

**В. В. АБРАМЧЕНКО**

НИИ акушерства и гинекологии РАМН  
им. Д. О. Отто, Санкт-Петербург

## ШКАЛА БАЛЛЬНОЙ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГЕСТОЗА

Разработана новая шкала оценки степени тяжести гестоза в баллах с учетом современных рекомендаций Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Международного общества по гипертензии (1999), а также Научного общества по изучению артериальной гипертензии в Российской Федерации (ДАГ 1, 2000). По сумме баллов различают легкую форму гестоза (0–12 баллов), средней тяжести гестоз (13–16 баллов) и тяжелый гестоз (17 баллов и более). Шкала количественной оценки степени тяжести гестоза позволяет унифицировать оценку гестоза, осуществлять прогноз течения гестоза и определять эффективность лечения.

Гестоз является тяжелой акушерской патологией, которая может привести к крайне неблагоприятным исходам как для матери, так и для плода.

Различают следующие формы гестоза: отеки беременных, нефропатию I, II, III степени (легкой, средней тяжести, тяжелую), преэклампсию и эклампсию.

За рубежом понятия нефропатия и преэклампсия объединены под одним названием – преэклампсия. Кроме того, гестоз рассматривается как гипертензивные расстройства при беременности с выделением гипертензии, вызванной беременностью.

Согласно Международной классификации болезней X пересмотра (1995) различают:

1. Гипертензию, существовавшую ранее (эссенциальная, сердечно-сосудистая, почечная, сочетанная), осложнявшую беременность, роды и послеродовой период.

2. Гипертензию, существовавшую ранее с присоединившейся протеинурией.

3. Отеки, вызванные беременностью, и протеинурию без гипертензии.

4. Гипертензию, вызванную беременностью без значительной протеинурии (нефропатия легкой степени) со значительной протеинурией (преэклампсия, нефропатия средней тяжести), тяжелая преэклампсия.

5. Эклампсию (во время беременности, в родах, в послеродовом периоде).

6. Гипертензию у матери не уточненную.

В практической деятельности широко пользуются балльной оценкой степени тяжести токсикоза [1, 3, 4, 7, 8].

У женщин во второй половине беременности с диастолическим

давлением крови между 90 и 100 мм рт. ст. наблюдается увеличение случаев протеинурии и перинатальной смертности. Поэтому уровень диастолического давления примерно между 90 и 100 мм ртутного столба может рассматриваться как пороговый показатель, определяющий женщин с низким повышенным риском осложнений при беременности [9].

Нами [2, 3, 4] 25 лет т. н. была предложена методика количественной оценки тяжести гестоза. Разработка балльной оценки степени тяжести гестоза является очень важной для практического акушерства.

С 1959 г. эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) время от времени публикуют рекомендации по диагностике, классификации и лечению артериальной гипертензии (АГ), основанные на результатах эпидемиологических и клинических исследований.

В настоящее время настала необходимость пересмотра с учетом новых подходов к классификации и лечению артериальной гипертензии, основанных на рекомендациях Всемирной организации здравоохранения и Международного общества по гипертензии (МОГ, 1999), а также первого доклада экспертов Научного общества по изучению артериальной гипертензии, Всероссийского научного общества кардиологов и Межведомственного совета по сердечно-сосудистым заболеваниям (ДАГ, 2000), системы количественного определения тяжести и прогноза гестоза.

В рекомендациях ВОЗ – МОГ (1999) г. ДАГ (2000) под АГ понимается уровень систолического АД, равный 140 мм рт. ст. или



Шкала балльной оценки степени тяжести гестоза

Баллы	Отек	Белок в моче	Систолическое АД, мм рт. ст.	Диастолическое АД, мм рт. ст.	Степень тяжести гестоза
0	нет	нет	< 120	< 80	Оптимальное АД
1	Патологическая прибавка в весе	Неоднократно следы белка	130	85	Нормальное АД
2	Наружные, незначительно выражены	< 1‰	130–139	85–95	Повышенное или нормальное АД
3	Наружные, значительно выражены	≥ 1‰	140–159	90–99	Гипертензия 1-й степени (мягкая гипертензия) Нефропатия 1 степени
4	Генерализованные	≥ 2‰–3‰	160–179	100–109	Гипертензия 2-й степени (умеренная гипертензия) Нефропатия II степени
5	Генерализованные	> 3‰	≥ 180	≥ 110	Гипертензия 3-й степени (тяжелая гипертензия) Нефропатия III степени
6	Генерализованные	> 3‰	≥ 180	≥ 110	Гипертензия 3-й степени (тяжелая гипертензия) Преэклампсия + субъективные признаки*

\* Субъективные признаки: незначительная головная боль, ангиопатия сетчатки I степени (1 балл); значительная головная боль, ангиопатия сетчатки II степени (2 балла); резкая головная боль, нарушения зрения в корреляции с ангиопатией сетчатки III степени, боли в подложечной области, тошнота рвота (3 балла).

Примечание: 1. Изолированная систолическая гипертензия: систолическое АД ≥ 140 мм рт. ст. диастолическое АД < 90 мм рт. ст.; 2. Если систолическое АД и диастолическое АД находятся в разных категориях присваивается более высокая категория; 3. По сумме баллов различают легкую форму гестоза 0–12 баллов; средней тяжести гестоз 13–16 баллов; тяжелая форма гестоза от 17 баллов и выше

более, и (или) уровень диастолического АД, равный 90 мм рт. ст. или более, у людей, которые не принимают антигипертензивные препараты [5, 6].

В США классификационной характеристикой нормального давления считается 130/80 мм рт. ст. — показатели выше этих цифр являются отклонением от норм.

В рекомендациях ВОЗ-МОГ (1999 г.) предложена новая классификация уровня артериального давления (АД). Наряду с нормальным и повышенным нормальным АД введена новая категория — оптимального АД — его значение менее 120 и 80 мм рт. ст.

По современным тенденциям намечился отход от понятий «мягкая, умеренная и тяжелая АГ», т. к. эти понятия не соответствуют индивидуальному прогнозу у пациентов. В последнем варианте классификации ВОЗ (1999 г.) понятие «стадия» заменено понятием «степень» (I, II и III степень заболевания).

Следует отметить, что в классификация ВОЗ 1999 г. уже сточены критерии для разграни-

чения различных степеней тяжести АГ.

При наличии соматических заболеваний начало для регулярной медикаментозной терапии АГ по классификации МОГ рекомендуется при уровнях АД выше 130 и 85 мм рт. ст., а по классификации ВОЗ при уровне АД 140 и 90 мм рт. ст.

При разработке балльной оценки степени тяжести гестоза мы исходили из рекомендаций ВОЗ и ДАГ критериев тяжести АГ: оптимальное АД, нормальное АД, повышенное нормальное АД, гипертензия I степени (мягкая гипертензия), гипертензия 2-й степени (умеренная гипертензия), гипертензия 3-й степени (тяжелая гипертензия), изолированная систолическая гипертензия, а также факторов, определяющих прогноз при АГ, которые должны приниматься во внимание при оценке риска и выборе терапии.

Кроме количественной оценки степени тяжести гестоза (1–26 баллов) суммой баллов в числителе, можно в знаменателе по-

казывать оценку наличия или отсутствия соответствующего симптома при условии постоянного перечисления симптомов, что важно для будущего в плане накопления информации о частоте того или иного симптома при различных степенях тяжести гестоза для унификации родовспомогательными учреждениями стандартной схемы (системы) обследования беременных при гестозе и использования этих данных при лечении. Это важно, так как результаты наших исследований при определении эффективности лечения атипичного гестоза по сравнению с типичным показали, что полисимптомные гестозы, протекающие атипично, поддавались лечению лучше, чем типичные [2, 3].

При оценке тяжести гестоза необходимо также учитывать суточный диурез, который у здоровых беременных составляет 1100–1200 мл, число тромбоцитов и продуктов деградации фибрина (фибриногена), частичного тромбопластинового времени (ЧТВ), гематокрита. Важно учи-

тывать выраженность поражения органов-мишеней, а также других факторов риска и сопутствующих заболеваний.

Существенным является определение степени тяжести гестоза, а также сочетанных форм гестоза, как наиболее тяжелых, особенно с ранним началом гестоза и длительностью более 3 недель должны учитываться как неблагоприятные прогностические признаки.

В настоящее время большее внимание уделяется пульсовому давлению и определению височного давления. По нашим данным, височное давление 70–80 мм рт. ст. соответствует нефропатии I степени (1 балл); II степени гестоз — 90 мм рт. ст. (2 балла); III степень — свыше 90 мм рт. ст. (3 балла).

Отеки в виде увеличения патологического веса тела, пастозности в области лодыжек после ночного сна-отдыха (1 балл) — I степень, отеки голеней средней степени, сохраняющиеся после ночного сна-отдыха (2 балла) — II степень, генерализованный отек (3 балла) — III степень.

Альбуминурия — неоднократно следы до 1‰ (1 балл) — I степень, от 1‰ до 2‰ (2 балла) — II степень и свыше 2‰ (3 балла) — III степень.

Кроме того, необходимо учитывать субъективные признаки: незначительная головная боль ангиопатия сетчатки I степени (1 балл); значительная головная боль, ангиопатия сетчатки II степени (2 балла); резкая головная боль, нарушения зрения в корреляции с ангиопатией сетчатки III степени, боли в подложечной области, тошнота рвота (3 балла).

Таким образом, система количественного определения тяжести и прогноза гестоза с учетом современных рекомендаций ВОЗ — МОГ (1999 г.) и ДАГ (2000 г.) по изучению артериальной гипертонии, предусматривает оценку по 26-балльной шкале основных клинических проявлений гестоза.

По сумме баллов различают легкую форму гестоза (1–12 баллов); средней тяжести гестоз (13–16 баллов) и тяжелую степень гестоза (17–26 баллов). (таблица).

Система количественного определения тяжести и прогноза гестоза предусматривает оценку по 26-балльной шкале основных признаков гестоза, установленных на основании детального клинического анализа 148 беременных. Эти данные были сравнены с результатами оценки степени тяжести гестоза по 12-балльной шкале у 648 беременных [1, 2, 3]. Результаты показали высокую информативность балльной оценки тяжести гестоза.

### Литература

1. Абрамченко В. В., Шлямин А. Б. Математические методы и вычислительная техника в клинической медицине. Количественная оценка позднего токсикоза беременных. В кн.: Материалы по математическому обеспечению и использованию ЭВМ в медико-биологических исследованиях. — Обнинск. — 1976. — С. 8–10
2. Абрамченко В. В., Шлямин А. Б., Чхеидзе А. Р. Ведение беременности и родов при атипичных формах позднего токсикоза. — Тбилиси. — 1981. — с. 224
3. Abramchenko V. V., Shlamin A.

B., Chkheidze A. R. The Pregnancy and labor management in atypical forms of late gestosis/EPH-gestosis/ , Organization gestosis press, Geneva, Monograph, 1988, p. 156.

4. Novikov Yu. I., Abramchenko V. V., Friedman V. I. Evaluation of fetus functional possibilities at late toxemia.//Organization gestosis press, Geneva, Monograph, 1984, p. 30.

5. Сидоренко Б. А., Преображенский Д. В., Пересыпко М. К. Новые подходы к классификации и лечению артериальной гипертонии. Рекомендации Всемирной организации здравоохранения и Международного общества по гипертонии 1999 г. Consilium medicum, 2000. Том 2, № 3, с. 95–99

6. Алмазов В. А., Арабидзе Г. Г., Белоусов Ю. Б. и другие. «Профилактика, диагностика и лечение первичной артериальной гипертонии в Российской Федерации». Первый доклад экспертов Научного общества по изучению артериальной гипертонии, Всероссийского научного общества кардиологов и Межведомственного совета по сердечно-сосудистым заболеваниям (ДАГ 1), 2000, 96 с.

7. Серов В. Н., Стрижаков А. Н., Маркин С. А. Руководство по практическому акушерству. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 1997. — с. 106–150

- 8 Чернуха Е. А. Родовой блок. — М.: «Триада», 1999. — с. 247–269.

9. Энкин М., Кейрс М., Ренфрю М., Нейлсон Дж. Руководство по эффективной помощи при беременности и в родах. Второе издание. Перевод с англ. Л. П. Симбирцевой. — СПб: Нордмед-Издат., 1999. — с. 77–83.