковом исследовании с помощью дуплексного сканирования. Оценивались параметры в исходном состоянии, через 1, 3, 5, 8 и 12 минут после проведения пробы. Регистрировалось время возвращения диаметра сосуда к исходным величинам.

При оценке результатов пробы у группы сравнения нами было выявлено, что через 1 минуту после декомпрессии отмечалась вазодилатация исследуемого сосуда, а через 3-5 мин сосуд возвращался к исходному диаметру, что являлось свидетельством адекватного выброса эндотелиоцитами релаксирующих и констрикторных факторов. У пациенток с гестозом легкой степени на 1-й минуте наблюдался вазоспазм, а к 5-8-й минуте он сменялся вазодилатацией с последующей нормализацией диаметра сосуда.

У беременных подгруппы III₂ к 5-й минуте декомпрессии отмечалось уменьшение просвета артерии, сохранявшееся на протяжении всего периода пробы. При гестозе тяжелой степени длительный вазоспазм начинался уже на 3-й минуте и не имел тенденции к обратному развитию в течение 14 минут.

Таким образом, мы получили возможность диагностировать переход состояний «нормальная беременность > гестоз легкой степени > гестоз средней степени > гестоз тяжелой степени» на основании пробы с реактивной гиперемией плечевой артерии. На основании клинической картины поставить диагноз гестоза в ряде случаев затруднительно вследствие субъективной оценки симптомов. Проба с реактивной гиперемией плечевой артерии является достоверным методом диагностики степени тяжести гестоза. Данный метод является высокочувствительным именно для диагностики гестоза легкой степени на доклинической стадии. Диагностика гестоза легкой степени на доклинической стадии позволит своевременно провести медикаментозное лечение и предупредить утяжеление гестоза.

Литература

1. Башмакова Н.В., Крысова Л.А., Ерофеев Е.Н. Современные подходы к профилактике гестоза // Акушерство и гинекология. – 2006. - № 5. – С. 45-47.
2. Ветров В.В. Эфферентная терапия в акушерском стационаре (шестилетний опыт работы) // Эфферентная терапия. – 2005. – Т. 11, № 2. – С. 53-59.
3. Кулаков В.И. Анестезия и реанимация в акушерстве и гинекологии. – М.: Трида-Х, 2000. - 306 с.
4. Медвинский И.Д. Современная концепция полиорганной