

# Акушерські та перинатальні аспекти повторної преєклампсії

**Д. О. Говсеєв**

Міський клінічний пологовий будинок № 5 м. Києва

Результати проведених досліджень свідчать, що жінки з преєклампсією при попередній гестації недостатньо підготовлені на етапі планування сім'ї, а ведення вагітності і пологів у них щодо загальноприйнятих моментів не дозволяє суттєво знизити рівень акушерської та перинатальної патології, що розвивається. Отримані дані свідчать про необхідність подальшого вивчення цього наукового завдання з метою покращання перинатальних наслідків розродження жінок високого ризику.

**Ключові слова:** преєклампсія, акушерство, перинатологія.

Вивчення проблеми преєклампсії, як і раніше, залишається актуальним, оскільки преєклампсія є провідною причиною материнських і перинатальних втрат, посідає істотне місце серед ускладнень, що негативно впливають на репродуктивне здоров'я матері і дитини [1–3]. Крім того, актуальність цієї проблеми зумовлена також негативними віддаленими наслідками преєклампсії для материнського організму [4–6]. На думку багатьох авторів [7–12], у більшості жінок, що перенесли дане акушерське ускладнення, формуються хронічна патологія нирок, гіпертонічна хвороба, ендокринні порушення, проте дані про частоту повторної преєклампсії є дуже суперечливими і носять достатньо дискусійний характер. До теперішнього часу немає чітких критеріїв і тестів, за допомогою яких можна було оцінити ризик розвитку повторної преєклампсії, прогноз перебігу вагітності і пологів у жінок цієї групи.

Не дивлячись на численні наукові дослідження з проблеми преєклампсії, багато питань залишаються до кінця не вирішеними. На нашу думку, в першу чергу це стосується акушерських та перинатальних наслідків у жінок з повторною преєклампсією.

**Мета дослідження:** вивчення клінічного перебігу, пологів та стану новонароджених у жінок з повторною преєклампсією.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено комплексне клінічне обстеження 100 жінок, з яких:

– контрольна група – 50 акушерські та соматично здорові повторнородящі, розроджені через природні пологові шляхи;

– 1-ша група – 50 жінок з преєклампсією при попередній гестації.

Дослідження проводили на базі міського клінічного пологового будинку № 5 м. Києва.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На першому етапі наших досліджень були вивчені особливості клінічної характеристики жінок з преєклампсією при попередній гестації. При цьому, визначені головні аспекти репродуктивної функції, захворювання органів репродуктивної системи, соматична патологія, клінічний перебіг вагітності та пологів, а також терміни та ступінь тяжкості преєклампсії при попередній гестації.

Середній вік обстежених пацієнток склав  $30,1 \pm 2,4$  року. Усі жінки 1-ї групи були повторнородящі. В анамнезі привертає увагу відносно суттєва питома вага передчасних пологів (20,0%) та кесарів розтин (36,0%). Серед основних причин передчасних пологів та абдомінального розродження мали місце неефективне лікування та тяжкі форми преєклампсії. Крім того, можна виділити значний рівень артіфіційних абортів (26,0%). Показник інтервалу між попередньою та даною гестацією склав  $4,1 \pm 0,4$  року.

Серед різних факторів акушерського та перинатального ризику значне місце належить патології репродуктивної системи. Отримані дані свідчать на переважання серед обстежених жінок патологічних змін шийки матки (22,0%) та запальних процесів органів малого таза (20,0%). Також, у жінок відзначено і суттєвий рівень різних порушень менструальної функції (14,0%).

Дані сучасної літератури переконливо свідчать про значну роль фонові екстрагенітальної патології у жінок з преєклампсією. Одержані результати свідчать, що найчастіше серед жінок мали місце серцево-судинні захворювання (24,0%), ендокринна патологія (20,0%), захворювання нирок (20,0%) та травного тракту (16,0%). Набагато рідше зустрічались захворювання легенів (10,0%) та патологія ЛОР-органів (8,0%). Дуже показовим є той факт, що в кожному другому випадку соматична захворюваність розвивалась у пацієнток після гестації, ускладненої преєклампсією різного ступеня тяжкості, причому, як правило, це були нейроциркуляторна дистонія та гіпофункція щитоподібної залози. При цьому, практично всі жінки пов'язували розвиток нової екстрагенітальної патології з перенесеною преєклампсією при попередній гестації.

Результати вивчення клінічного перебігу вагітності свідчать про достатньо високу частоту акушерських ускладнень. Так, найчастіше крім преєклампсії мали місце анемія вагітних (58,0%) та плацентарна дисфункція (52,0%). Декілька рідше зустрічалась респіраторна вірусна інфекція (28,0%) та загроза переривання вагітності (20,0%).

Ми вважали за доцільне вивчити основні особливості перенесеної преєклампсії при попередній гестації. Так, при оцінюванні термінів розвитку нами встановлено, що частіше це ускладнення розвивалось в 29–32 тиж гестації (52,0%) та дещо рідше – в 24–28 тиж (28,0%) та після 33 тиж (20,0%).

Аналізуючи ступінь тяжкості перенесеної преєклампсії слід зазначити, що в 1-й групі частіше зустрічався легкий ступінь (44,0%), хоча рівні середнього ступеня тяжкості (32,0%) та тяжких форм (20,0%) були достатньо високими. Окремо слід виділити той факт, що еклампсія мала місце у 2 пацієнток 1-ї групи (4,0%).

Безпосередньо при розродженні частіше були відзначені різні аномалії пологової діяльності (32,0%) та дистрес плода (28,0%). Також, необхідно виділити суттєвий рівень передчасного відшарування (14,0%) та один випадок передлежання плаценти (2,0%). Частота передчасних пологів склала 22,0%, а серед основних причин мали місце три варіанти: тяжкі форми та неефективне лікування преєклампсії, перед-

часне відшарування плаценти та передчасний розрив плодових оболонок. Як уже відзначалося розродження пацієнток з преєклампсією було виконано шляхом кесаревих розтинів, практично, в кожному третьому випадку.

Особливий інтерес представляють перинатальні наслідки розродження. При цьому, відзначені висока частота недоношеності (22,0%); затримки розвитку плода (30,0%) та асфіксія різного ступеня тяжкості (26,0%). Набагато рідше мали місце інтраамніальне інфікування (10,0%). Перинатальні втрати склали 80,0% (4 випадки) в 1-й групі, а серед основних причин плодових втрат слід зазначити респіраторний дистрес-синдром на фоні глибокої недоношеності (2 випадки) та гостру асфіксію при передчасному відшаруванні плаценти на фоні тяжких форм преєклампсії (2 випадки).

Таким чином, як свідчать результати клінічної характеристики жінок з преєклампсією при попередній гестації, у них виявлена висока частота супутньої патології репродуктивної системи та соматичної захворюваності. У жінок основної групи вагітність та пологи перебігали на фоні значного рівня різних ускладнень з високою частотою передчасних пологів та абдомінального розродження. На наш погляд, отримані дані свідчать про високий ризик розвитку акушерських та перинатальних ускладнень у цих жінок.

На 2-му етапі досліджень, при аналізі основних особливостей преморбідного фону у жінок 1-ї групи слід зазначити, що середній період між вагітностями склав  $4,1 \pm 0,4$  року. За цей період 44,0% пацієнток одержали різні реабілітаційні заходи, з яких частіше були антиагреганти та антигіпоксанти (22,0%); психопрофілактичний вплив (12,0%); седативна терапія (10,0%); імунокорекція (10,0%) та санаторно-курортне лікування (10,0%). При цьому, всі ці заходи призначали не систематизовано та різними спеціалістами, основним поясненням цього є відсутність практичних рекомендацій щодо цього питання.

Серед різних варіантів використовуваної контрацепції 48,0% обстежених жінок взагалі не застосовували жодних методик. На нашу думку, це є дуже негативним моментом, що свідчить про відсутність програми реабілітації для жінок з преєклампсією при попередній гестації. З використовуваних методів контрацепції частіше інших жінки відзначали гормональні контрацептиви (14,0%); біологічний календар (14,0%); механічні засоби (12,0%) та внутрішньоматкові контрацептиви (12,0%).

Отримані дані свідчать про резерви, що є в методиці відновлювального лікування жінок з преєклампсією при попередній гестації, в тому числі в плані реабілітаційних заходів та використовуваної контрацепції. Наочним підтвердженням цьому є той факт, що частота планованої вагітності в 1-й групі складала лише 22,0%, що є достатньо низьким показником для такої групи високого ризику.

Як свідчать отримані дані, серед основних особливостей першої половини вагітності слід наголосити на діагностиці аномалій розвитку плода в 4,0% спостережень та первинній плацентарній дисфункції в 6,0% випадків. На наш погляд, ці аспекти свідчать про недостатнє обстеження жінок з преєклампсією при попередній гестації на етапі планування сім'ї. З решти моментів клінічного перебігу першої половини вагітності можна виділити суттєвий рівень ранніх гестозів (44,0%); загрози переривання (24,0%); респіраторної вірусної інфекції (12,0%); бактеріального вагінозу (20,0%) та анемії (22,0%). Як наслідок наведених вище особливостей вагітність у жінок 1-ї групи була перервана в ранні терміни в 8,0% спостережень: в 4,0% артифіційні аборти з приводу діагностованих аномалій розвитку у плода та в 4% клінічної симптоматики – мимовільні викидні на фоні загрози переривання вагітності. Отже, до 20 тиж 1-ша група жінок складала вже 46 пацієнток.

Після 20 тиж вагітності частота різних акушерських та перинатальних ускладнень була на порядок вище порівняно з

першою половиною гестаційного періоду. Так, найчастіше мали місце два основних ускладнення: анемія вагітних (60,9%); преєклампсія (52,2%) та вторинна плацентарна дисфункція (52,2%). У структурі цих ускладнень переважали анемія II ступеня та затримка розвитку плода. Крім того, тут можна виділити суттєву питому вагу бактеріального вагінозу (32,6%) та наявність клінічної симптоматики загрози передчасних пологів (21,7%), а в 13,1% випадків – перенесену респіраторну інфекцію. Дуже показовим тут є той факт, що частота передчасних пологів складала 13,1% серед жінок 1-ї групи, причому в основному вагітність перервалася в терміни 28–32 тиж на фоні передчасного розриву плодових оболонок.

Ураховуючи поставлену мету ми вважали за доцільне більш змістовно зупинитися на термінах розвитку та структурі ступеня тяжкості преєклампсії в 1-й групі. Згідно з отриманими результатами в кожному другому випадку (50,0%) преєклампсія розвивалась в 29–32 тиж вагітності, а в кожному четвертому (25,0%) – відповідно в 24–28 тиж і після 33 тиж гестації. При аналізі ступеня тяжкості преєклампсії проглядається високий рівень тяжкого ступеня (20,8%) та еклампсії (8,3%). У решті спостережень мали місце преєклампсія легко (41,7%) та середнього ступеня тяжкості (29,2%).

Ведення вагітності у жінок з преєклампсією при попередній гестації проводили за загальноприйнятими моментами як у пацієнток з високим акушерським та перинатальним ризиком, що, на нашу думку, не дозволяє повністю відобразити всі боки наукового питання, що вивчається.

Отримані дані свідчать, що основними ускладненнями клінічного перебігу пологів у жінок з преєклампсією в анамнезі були: передчасний розрив плодових оболонок (45,7%); дистрес-плода (47,8%) та аномалії пологової діяльності (41,3%). Крім того, в даній групі відзначено високий рівень передчасного відшарування плаценти (8,7%), дистопії плечиків (8,7%) та клінічно вузького таза (4,3%). Наслідком такої високої питомої ваги різних акушерських ускладнень стали висока частота кесаревих розтинів – 39,1%. У структурі показань до абдомінального розродження переважали гострий дистрес плода (27,8%); передчасне відшарування плаценти (22,2%) та аномалії пологової діяльності, що не піддаються медикаментозній корекції (16,7%).

Аналізуючи перинатальні наслідки розродження необхідно відзначити високий рівень середньотяжких форм асфіксії новонароджених (21,7%); затримки розвитку плода (32,6%) та явних ознак інтраамніального інфікування (10,9%). Перинатальні втрати серед жінок 1-ї групи склали 65,2% (3 випадки), з яких по одному випадку тяжкої пневмопатії на фоні глибокої недоношеності; гострої інтранатальної асфіксії та природженому менингоенцефаліту.

З основних аспектів постнатальної захворюваності можна виділити значну питому вагу постгіпоксичної енцефалопатії (27,9%) та реалізації внутрішньоутробного інфікування (13,9%).

У післяпологовий період у жінок з преєклампсією при попередній гестації слід зазначити переважання порушень контрактильної здатності матки (10,9%) та первинну гіпогалактію (26,1%), а також наявність ранової інфекції та ендометриту (по 6,5%).

## ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що жінки з преєклампсією при попередній гестації недостатньо підготовлені на етапі планування сім'ї, а ведення вагітності і пологів у них щодо загальноприйнятих моментів не дозволяє суттєво знизити рівень акушерської та перинатальної патології, що розвивається. Отримані дані свідчать про необхідність подальшого вивчення цього наукового завдання з метою покращання перинатальних наслідків розродження жінок високого ризику.

**Акушерские и перинатальные аспекты повторной преэклампсии**  
**Д.А. Говсеев**

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что женщины с преэклампсией при предыдущей гестации недостаточно подготовлены на этапе планирования семьи, а ведение беременности и родов по общепринятым методикам не позволяет снизить частоту акушерской и перинатальной патологии. Полученные данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения этой научной задачи с целью улучшения перинатальных исходов родоразрешения женщин группы высокого риска.

**Ключевые слова:** преэклампсия, акушерство, перинатология.

**Obstetrical and perinatal aspects repeated preeclampsia**  
**D.A. Govseev**

Results of the spent researches testify that women with preeclampsia at previous gestation are insufficiently prepared at stage of planning of family, and conducting pregnancy and labours them by standard techniques does not allow to lower frequency obstetrical and perinatal pathology. The obtained data testifies to necessity of the further studying of this scientific problem for the purpose of improvement perinatal outcomes of delivery at women of group of high risk.

**Key words:** preeclampsia, obstetrics, perinatologia.

**Сведения об авторе**

Говсеев Дмитрий Александрович – Киевский городской родильный дом № 5, 03037, г. Киев, пр. Краснозвездный, 2; тел.: (044) 275-80-88

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Венцківський Б.М., Дашкевич В.Є. Ведення вагітності та пологів при преєклампсії, їх прогнозування, діагностика, лікування і профілактика / Метод. рекомендації.-К., 2009. – 32 с.
2. Степанковская Г.М., Венцковский Б.М. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии. – К.: Здоров'я, 2010. – 672 с.
3. Венцківський Б.М., Запорожан В.М., Сенчук А.Я. Гестозы вагітних: Навч. посібник. – К.: Аконті, 2012. – 112 с.
4. Коломійцева А.Г. Поздние гестозы беременных // Вісник асоц. акушерів-гінекологів України. – 1999. – № 3. – С. 79–89.
5. Степанківська Г.К., Михайленко О.Т. Акушерство. – К.: Здоров'я, 2000. – 580 с.
6. Венцковский Б.М., Жегулович В.Г. Современные принципы лечения позднего токсикоза беременных // Лікування та діагностика. – 2007. – № 1. – С. 42–44.
7. Коломійцева А.Г., Віденко Л.В. Волемічні зміни у вагітних з пре еклампсією // Зб. наукових праць Асоціації акуш.-гінекол. України. – К., 2002. – С. 51–55.
8. Кабанова Н.В., Захарченко Л.В. Безопасное материнство как актуальная проблема современного акушерства // Збірн. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К., 2009. – С. 292–295.
9. Савельева Г.М., Шалина Р.И. Современные проблемы этиологии, патогенеза, терапии и профилактики гестозов // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 5. – С. 6–9.
10. Чайка В.К., Бабич Т.Ю., Белусов Г.В. Программа охраны материнства и детства в семье (безопасное материнство) – профилактика акушерских и перинатальных потерь // Збірн. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К., 2009. – С. 460–463.
11. Степанковская Г.К., Венцковский Б.М. Неотложное акушерство. – К.: Здоров'я, 2007. – 412 с.
12. Руководство по безопасному материнству. – М.: Изд-во «Триада-Х», 2008. – 531 с.

Статья поступила в редакцию 04.12.2015

**НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ**

**ЖЕНЩИНЫ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ РАКА ГРУДИ ОТКАЗЫВАЮТСЯ ОТ ПРЕВЕНТИВНОЙ ТЕРАПИИ**

Пять из шести женщин с высоким риском развития рака молочной железы не принимают препараты, способные предотвратить развитие заболевания.

Об этом свидетельствуют результаты исследования, проведенного учеными из Университета Королевы Марии (Queen Mary University).

Они собрали данные исследований, в которых приняли участие более 21 000 женщин всех возрастов. У всех них был увеличен риск развития рака

молочной железы и каждой из участниц было предложено в течение пяти лет принимать лекарственные препараты, способные предотвратить развитие этой формы рака.

Результаты анализа свидетельствуют о том, что лишь 16% женщин приняли решение пройти профилактический курс. Больше 80% женщин, решивших пройти курс превентивной терапии, включавшей прием тамоксифена и ралоксифена, приняли их по крайней мере в течение

года. Со временем этот показатель снижался.

Сэм Смит (Sam Smith) и его коллеги обеспокоены полученными результатами, ведь большая часть женщин, входящих в группу высокого риска отказывается от приема лекарств, способных ингибировать развитие опухолей молочной железы, а те, кто начинает принимать назначенные лекарства не заканчивают курс превентивной терапии.

<http://medportal.ru>