

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ АКУШЕРСТВА И
ПЕДИАТРИИ
Кыргызский научно-исследовательский институт**

На правах рукописи
УДК 618.3-008.6:616-071-08-039.71

АМЯН МАРИНЭ ИСАКОВНА

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И
РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ПРЕГЕСТОЗАХ**

14.00.01 – Акушерство и гинекология

**Автореферат диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Бишкек – 1998

Работа выполнена в Кыргызском научно-исследовательском институте акушерства и педиатрии

Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор Л.Д. Рыбалкина,
доктор медицинских наук, старший научный сотрудник Н.Р. Керимова

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор А.М. Дошанова
кандидат медицинских наук, доцент Л.С. Терентьева

Ведущее учреждение:

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии Минздрава России

Защита диссертации состоится 9 декабря 1998 года на заседании Специализированного Совета Д. 14.97.63. при Кыргызском научно-исследовательском институте акушерства и педиатрии (720040, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Тоголока Молдо, 1)

Автореферат разослан 9 ноября 1998 г.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Кыргызского научно-исследовательского института акушерства и педиатрии

Ученый секретарь
Специализированного Совета,
кандидат медицинских наук

А.Б. Фуртикова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Как известно, гестоз является одним из тяжелых осложнений беременности, возникновение и развитие которого ведет к инвалидизации женщин, детской заболеваемости, высокой перинатальной и материнской смертности (Сидорова С.И., 1996; Серов В.Н. и соавт., 1997; Макацария А.Д. и соавт., 1997; Rippman E.T., 1997; Wallenburg H.C.S., 1997; Matteo R. et al, 1998).

Несмотря на пристальное внимание акушеров-гинекологов к проблеме ОПГ-гестоза, успехи, достигнутые в изучении патогенеза, диагностики и лечения, тенденции к снижению частоты гестозов, по данным различных авторов, не отмечается (Кулаков В.И. и соавт., 1995; Савельева Г.М., 1996; Рогов В.А. и соавт., 1996; Крюковский С.Б., 1997; Conde-Agudelo A. et al, 1994; Christianne J.M. et al, 1996; Mason V.A. et al, 1996). Наблюдается увеличение числа сочетанных форм гестоза. В настоящее время гестоз возникает у 20-40% беременных, имеющих экстрагенитальную патологию (Сидорова С.И., 1996; Стрижаков А.Н. и соавт., 1997; Серов В.Н. и соавт., Sibai V.M. et al, 1995, Zammit V.C. et al. 1996; 1997; Badja N. et al, 1997).

Особенно тяжело и с неблагоприятными последствиями для плода и новорожденного протекает гестоз на фоне заболевания почек и гипертонической болезни (Быстрицкая Т.С. и соавт., 1996; Козий Г.А., 1996; Мелахова Т.А. и соавт., 1996; Радзинский В.Е. и соавт., 1996; Рогов В.А. и соавт., 1996; Бенедиктов И.М. и соавт. 1997; Серов В.Н. и соавт., 1997; Benigni A. et al, 1992; Endresen M.J. et al, 1995; Belfort M.A. et al, 1996; Christianne J.M. et al, 1996; James A.S. et al, 1996).

Клинические наблюдения показывают, что при современном уровне развития медицины гестоз вылечить невозможно, поэтому вполне справедливо, что многие исследователи придают огромное значение разработке профилактических мероприятий (Холод М.А., 1993; Сидорова И.С., 1996; Шехтман М.М. и соавт., 1996; Елохина Т.Б., 1997; Friedman S.A. et al, 1995; Pipkin F.B., 1997; Wang J. et al, 1998).

Существует более 100 клинических, биохимических и функциональных тестов для выявления прегестоза, которые позволяют зафиксировать сдвиги в гомеостатической системе организма, т.е. когда уже произошла структурная альтерация в органах и системах. Но остается открытым вопрос о поиске диагностических тестов способных оценить функциональный компенсаторный резерв организма беременной с различной экстрагенитальной патологией и с достаточной информативностью выявить прегестоз.

Несмотря на очевидность активации перекисного окисления липидов при прегестозе (Беднарский А.С., 1996; Сидорова И.С., 1996; Крюковский С.Б., 1997) мы не встретили работ, освещающих дифференциацию синдрома перекисидации липидов у женщин с прегестозом в зависимости от изучаемой фоновой патологии. Знания эти важны, так как возможно укажут пути этиопатогенетического предупреждения развития ОПГ-гестоза у женщин с различными видами фоновой патологии.

Важным направлением в исследованиях, посвященных проблеме гестозов, является поиск и разработка новых немедикаментозных методов лече-

ния, которые бы позволили добиться разумных ограничений фармакологической нагрузки на организм беременной женщины и избежать побочных отрицательных влияний медикаментов на организм матери и плода.

К таким новым методам немедикаментозной терапии относится низкоинтенсивное лазерное воздействие. Существует ряд работ, в которых отражено применение лазерной терапии для лечения гестоза различной степени тяжести (Русакевич П.С., 1987; Джвобенана Г.Г., 1988; Бедиарский А.С. и соавт., 1996; Керимова Н.Р. и соавт., 1995, 1996, 1998; Ярославский В.К. и соавт., 1996). Однако работ по использованию лазерной терапии для предупреждения развития гестоза, мы не встретили. В акушерской практике не использована возможность применения биохронолазерной терапии, как одного из самых эффективных немедикаментозных методов, учитывающих биоритмологические особенности организма.

Цель исследования. Изучение возможности использования тестов структурообразования в крови для прогнозирования, профилактики и сравнительной оценки эффективности лечения доклинических форм гестоза традиционными и нетрадиционными методами у беременных женщин с хроническим пиелонефритом и артериальной гипертензией.

Задачи исследования.

1. Оценить структурно-оптические свойства сыворотки крови у здоровых женщин, у женщин с артериальной гипертензией, хроническим пиелонефритом в динамике неусложненной беременности.

2. Изучить особенности структурно-оптических свойств СК у беременных с прегестозом на фоне артериальной гипертензии и хронического пиелонефрита, отработать критерии прогноза.

3. Оценить особенности процессов перекисного окисления липидов у беременных с прегестозом в зависимости от изучаемой фоновой патологии.

4. На основе клинко-функциональных тестов, показателей ПОЛ и тестов структурообразования в крови, определить эффективность медикаментозной и сочетанной коррекции прегестоза.

Научная новизна. Впервые изучены процессы структурообразования в крови у здоровых женщин, у беременных с артериальной гипертензией и хроническим пиелонефритом в динамике неосложненной беременности; определены закономерности процесса структурообразования в крови у беременных с прегестозом на фоне артериальной гипертензии и хронического пиелонефрита; доказана возможность использования тестов структурообразования в крови для прогнозирования и контроля за эффективностью профилактики и лечения доклинических форм гестоза; впервые доказана высокая эффективность применения биохронолазерной терапии в комплексе с медикаментозной для лечения доклинических проявлений гестоза.

Новизна разработок подтверждена Государственным агентством интеллектуальной собственности при правительстве Кыргызской Республики по заявкам на изобретения: «Способ диагностики гестоза», предварительный патент

КР 173; Способ профилактики и лечения гестозов, предварительный патент КР 185.

Практическая значимость.

1. Доказана возможность прогнозирования и предупреждения гестоза на доклинической стадии и высокая информативность тестов структурообразования в крови для диагностики прегестоза.

2. Выявлены особенности процессов структурообразования в крови у здоровых женщин в динамике физиологически протекающей беременности и у беременных женщин на фоне артериальной гипертензии и хронического пиелонефрита без и с проявлениями прегестоза.

3. На основе тестов структурообразования в крови в зависимости от изучаемой фоновой патологии разработаны критерии прогнозирования гестоза.

4. Внедрение в практическое родовспоможение нового метода лечения прегестоза позволит снизить частоту тяжелых форм гестозов в 3,9 раза.

Положения, выносимые на защиту.

1. Процессы структурообразования в сыворотке крови при физиологическом течении беременности не зависят от фоновой патологии (наличия компенсированной артериальной гипертензии и пиелонефрита).

2. Анализ сочетанной оценки процессов структурообразования в крови и скрининг-отборочных тестов обеспечивает более высокую точность выявления доклинических форм гестоза.

3. Процесс структурообразования в крови у беременных с прегестозом на фоне артериальной гипертензии и хронического пиелонефрита имеет дифференциально-диагностические отличия.

4. Анализ процессов структурообразования в крови при терапии прегестоза является высокоинформативным показателем эффективности и необходимой длительности терапии.

Внедрение полученных результатов. На основании проведенных комплексных исследований разработаны и находятся на внедрении методические рекомендации Прогнозирование и диагностика ОПГ-гестоза и Лазеротерапия ОПГ-гестоза.

Апробация диссертации. Основные положения диссертации представлены и обсуждены на Международном совместном съезде акушеров-гинекологов и педиатров, г.Бишкек, 1996 г.; на 4-й Международной конференции молодых ученых и студентов, г.Бишкек, 1997 г.; на I Международном симпозиуме Новые подходы к терминологии, профилактике и лечению гестоза, г.Москва, 1997 г.; на Ученом Совете Кыргызского НИИ акушерства и педиатрии, г.Бишкек, 1998.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 12 работ, в том числе 2 патента и 2 методические рекомендации.

Структура и объем работы. Диссертация состоит из введения и 4 глав включающих обзор литературы, главу о материалах и методах исследования, 2 главы содержащие результаты собственных исследований, обсуждения результатов исследования, выводы и практические рекомендации, список литературы. Диссертация изложена на 132 машинописных страницах, иллюст-

рирована 14 таблицами, 15 рисунками, 6 фотографиями. Библиография включает 178 источников, из них 121 отечественных и 57 работ иностранных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Материалы и методы исследования

Для решения поставленных задач обследовано 95 женщин, из числа которых 35 составили группу контроля (здоровые женщины с физиологическим течением беременности и родов) и 60 – основную группу с факторами риска на развитие ОПГ-гестоза. Комплектование групп исследования проводилось по методу механического отбора. Проводился анализ каждой третьей беременной женщины с артериальной гипертензией и хроническим пиелонефритом в анамнезе. Набор осуществлялся в течение года, не зависимо от сезонности, путем личного амбулаторно-поликлинического приема.

Беременные с риском развития гестоза были разделены на 2 группы: I группу составили 30 беременных женщин с артериальной гипертензией, в том числе 27 беременных с вегетососудистой дистонией (ВСД) по гипертоническому типу, 3-е гипертонической болезнью (ГБ) 1ст. II группу составили 30 беременных с хроническим пиелонефритом.

Исследовательская часть работы состояла из 2-х последовательных этапов. На I-м диагностическом этапе с целью прогнозирования и выявления доклинических форм гестоза все беременные были обследованы по ранее известным скрининг-отборочным тестам (Керимова Н.Р., 1990), в крови исследовались процессы ПОЛ и структурообразования. В динамике беременности из 60 женщин основной группы в результате комплексных диагностических исследований, у 50 были выявлены признаки прегестоза, а у 10 (у 5 женщин с артериальной гипертензией и у 5 с хроническим пиелонефритом) – их не было. На II-м терапевтическом этапе с целью определения эффективности проведенной терапии использовались выше перечисленные тесты в качестве контроля.

Состояние у 86 новорожденных детей оценивалось по шкале Аргаг при рождении и через 5 минут после него. Изучались показатели их физического развития (масса тела, рост, массо-ростовой коэффициент).

Клинико-функциональные методы включали в себя пробы и тесты направленные на выявление лабильности сосудистой системы: пробу с нагрузкой (Орлова Н.И., 1972), тест смены положения тела (ТСПТ, Rollover-test) (Gant N.F. et. al., 1974), определение лабильности и асимметрии артериального давления, среднего и пульсового артериального давления, систолическо-диастолического индекса, а также осуществлялась характеристика суточного диуреза и определение патологической прибавки массы тела на основе закономерности Б.И.Школьник (1968).

Общепринятые лабораторные методы исследования включали в себя: анализ крови и мочи унифицированными методами.

Биохимические методы исследования включали в себя:

1) определение продуктов перекисного окисления липидов в сыворотке крови по 4-

м показателям: общие липиды (ОЛ), гидроперекиси липидов (ГПЛ), диенкетоны (ДК), окислительный индекс (ОИ) по методу В.Б. Гаврилова и М.И. Мешкорудной (1983);

2) определение активности фермента каталазы по методу М.А. Королюка (1988);

3) индекс проницаемости мембран эритроцитов был определен методом Ф.М. Григорьевой и А.А. Ильина (1991).

Структурно-оптические свойства сыворотки крови характеризовались следующими количественными и качественными параметрами: 1) морфологией структур; 2) количеством образовавшихся структур; 3) размерами структурных комплексов; 4) общей суммарной площадью оптически активных структур (Лисиенко В.М., Шурыгина ЕЛ, 1992); 5) этапностью жизненного цикла структурообразования (Керимова Н.Р., 1998). Для изучения закономерностей процессов структурообразования в крови у беременных с физиологическим течением беременности и с доклиническими проявлениями гестоза использовались 3 биофизических методики: рефрактометрия, спектрофотометрия и поляризационная микроскопия при скрещенных поляроидах.

При рефрактометрии исследовалась капля сыворотки крови (СК), при спектрофотометрии и поляризационной микроскопии образец СК исследовали на предметном стекле, предварительно обработанном раствором лецитина для создания равномерной гомеотропной ориентации молекул липидов. Выявленное разнообразие оптически активных структур, для удобства диагностической интерпретации, сгруппированы в несколько классов: 1) сферолиты (Сф) – точно-ярко светящиеся структуры; 2) бороздки (Б) – светящиеся неярким желтым светом линии произвольной формы; 3) домены (Д) – локальное скопление сферолитов; 4) область двулучепреломления жидкокристаллической фазы липидного комплекса (ЖКФЛК). Размер доменов определяли с помощью окуляр-микрометра МОВ – 1-15^x в условных единицах с унифицированием по шкале и таблице в микрометрах. Согласно разработанной методике Н.Р.Керимовой, М.И. Амян и др. (1997) образец СК просматривался *ex tempore* и подвергался тепловой экспозиции в термостате в течение 24 часов для получения диагностически значимой картины СК.

Проводили анализ способности СК к альтерации образующихся в ней структур по показателям морфологической картины, диаметру структур, их суммарной площади, показателю преломления СК *ex tempore* и динамики изменения структурообразования после тепловой экспозиции ($t^{\circ}C=37$) образцов СК через 15-20 минут и через 24 часа. После тепловой экспозиции в образцах СК в течение 24 часов отмечалась количественная и качественная трансформация структур.

Клинико-функциональных исследований проведено – 7105, лабораторно-биохимических – 1015, биофизических, включая авторские варианты исследований – 1610. Всего объем исследований составил 9825. Все исследования проводились в динамике беременности, по триместрам.

Статистическая обработка результатов исследования проведена на персональном компьютере РС – Pentium 166 под MS – Windows 95 путем применения относительных показателей, средних величин и критерия достоверности Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Для женщин с физиологическим течением беременности независимо от наличия фоновой патологии, скрининг-отборочные тесты не выявили лабильности сосудистой системы и нарушения мочевыделительной функции. Выявление доклинических форм гестоза возможно только при сочетанном применении различных проб и тестов (рис. 1). При определении информативности скрининг-отборочных тестов у женщин с различными факторами риска на развитие гестоза, проведенный сопоставительный анализ показал, что наиболее информативными тестами для выявления доклинических форм гестоза у женщин на фоне хронического пиелонефрита являются:

- индекс проницаемости мембран эритроцитов (88,0%);
- снижение суточного диуреза (84,0%);
- снижение удельного веса утренней порции мочи (72,0%);
- патологическая прибавка массы тела с учетом массо-ростового коэффициента (еженедельная прибавка массы более чем 22 г на каждые 10 см и 55 г на 10 кг) (72,0%), тогда как тесты, характеризующие лабильность сердечно-сосудистой системы, не достаточно информативны для оценки указанной формы прегестоза (увеличение среднего артериального давления – у 44,0%; лабильность АД – у 16,0%; асимметрия АД – у 20,0%; проба с нагрузкой – у 28,0% женщин).

Наиболее информативными тестами для выявления доклинических форм гестоза у женщин на фоне артериальной гипертензии являются:

- индекс проницаемости мембран эритроцитов (82,0%);
- увеличение среднего артериального давления (80,0%);
- наличие лабильности АД (72,0%);
- асимметрия АД (68,0%);
- проба с нагрузкой (64,0%);
- снижение удельного веса утренней порции мочи (60,0%).

Наименее информативными являются тесты, характеризующие функцию мочевыделительной системы (снижение суточного диуреза – у 16,0%; никтурия – у 48,0% женщин).

В анализируемой нами литературе (Иванов И.П., 1989; Марусов, 1988) не приводится данных о дифференцированном подходе к диагностическим пробам и тестам в целях выявления прегестоза в зависимости от вида изучаемой фоновой патологии, тогда как наши исследования доказывают, что выбор наиболее информативных скрининг-тестов в зависимости от фоновой патологии позволит значительно повысить выявляемость прегестоза (рис. 1).

Проведенные нами исследования свидетельствуют о том, что сроки появления признаков прегестоза у женщин с артериальной гипертензией и хроническим пиелонефритом варьируют: так, у 24,0% беременных на фоне хронического пиелонефрита становится возможным выявление прегестоза с использованием наиболее информативных тестов в сроки 16-20 недель беременности, тогда как у беременных с артериальной гипертензией в эти

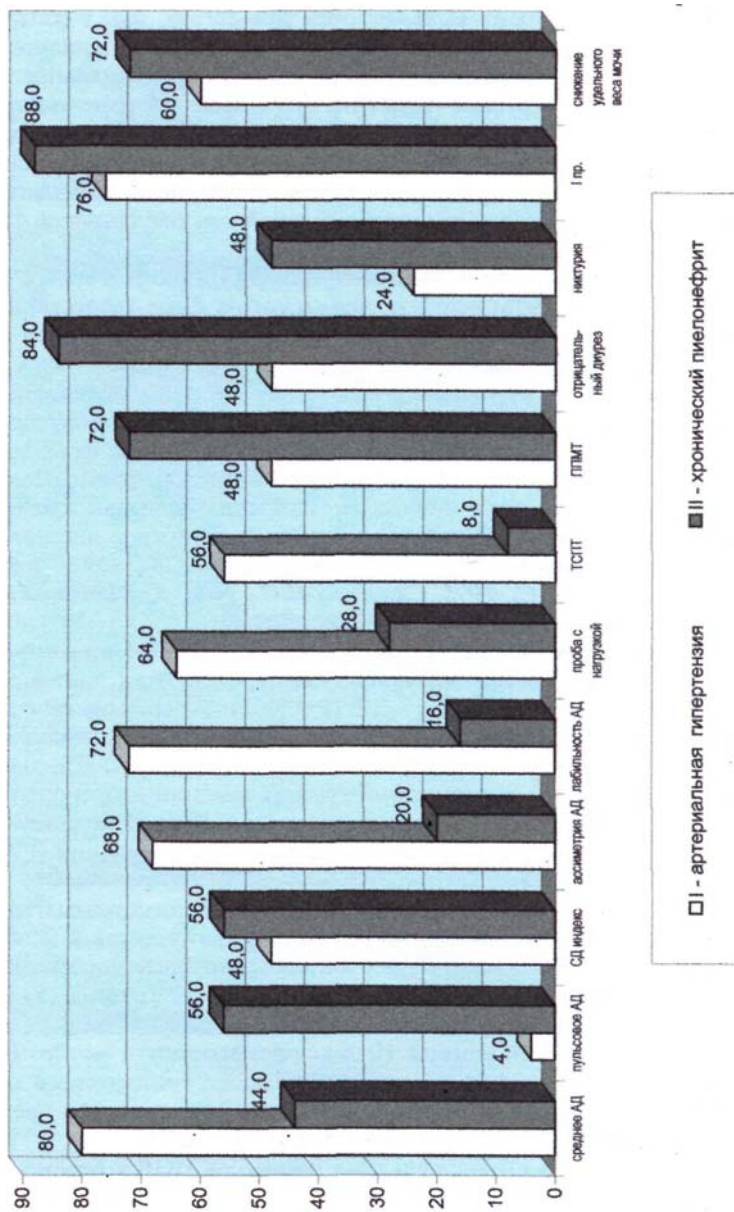


Рис. 1. Выявляемость прегестоза с использованием скрининг-отборочных тестов в зависимости от фоновой патологии (в%)

сроки беременности прегестоз реализуется лишь у 8,0% пациенток. В 21-27 недель беременности процент выявляемости прегестоза, как у женщин с хроническим пиелонефритом, так и у женщин с артериальной гипертензией становится приблизительно равным – 28,0% и 24,0%. Максимальное выявление прегестоза в обеих группах падает на 28-35 недель беременности, что составляет, соответственно, 40,0% и 36,0%. На основании полученных результатов следует предположить, что если у пациенток с прегестозом на фоне хронического пиелонефрита до 35 недель беременность не осложнялась прегестозом, то как правило у этих женщин в дальнейшем наблюдалось физиологическое течение беременности.

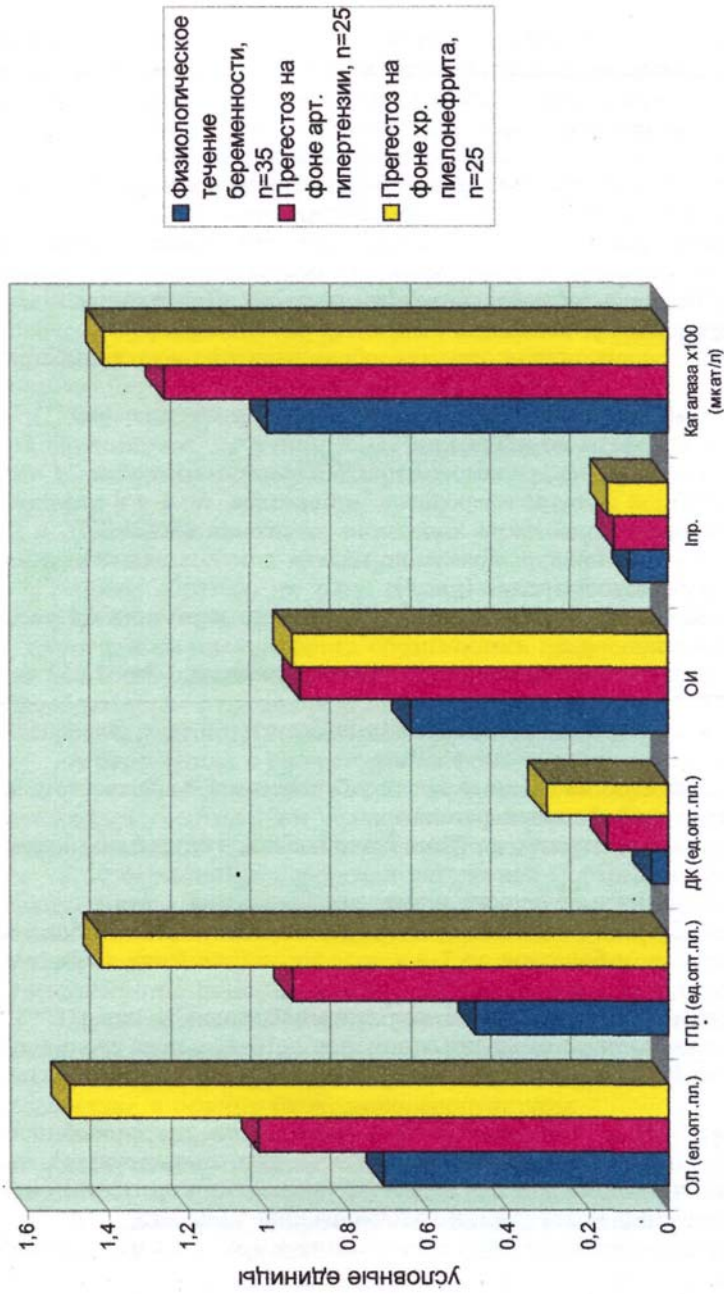
Наши данные согласуются с данными литературы. В.Н.Серов с соавт. (1997) и И.С.Сидорова (1996) считают, что гестоз на фоне заболевания почек развивается гораздо раньше – с 24-26 недель беременности, в то время как неосложненная его форма – с 32-36 недель беременности.

Изучение процессов перекисного окисления липидов, предпринятое в рамках диагностического этапа данной работы, позволило подтвердить патогенетический вклад его активации в развитие гестоза, как на фоне артериальной гипертензии, так и на фоне хронического пиелонефрита. Полученные нами данные об активации процессов ПОЛ при доклинических проявлениях гестоза совпадают с результатами исследований ряда авторов (Наумов А.В., 1987; Керимова Н.Р., 1990; Разбойникова Г.Л., 1992; Чорчоева К.О., 1992; Беднарский А.С., 1996; Сидорова И.С., 1996; Крюковский С.Б. и соавт., 1997; Шехтман М.М. с соавт., 1997).

У беременных с прегестозом на фоне артериальной гипертензии повышается содержание, как начальных продуктов перекисидации липидов (ОЛ, ГПЛ, ОИ; $P < 0,001$), так и конечных – ДК ($P < 0,001$). У беременных с прегестозом на фоне хронического пиелонефрита по сравнению с контролем, наблюдается увеличение всех анализируемых показателей: ОЛ, ГПЛ, ДК, ОИ ($P < 0,001$), по сравнению с показателями группы женщин с прегестозом на фоне артериальной гипертензии достоверно повышается содержание ОЛ, ГПЛ, ДК ($P < 0,001$), величина ОИ не достигает значимых изменений ($P > 0,05$), (рис.2).

Повышение интенсивности процессов ПОЛ в анализируемых группах отразилось на показателе проницаемости мембран эритроцитов и активности фермента антиоксидантной защиты – каталазы, которые достоверно повышаются по сравнению с показателями контрольной группы ($P < 0,01$ – $< 0,001$), что свидетельствует о интрамембранном уменьшении фермента и истощении антиоксидантной защиты. Индекс проницаемости мембран эритроцитов в группе беременных с прегестозом на фоне хронического пиелонефрита выше по сравнению с показателем группы беременных с прегестозом на фоне артериальной гипертензии ($P < 0,01$), (рис.2).

Важно отметить, что интенсификация процессов ПОЛ у беременных с прегестозом на фоне хронического пиелонефрита и антиоксидантная недостаточность более выражена, чем у женщин с артериальной гипертензией (рис. 2). Констатация этого факта позволяет предположить, что гестация на



Статистические показатели

Рис. 2. Содержание продуктов ПОЛ и активность каталазы в плазме крови у беременных женщин с прегестозом в зависимости от фоновой патологии

фоне артериальной гипертензии является более благоприятной, за счет адаптационной перестройки, которая происходит на ранних этапах гестации, тогда как этот процесс у беременных на фоне хронического пиелонефрита осуществляется гораздо медленнее.

Следовательно, терапевтические подходы для коррекции доклинических проявлений гестоза на фоне артериальной гипертензии и на фоне хронического пиелонефрита должны быть дифференцированы.

Динамический сравнительный анализ картины структурообразования в образцах СК позволил выявить закономерности процессов структурообразования в крови у беременных наблюдаемых нами групп. При физиологическом течении беременности выявлены следующие закономерности:

- последовательность этапов структурообразования во всех триместрах беременности;

- наличие изофазы (темный фон) в образцах СК ex tempore (рис.3);

- появление мезофазы по истечении 15-20 минут;

- в I и II триместрах беременности при тепловой экспозиции 24 часа следует считать нормой наличие сферолитов и бороздок по 3-4 в поле зрения и жидкокристаллической фазы липидного комплекса (ЖКФЛК), в III триместре, помимо этих текстур, появление мелких доменов диаметром менее 10,95 мкм по 2-3 в поле зрения (рис. 4);

- завершение процессов структурообразования по истечении 24 часов тепловой экспозиции;

- показатель преломления сыворотки крови в пределах 1,349-1,352 ед.-опт.пл.;

- суммарная площадь оптически активных структур в пределах 0,054 – 0,062 ед.опт.пл.

Структурно-оптические свойства крови у беременных с прегестозом зависят от вида изучаемой фоновой патологии.

Для женщин с прегестозом на фоне артериальной гипертензии характерны:

- нарушение последовательности структурообразования;

- наличие в образцах СК ex tempore двулучепреломляющих областей ЖКФЛК, сферолитов и бороздок до 3-4 в поле зрения, доменов диаметром не более 10,95 мкм по 2-3 в каждом поле зрения (рис.5);

- по истечении 24 часов тепловой экспозиции образца СК при $t^{\circ} C=37$, появление большого количества крупных доменов до 10-12 в поле зрения диаметром не более 15,75 мкм, сферолитов и бороздок по 8-9 в поле зрения (рис. 6);

- проявление эффекта гиперструктурирования (усиление способности биологической жидкости к образованию оптически активных структур), что выражалось в увеличении количества структур, уменьшении времени их образования и увеличении молекулярного упорядочения жидкости;

- завершение процессов структурообразования к концу 24 часов тепловой экспозиции;

- показатель преломления сыворотки крови в пределах 1,348-1,347 ед.опт.пл.;

- суммарная площадь оптически активных структур в пределах 0,064-0,070 ед.опт.пл.

Для женщин с прегестозом на фоне хронического пиелонефрита характерны следующие особенности:

- нарушение последовательности структурообразования;
- наличие в образцах СК ex tempore двулучепреломляющих областей ЖКФЛК, сферолитов и бороздок до 2-3 в поле зрения, доменов диаметром менее 10,95 мкм, количеством 3-4 поле зрения (рис.7);
- по истечении 24 часов тепловой выдержки образца СК увеличение количества сферолитов и бороздок до 5-6 в поле зрения, доменов до 3-4 в поле зрения с уменьшением их диаметра и появление тенденции к группированию (эффект гипоструктурирования), (рис.8);
- завершение процессов структурообразования к концу 24 часов тепловой экспозиции;
- показатель преломления сыворотки крови в пределах 1,348-1,347 ед.опт.пл.;
- суммарная плотность оптически активных структур в пределах 0,064-0,070 ед.опт.пл.

Таким образом, на этапе исследования процессов структурообразования в крови у беременных с прегестозом на фоне артериальной гипертензии и хронического пиелонефрита обозначились следующие особенности:

- у беременных с прегестозом на фоне артериальной гипертензии структурообразование в крови происходило гораздо быстрее с количественным преобладанием текстур и степени их упорядочения;
- у беременных с прегестозом на фоне хронического пиелонефрита процесс структурообразования в крови осуществлялся гораздо медленнее, характеризовался уменьшением количества и размеров структур, тенденцией к их группированию и уменьшением степени их упорядочения.

У 10 беременных с фоновой патологией (5 беременных с артериальной гипертензией и 5 – с хроническим пиелонефритом) без признаков прегестоза в динамике беременности также были исследованы процессы ПОЛ и структурообразования в крови. Показатели процессов структурообразования и ПОЛ существенно не отличались от показателей группы контроля ($P>0,01$).

Осуществление коррекции прегестоза предпринятое на терапевтическом этапе настоящего исследования предполагало применение общепринятой и сочетанной терапии, с применением низко-интенсивного лазерного воздействия в режиме биохронолазеропунктуры.

Был проведен сравнительный динамический анализ терапии прегестоза по общепринятым диагностическим подходам с учетом скрининг-отборочных тестов, по показателям ПОЛ и тестам структурообразования в крови.

В зависимости от проводимой терапии беременные женщины с прегестозом на фоне артериальной гипертензии были подразделены на две группы: 1-ю группу составили беременные (n=12) получившие общепринятую терапию, которая включала в себя рациональное питание; антиоксиданты (ви-

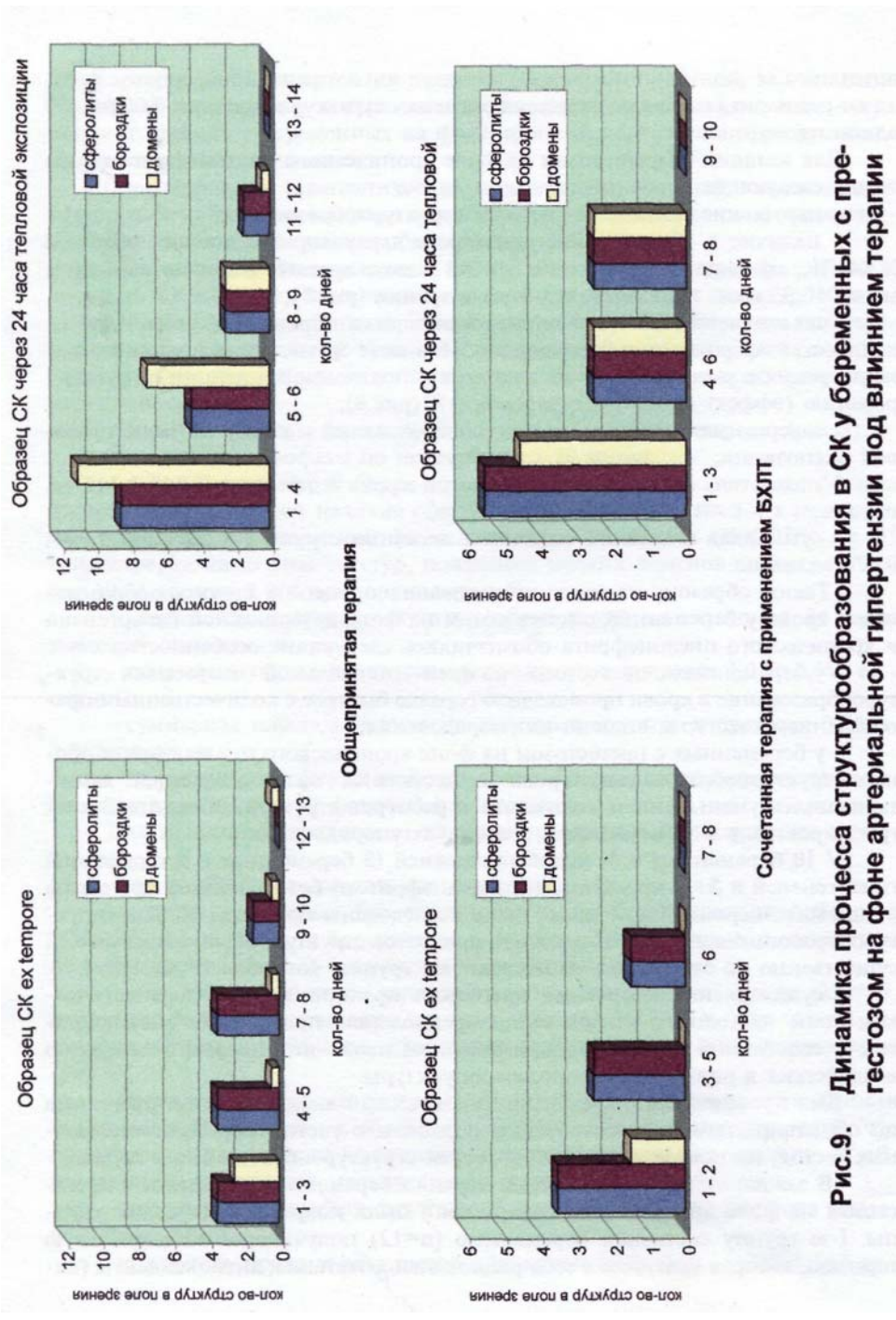


Рис.9. Динамика процесса структурообразования в СК у беременных с прегестозом на фоне артериальной гипертензии под влиянием терапии

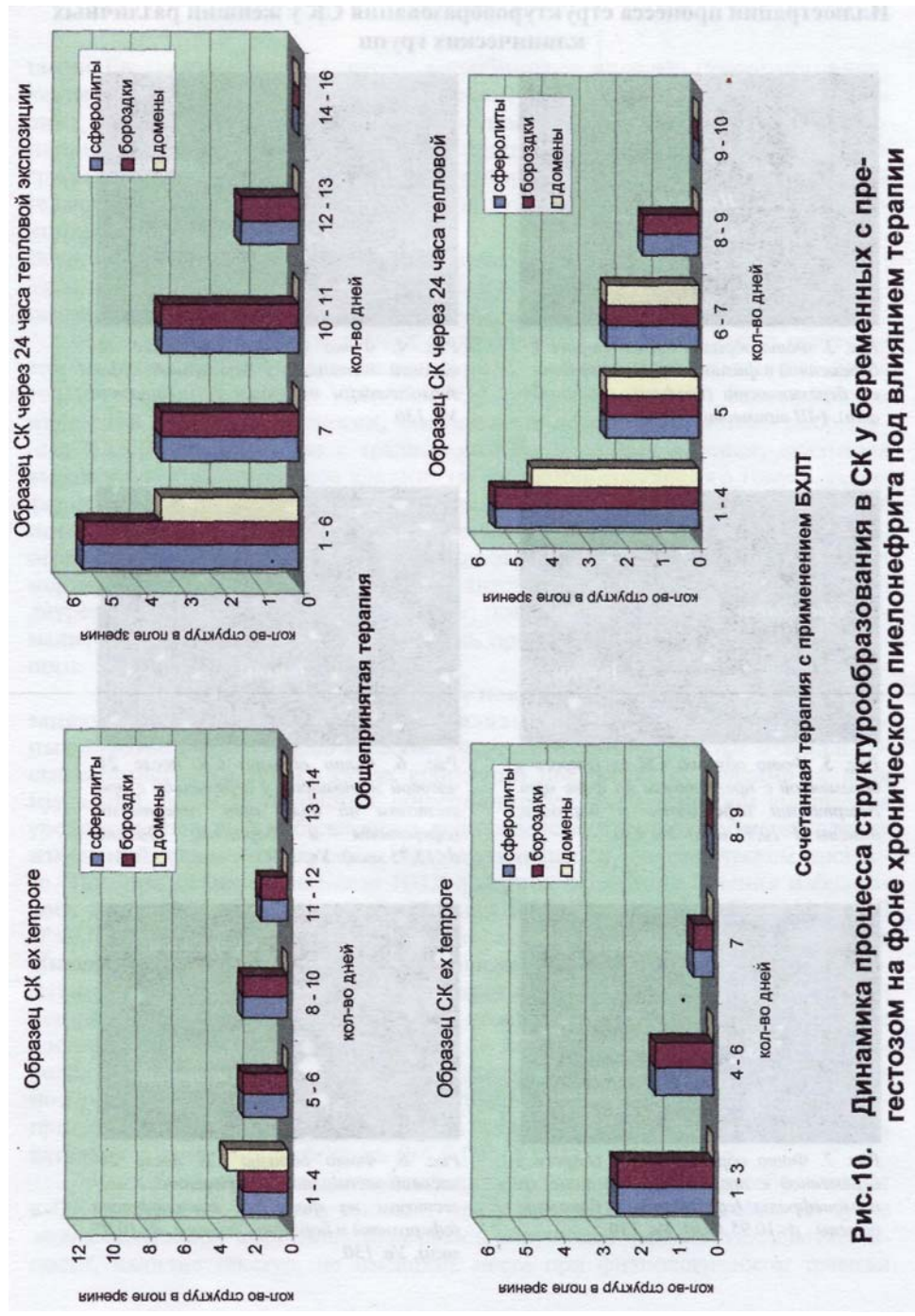


Рис.10. Динамика процесса структурообразования в СК у беременных с прегестозом на фоне хронического пиелонефрита под влиянием терапии

**Иллюстрации процесса структурообразования СК у женщин
различных клинических групп**

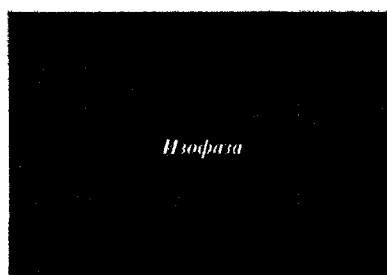


Рис. 3. Фото образца СК *ex tempore* у беременной с физиологическим течением беременности (изофаза – темный фон), I-III триместр Ув. 130.

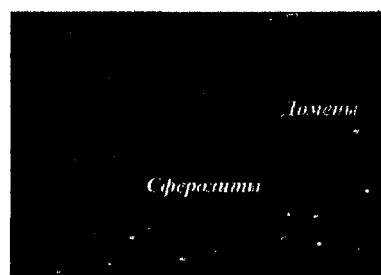


Рис. 4. Фото образца СК после 24-часовой экспозиции у беременной с физиологическим течением беременности. Ув. 130.

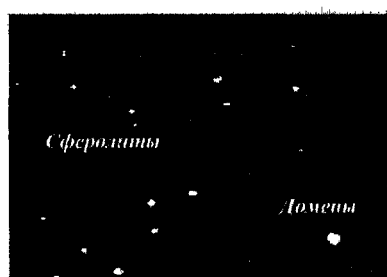


Рис. 5. Фото образца СК *ex tempore* у беременной с прегестозом на фоне арт. гипертензии (сферолиты и бороздки; домены $d < 10,95$ мкм). Ув. 130.

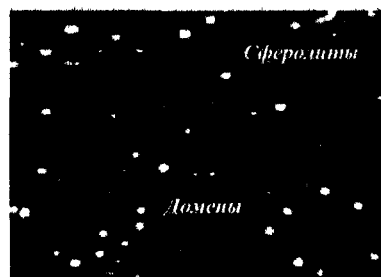


Рис. 6. Фото образца СК после 24-часовой экспозиции у беременной с прегестозом на фоне арт. гипертензии (сферолиты и бороздки, домены $d < 15,75$ мкм). Ув. 130.

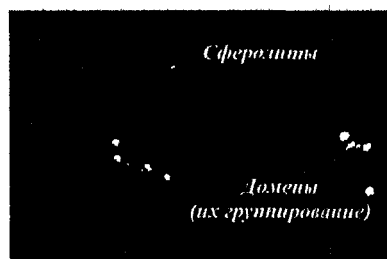


Рис. 7. Фото образца СК *ex tempore* у беременной с прегестозом на фоне хр. пиелонефрита (сферолиты и бороздки; домены $d < 10,95$ мкм) Ув. 130.

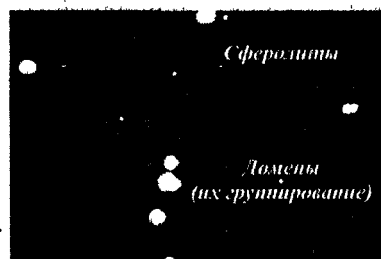


Рис. 8. Фото образца СК после 24-часовой экспозиции у беременной с прегестозом на фоне хр. пиелонефрита (сферолиты и бороздки; домены $d < 10,95$ мкм). Ув. 130

тамин Е); глютаминовую кислоту; аскорбиновую кислоту; препараты, влияющие на метаболизм (панангин, распаркам); спазмолитики (но-шпа, папаверин); фитосборы; комплекс витаминов; дезагреганты (трентал, курантил, аспирин) и мембран стабилизаторы (эссенциале-форте, липостабил). II-ю группу составили беременные (n=13), которые наряду с вышеперечисленной терапией, получали низко-интенсивную лазерную терапию методом акупунктурного воздействия инфракрасным лазером в режиме биохронотерапии. Воздействие осуществлялось по биологически активным точкам: E8, E36, E40, Vg20, VB8, VB20, V18, V23, C7, RP6, по 6 точек на сеанс. Длительность сеанса лазерной терапии не превышала 10-12 минут (две 5-минутные серии).

Аналогичным образом были подразделены и беременные с прегестозом на фоне хронического пиелонефрита, отличительными явились лишь точки воздействия БХЛТ: V23, V28, V54, V65, VC4, R6, R7. Независимо от изучаемой фоновой патологии, комплексная терапия прегестоза включающая БХЛТ по сравнению с традиционными методами лечения, оказывала выраженное положительное влияние на состояние сосудистого тонуса, периферическую гемодинамику, мочевыделительную функцию. Что проявлялось исчезновением лабильности и асимметрии АД в 100% случаев наблюдения, отрицательными функциональными пробами и тестами (Gant, Орловой) и нормализацией показателей мочевыделительной функции почек (суточный диурез) у 100,0% наблюдаемых женщин; показатель удельного веса мочи нормализовался в 83,4% случаев; показатель прибавки массы тела – у 92,3% женщин.

Проведенные нами исследования показали, что несмотря на нормализацию клинических показателей (стабилизацию АД, отсутствие положительных функциональных проб и тестов, отсутствие асимметрии АД и лабильности сосудистой системы), после коррекции прегестоза независимо от вида изучаемой фоновой патологии общепринятыми подходами при анализе на уровне клеточных и субклеточных взаимодействий зафиксировано наличие изменений, свидетельствующих о продолжающемся патологическом процессе. Так, при анализе процессов ПОЛ в период окончания лечения наблюдалось достоверное повышение содержания ГПЛ ($P<0,01$), ДК ($P<0,001$) и ОЛ ($P<0,01$), тогда как величина ОИ достигала значения контрольной группы. Индекс проницаемости мембран эритроцитов в группе женщин с общепринятым лечением прегестоза, независимо от вида фоновой патологии, по сравнению с контрольным значением на момент окончания лечения оставался достоверно выше ($p<0,001$), а активность каталазы достигала значений контроля. При применении сочетанной терапии с включением биохронолазерной терапии (БХЛТ) по сравнению с показателями группы женщин с общепринятым лечением, величина индекса проницаемости мембран и активность каталазы достоверно снижались ($p<0,05 - 0,001$).

Динамический сравнительный анализ картины структурообразования в СК в процессе терапии показал, что у больных с прегестозом на фоне медикаментозной коррекции отмечалось нарушение фазовой последовательности, наличие текстур, не имеющих места при физиологическом течении

беременности. Процессы структурообразования в СК у беременных с прегестозом на фоне артериальной гипертензии достигали инверсии до уровня нормы на 12-14 день терапии, на фоне хронического пиелонефрита – на 14-15 день. При сочетанной терапии с включением биохронолазерной терапии, происходила инверсия процессов структурообразования у беременных с прегестозом на фоне артериальной гипертензии на 7-8 день до уровня показателей женщин с неосложненным течением беременности (наличие бороздок и сферолитов до 3-4 в поле зрения в образцах СК с 24 часовой тепловой выдержкой, ЖКФЛК, показатель преломления сыворотки крови 1,349-1,352 ед.опт.пл., суммарная площадь структур – 0,062 ед.опт.пл.), у беременных с прегестозом на фоне хронического пиелонефрита – на 9-10 день (рис.9-10). Нормализация клинических показателей последовательно приводила к стабилизации процессов ПОЛ, по сравнению с данными группы с общепринятым лечением наблюдалось достоверное снижение конечных продуктов ПОЛ – ДК ($P<0,001$), остальные показатели не достигали значимых изменений ($P>0,05$).

Таким образом, сочетанная терапия с применением БХЛТ оказывает выраженное положительное влияние в лечении прегестозов, причем эффективность лечения зависит от фоновой патологии. Так, эффективность терапии прегестоза на фоне хронического пиелонефрита гораздо выше, чем у женщин с прегестозом на фоне артериальной гипертензии, хотя регистрировалась большая активность ПОЛ в период до лечения. БХЛТ оказывает непосредственное антирадикальное, антиоксидантное действие с восстановлением процессов проницаемости биомембраны.

Следует предположить, что наибольшая эффективность сочетанной терапии прегестоза на фоне пиелонефрита с применением БХЛТ объясняется с позиций этиологического фактора пиелонефрита. Так как известно, что лазеротерапия обладает опосредованным бактериостатическим и бактериоцидным действием (Гамалея Н.Ф., 1981; Илюшин В.М., Махмудова Г.Х., 1987; Илларионов В.Е., 1994) в особенности в случаях антибиотикорезистентных форм. Поэтому под влиянием лазеротерапии происходит быстрое улучшение почечного кровотока с последующей нормализацией гемодинамических показателей, о чем свидетельствует купирование доклинических проявлений гестоза и отсутствие обострения пиелонефрита во время беременности. Тогда как при преобладании нарушений, вызванных артериальной гипертензией, БХЛТ оказывает менее выраженный эффект в качестве ингибитора свободно-радикальных реакций, что представляется снижением конечных продуктов ПОЛ – диенкетонов ($P<0,001$). Остальные показатели не достигают значимых изменений ($P<0,05$).

Следовательно, состояние интенсивности ПОЛ, проницаемости мембран эритроцитов, ферментативной антиоксидантной защиты и процессов структурообразования в крови, являются объективным критерием оценки тяжести, динамики и выраженности клинических проявлений патологически протекающей беременности, оценки эффективности проводимой терапии и обоснованности применения БХЛТ в лечении прегестозов.

Дальнейший динамический анализ показал, что у женщин контрольной группы течение беременности и родов не осложнялось развитием гестоза, тогда как у беременных с прегестозом на фоне артериальной гипертензии, получивших общепринятую терапию, в 75,0% случаев развился гестоз различной степени тяжести, а на фоне хронического пиелонефрита – в 50,0%. 41,7% беременных с прегестозом на фоне артериальной гипертензии и 25,0% – на фоне хронического пиелонефрита имели повторную госпитализацию, причем период ремиссии заболевания с каждой последующей госпитализацией сокращался и гестоз имел прогрессирующий характер, что реализовалось в 33,3% случаев развитием его среднетяжелого и тяжелого течения у беременных с прегестозом на фоне артериальной гипертензии, и в 25,0% случаев на фоне хронического пиелонефрита. Одна беременная с прегестозом на фоне хронического пиелонефрита ввиду нежеланной беременности категорически отказалась от медицинской коррекции. В дальнейшем у нее зафиксировано прогрессирование гестоза и в сроке 25-26 недель беременность осложнилась эклампсией и антенатальной гибелью плода, по поводу чего беременной произведено оперативное родоразрешение.

У 15,4% беременных с прегестозом на фоне артериальной гипертензии и у 16,6% на фоне хронического пиелонефрита, получавших наряду с общепринятой терапией БХЛТ, развился гестоз исключительно легкой степени.

Таким образом, из вышесказанного следует, что сочетанная терапия с включением БХЛТ наиболее эффективна для лечения прегестоза, что подтверждается уменьшением частоты возникновения гестозов, особенно тяжелых форм.

Анализ и сравнительная оценка течения и исходов родов выявила достоверные различия в частоте осложнений у женщин в сравниваемых группах в зависимости от методов коррекции. Обращает на себя внимание, что в большинстве случаев родовый акт у 83,3% женщин с прегестозом на фоне хронического пиелонефрита и у 77,0% – на фоне артериальной гипертензии получивших сочетанную терапию с включением БХЛТ протекал физиологически, лишь у 8,3% беременных с прегестозом на фоне хронического пиелонефрита и у 15,4% – на фоне артериальной гипертензии родовый процесс осложнился дородовым излитием околоплодных вод с последующим развитием слабости родовой деятельности. Тогда как у 25,0% беременных с прегестозом на фоне хронического пиелонефрита и 16,7% на фоне артериальной гипертензии получивших общепринятую медикаментозную терапию имели место: дородовое излитие околоплодных вод, аномалия родовой деятельности соответственно – у 25,0% и 16,7%, внутриутробная гипоксия плода – у 33,3% и 41,7% беременных.

В группе женщин с физиологическим течением беременности из 36 новорожденных (1 двойня), живыми доношенными родились 35 (97,2%), 1 (2,8) ребенок умер от острой асфиксии, причиной чего послужило выпадение петель пуповины.

От матерей с прегестозом на фоне хронического пиелонефрита и артериальной гипертензии, леченных общепринятыми методами, процент недо-

ношенных детей составил соответственно 33,3% и 25,0%, тогда как от матерей получивших сочетанную терапию с включением БХЛТ независимо от вида изучаемой фоновой патологии все дети соответствовали гестационному сроку доношенной беременности. У одной пациентки с прегестозом на фоне хронического пиелонефрита, леченной общепринятой терапией (ОПТ), ребенок погиб антенатально в сроке 36 недель гестации. Причиной смерти послужила частичная отслойка нормально расположенной плаценты на фоне длительно текущего тяжелого гестоза. Средние антропометрические показатели новорожденных детей рожденных от матерей с сочетанной коррекцией прегестоза, независимо от вида изучаемой фоновой патологии, достоверно выше показателей в сравниваемой группе ($p < 0,01$). Так, при изучении массо-ростового коэффициента, этот показатель также достоверно выше, чем у детей, рожденных от матерей леченных ОПТ ($p < 0,05$).

При сравнении двух групп новорожденных от матерей с различной коррекцией прегестоза, становится очевидным, что использование сочетанной терапии с включением БХЛТ, по сравнению с традиционным методом лечения, оказывает благоприятное влияние на оценку состояния новорожденных, что выражается в более высокой оценке по шкале Апгар, и повышением показателя массо-ростового коэффициента.

Таким образом, результаты настоящего исследования доказывают необходимость доклинического прогнозирования гестоза на основе наиболее информативных проб и тестов и с учетом фоновой патологии.

Исследовательская часть работы дополняет теорию познания процессов перекисидации липидов у беременных с прегестозом на фоне хронического пиелонефрита и артериальной гипертензии, доказывая, что процессы ПОЛ являются универсальной реакцией организма на любые стрессовые факторы, но имеют свои индивидуальные особенности в скорости и степени реализации в зависимости от изучаемой фоновой патологии, на фоне которой развивается гестоз.

Впервые изученные структурно-оптические свойства крови доказывают диагностическую и прогностическую значимость для доклинического прогнозирования гестоза и оценки эффективности его коррекции.

Сочетанная терапия доклинических проявлений гестоза с использованием биохронолазерного воздействия является наиболее эффективной для предупреждения прогрессирования заболевания, что доказывается реализацией лечебного эффекта на клеточном и субклеточном уровнях.

Выводы

1. У женщин в динамике физиологической беременности выявлена последовательность структурообразования: *ex tempore* – изофаза (темный фон), через 15-20 минут – мезофаза с наличием сферолитов и бороздок по 3-4 в поле зрения в I-II триместрах беременности. В III триместре беременности по истечении 24 часов тепловой экспозиции, помимо этих структур появляются мелкие домены диаметром менее 10,95 мкм по 2-3 во всех полях зрения. Показатель преломления

сыворотки крови в пределах 1,349-1,352 ед.опг.пл.; суммарная площадь оптически активных структур 0,054-0,062 ед.опт.пл.

2. У беременных с прегестозом на фоне артериальной гипертензии выявлено нарушение последовательности этапов структурообразования крови с отсутствием изофазы, быстрой альтерацией структур с количественным преобладанием сферолитов и бороздок до 8-9 в поле зрения, крупных доменов до 10-12 в поле зрения $d < 15,75$ мкм и степени упорядочения – эффект гиперструктурирования. Повышается суммарная площадь оптически активных структур до 0,064-0,070 ед.опг.пл. и снижается показатель преломления сыворотки крови до 1,348-1,347 ед.опт.пл.

3. У беременных с прегестозом на фоне хронического пиелонефрита, также независимо от фока гестации выявлено нарушение последовательности этапов структурообразования, характеризующееся эффектом гипоструктурирования, отсутствием изофазы, медленной альтерацией структур с уменьшением количества сферолитов и бороздок до 5-6 в поле зрения, доменов – до 3-4 в поле зрения, $d < 10,95$ мкм. и степени упорядочения. Повышается суммарная площадь оптически активных структур до 0,064-0,070 ед.опг.пл. и снижается показатель преломления сыворотки крови до 1,348-1,347 ед.опт.пл.

4. Анализ процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты у беременных с прегестозом показал, что независимо от вида изучаемой фоновой патологии отмечается активация пероксидации липидов, однако активность процессов перекисного окисления липидов более выражена у женщин с прегестозом на фоне хронического пиелонефрита.

5. Анализ клинико-функциональных показателей свидетельствует о том, что общепринятая медикаментозная терапия оказывается не эффективной у 37,5% беременных с прегестозом на фоне артериальной гипертензии и у 9,0% – на фоне хронического пиелонефрита. У этого контингента женщин нормализуется лишь индекс проницаемости мембран эритроцитов ($0,116 \pm 0,004$, $p < 0,01$) при отсутствии существенных изменений уровня гидроперекисей липидов, диенкетонов и общих липидов ($p > 0,05$). Инверсия процессов структурообразования в СК достигает до уровня нормы у беременных с прегестозом на фоне артериальной гипертензии – на 12-14 день, на фоне хронического пиелонефрита – на 14-15 день.

6. Анализ клинико-функциональных показателей свидетельствует о том, что сочетание общепринятой медикаментозной терапии с включением низкоинтенсивного лазерного воздействия в режиме биохронопунктуры приводит к стабилизации показателей гемодинамики у 92,3% беременных с прегестозом на фоне артериальной гипертензии и у 100% – на фоне хронического пиелонефрита; нормализуются показатели мочевыделительной функции независимо от вида фоновой патологии у 91,7% беременных с прегестозом. Эффективность сочетанной терапии проявляется в нормализации в обеих группах индекса проницаемости мембран эритроцитов ($p < 0,01-0,001$), снижении показателей гидроперекисей липидов, диенкетонов, общих липидов ($p < 0,05-0,001$). Инверсия процессов структурообразования в СК наступает до уровня нормы наступают у беременных с прегестозом на фоне артериальной гипертензии – на 7-8 день, на фоне хронического пиелонефрита – на 9-10 день.

7. Комплекс диагностических критериев: повышение индекса проницаемости мем-

бран эритроцитов (от $0,10 + 0,02$ до $0,180 + 0,003$); наличие положительных скрининг-отборочных тестов и проб (тест смены положения тела, проба с нагрузкой, асимметрия и лабильность АД), снижение суточного диуреза и удельного веса мочи, раннее появление патологической прибавки массы тела в сочетании с синдромом гиперструктурирования – свидетельствуют о наличии прегестоза у беременных женщин на фоне артериальной гипертензии, а в сочетании с синдромом гипоструктурирования свидетельствуют о наличии прегестоза у беременных женщин на фоне хронического пиелонефрита.

Практические рекомендации

1. У всех женщин группы риска на развитие гестоза, помимо общепринятых методов прогнозирования гестоза, необходимо исследовать структурно-оптические свойства сыворотки крови.

2. Критериями угрозы развития гестоза у женщин с артериальной гипертензией следует считать:

- нарушение последовательности структурообразования в крови;
- наличие в образцах сыворотки крови ex tempore двулучепреломляющих областей жидкокристаллической фазы липидного комплекса, сферолитов и бороздок до 3-4 в поле зрения, доменов по 2-3 в поле зрения ($d \text{ не } > 10,95 \text{ мкм}$);

- по истечении 24 часов тепловой экспозиции образца сыворотки крови (при $t^{\circ} \text{C} = 37$), появление большого количества крупных доменов до 10-12 в поле зрения ($d \text{ не } > 15,75 \text{ мкм}$), сферолитов и бороздок по 8-9 в поле зрения – эффект гиперструктурирования.

- завершение процессов структурообразования к концу 24 часов тепловой экспозиции;

- показатель преломления сыворотки крови в пределах $1,348 - 1,347$ ед.опт.пл.; суммарная площадь оптически активных структур в пределах $0,064 - 0,070$ ед. опт.пл.

3. Критериями угрозы развития гестоза у женщин с хроническим пиелонефритом следует считать:

- нарушение последовательности структурообразования в крови;
- наличие в образцах сыворотки крови ex tempore двулучепреломляющих областей ЖКФЛК, сферолитов и бороздок до 2-3 в поле зрения, доменов количеством 3-4 в поле зрения ($d < 10,95 \text{ мкм}$);

- по истечении 24 часов тепловой выдержки образца сыворотки крови увеличение сферолитов и бороздок до 5-6 в поле зрения, доменов до 3-4 в поле зрения с уменьшением их диаметра и тенденции к группированию – эффект гипоструктурирования;

- завершение процессов структурообразования к концу 24 часов тепловой экспозиции;

- показатель преломления сыворотки крови в пределах $1,348 - 1,347$ ед.опт.пл.; и суммарная площадь оптически активных структур в пределах $0,064 - 0,070$ ед.опт.пл.;

4. В комплексном лечении прегестозов у беременных женщин наряду с

общепринятыми подходами рекомендуется применение низко-интенсивного лазерного воздействия в непрерывном режиме биохронопунктуры. Лазерное воздействие световодами проводят по биологически активным точкам (6 точек на сеанс). Выбор их осуществляется в зависимости от фоновой патологии. Если фактором риска служит гипертоническая болезнь, ВСД по гипертоническому типу, то применяют следующие точки воздействия: E8, E36, E40, Vg20, VB8, VB20, V18, V23, C7, RP6. При заболевании почек лазерное воздействие световодом применяется на область проекции почек и на следующие точки: V23, V28, V54, V65, VC4, R6, R7. Длительность сеанса биохронопунктуры – 10-12 минут (две пятиминутные серии). Общим числом процедур при прегестозе на фоне артериальной гипертензии от 7 до 8, на фоне хронического пиелонефрита от 9 до 10. 5. Критерии эффективности проводимой терапии: нормализация известных клиничко-функциональных показателей, инверсия процессов структурообразования до показателей нормы (наличие сферолитов и бороздок до 3-4 в поле зрения; суммарная площадь оптически активных структур в пределах 0,054-0,062 ед.опг.пл.; показатель преломления сыворотки крови в пределах 1,349-1,352 ед.опг.пл.).

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Структурно-оптические свойства биологических жидкостей при физиологической беременности // Материалы совместного съезда акушеров-гинекологов и педиатров. – Бишкек, 1996. – С. 3-4 (соавт. Керимова Н.Р., Рыбалкина Л.Д. и др.)
2. Синдром структурной альтерации биожидкости при позднем гестозе (ПТ) // Материалы совместного съезда акушеров-гинекологов и педиатров. – Бишкек, 1996. – С. 17 (соавт. Керимова Н.Р., Строжаева Л.В.).
3. Способ диагностики гестоза. Предварительный патент КР-/173. // Интел, собственность. Официальный бюллетень №4/9. – 1997. – С. 61-62 (соавт. Керимова Н.Р., Рыбалкина Л.Д., Атыканов А.О.).
4. Актуальные вопросы диагностики гестоза // Современные проблемы охраны материнства и детства в Кыргызской Республике: Сб. науч. статей. – Бишкек, 1997. – С. 99-105 (соавт. Керимова Н.Р., Рыбалкина Л.Д. и др.)
5. Структурно-оптические свойства биологических жидкостей у женщин с преclinicalической формой гестоза // Актуальные вопросы современной медицины: Материалы 4-ой Международной конференции студентов и молодых ученых. – Бишкек, 1997. – С. 252 (соавт. Керимова Н.Р.)
6. Применение биоуправляемой хронолазерной терапии для профилактики гестоза // Пластичность и реактивность организма, органов, тканей и клеток: Сб. науч. статей. – Бишкек, 1997. – С. 377-379 (соавт. Керимова Н.Р., Рыбалкина Л.Д.).
7. Способ профилактики и лечения гестозов. Предварительный патент КР №185. // Интел, собственность. Официальный бюллетень №1/10. – 1998. – С. 53-54 (соавт. Керимова Н.Р., Рыбалкина Л.Д., Атыканов А.О.).
8. Оптимизация типа и дозы лазеротерапии в комплексном лечении ОПГ-гестозов // Новые подходы к терминологии, профилактике и лечению гестозов: Материалы 1-го межд. симпозиума. – Москва, 1997. – С. 139 (соавт. Керимова Н.Р., Рыбалкина-

на Л.Д.).

9. Синдром структурной альтерации крови для прогнозирования и диагностики ОПГ-гестоза // Новые подходы к терминологии, профилактике и лечению гестозов: Материалы 1-го межд. симпозиума. – Москва, 1997. – С. 86-87 (соавт. Керимова Н.Р., Рыбалкина Л.Д., Агыканов А.О.).

10. Доклиническая диагностика и профилактика ОПГ-гестозов на фоне артериальной гипертензии // Азиатский вестник ассоциации акушеров-гинекологов. – Бишкек, 1998. – №1. – С. 47-48 (соавт. Керимова Н.Р.).

11. Прогнозирование и диагностика ОПГ-гестоза: Методические рекомендации. Бишкек, 1998. – 19 с. (соавт. Керимова Н.Р., Рыбалкина Л.Д., Атыканов А.О.).

12. Лазеротерапия ОПГ-гестоза: Методические рекомендации. – Бишкек, 1998. – 7 с. (соавт. Керимова Н.Р., Рыбалкина Л.Д.).

АННОТАЦИЯ

М.И. Амян

Диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук «Совершенствование диагностики и реабилитационных мероприятий при прегестозах»

В диссертации нашли отражение проблемы прогнозирования, диагностики, лечения и профилактики доклинических форм гестоза у женщин на фоне артериальной гипертензии и хронического пиелонефрита. Впервые изучена закономерность структурообразования в крови и процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) у названного контингента беременных. Отработаны прогностические критерии развития гестоза. Доказана прогностическая роль процессов структурообразования в крови и ПОЛ для определения эффективности и сроков проводимой терапии. На основании тестов структурообразования в крови, изучения процессов ПОЛ и других информативных отборочных тестов индивидуализирована сочетанная терапия с низко-интенсивным лазерным воздействием в режиме биохронопунктуры у женщин с прегестозом на фоне заболевания почек и артериальной гипертензии, доказана её эффективность.

ANNOTATION

M.I. Amyan

**A dissertation for the research of scientific degree of the
bachelor of medical sciences «Diagnostics improvement and
rehabilitation activities of pre-gestosis of pregnancy»**

The dissertation is devoted to the problems of prognostication, diagnostics, treatment and prevention of pre-clinic forms of women gestosis of pregnancy against the background of arterial hypertension and chronic pyelonephritis (inflammation of renal pelvis and kidney parenchyma). Regularity of blood structural formation and processes of lipids peroxide oxidizing (LPO) are investigated for the first time for the above mentioned group of pregnant women. Gestosis of pregnancy Predict Criteria have been defined. It is proved prognostic role of structural formation blood processes for the purpose to estimate efficiency and terms of administrated therapy. Based on tests of blood structural formation, investigation of LPO processes and other informative screening selective tests there were individualized combined methods of therapy with application of bio-chrono-laser therapy for those women who have pre-gestosis of pregnancy against background of kidney disease and arterial hypertension, the efficiency of the method is proven.

АННОТАЦИЯ

М.И. Амян

«Прегестоздорго диагноз коюуну жана аларды реабилитациялоонун чараларын өркүндөтүү» деген темадагы медицина илимдеринин кандидаты деген илимий даражаны коргоо үчүн жазылган диссертация

Бул диссертацияда аялдардын артериялык гипертензия жана өнөкөт (узакка созулган) пиелонефриттин фонунда пайда болгон гестоздун клини-касы толук оорчүгөнгө чейинки формаларынын прогнозун аныктоо, аларга диагноз коюу жана аларды профилактикалоонун проблемалары чагылдырылган. Аталган оору менен ооруган боюнда бар аялдардын канында структура-лардын пайда болушунун жана липиддердин өтө кычкылданып ажырашынын мыйзам ченемдүүлүктөрү биринчи жолу изилденген. Гестоздун өнүгүшүн прогноздоонун критерийлери иштелип чыккан. Жүргүзүлүп жаткан дарылоо чараларынын натыйжалуулугун жана анын мөөнөттөрүн анык-тоодо кандагы структуралардын пайда болуу процесстери прогноздук чоң мааниси ойной тургандыгы далилденген. Кандагы структуралардын пайда болушунун тесттеринин, липиддердин өтө кычкылданып ажырашын изилдөөнүн жана башка информациялык скрининг-тандап алуу тесттеринин негизинде аялдардын бойрөктөрдүн ооруларынын жана артериялык гипер-тензиянын фонунда өөрчүгөн прегестоздорун биохронолазерди колдонуп ай-калыштырып дардылоонун жолдору ар бир оорулуга карата ылайыкташты-рылып иштелип чыккан. Дарылоо жолдорунун натыйжалуулугу далилденген.

Отпечатано в редакции журнала «Азиатский вестник акушеров-гинекологов»
г. Бишкек, ул. Тоголок Молдо, 1.

Тираж 100 экз.

Заказ 0026

Объем 028

Формат 60x84 1/16