

©Бен Амор Маріам, К.В. Стецюк

**ОЦІНКА ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ, СТАНУ ПЛОДА У ЖІНОК
З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ ТА БІОХІМІЧНІ КРИТЕРІЇ ЇЇ ПРОГНОЗУ***Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

ОЦІНКА ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ, СТАНУ ПЛОДА У ЖІНОК З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ ТА БІОХІМІЧНІ КРИТЕРІЇ ЇЇ ПРОГНОЗУ. В статті представлено результати ретроспективного аналізу перебігу вагітності, пологів та стану плода у жінок з преєклампсією. Оцінені причини передчасних пологів, вплив супутньої патології на перебіг вагітності та пологів у жінок даної категорії. Проаналізовано результати клініко-біохімічних досліджень в аспекті визначення їх як критеріїв для прогнозування перебігу преєклампсії.

ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, СОСТОЯНИЯ ПЛОДА У ЖЕНЩИН С ПРЕЕКЛАМПСИЕЙ И БИОХИМИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЕЕ ПРОГНОЗА. В статье представлены результаты ретроспективного анализа течения беременности, родов и состояния плода у женщин с преєклампсией. Оценены причины преждевременных родов, влияние сопутствующей патологии на течение беременности и родов у женщин данной категории. Проанализированы результаты клинико-биохимических исследований в аспекте определения их как критериев для прогнозирования течения преєклампсии.

EVALUATION OF PREGNANCY AND LABOR COURSE AND FETAL STATUS IN WOMEN WITH PREECLAMPSIA AND BIOCHEMICAL CRITERIA OF ITS PREDICTION. The articles represent the results of the retrospective analysis of pregnancy and labor course and fetal status in preeclamptic women. Preterm labor reasons, concomitant pathology effect on pregnancy and labor course were assessed in the women of this category. The results of clinical and biochemical study in terms of determination them as criteria for prediction of preeclampsia course was analyzed.

Ключові слова: преєклампсія, вагітність, пологи, ускладнення.

Ключевые слова: преєклампсия, беременность, роды, осложнения.

Key words: preeclampsia, pregnancy, labor complications.

ВСТУП. Впродовж багатьох років преєклампсія (ПЕ) залишається однією з провідних причин материнської і перинатальної смертності, еволюціонуючи як незологічна одиниця, вона набуває нових клінічних характеристик [1, 2]. В даний час преєклампсія набуває тенденції до моносимптомного перебігу, обираючи один орган-мішень, маскуючись під екстрагенітальну патологію. Більш затрудненим стає своєчасне виявлення, диференційний діагноз преєклампсії [3, 4, 5].

До теперішнього часу преєклампсія залишається однією з основних причин невиношування, мертвородження, кровотеч в ІІІ періоді пологів і в ранньому післяпологовому періоді. Частота виникнення преєклампсії в країнах східно-європейського регіону на сьогоднішній день складає 16–17 % серед всіх вагітних і має тенденцію до зростання [6, 7, 8].

Сучасна медицина розглядає преєклампсію як синдром поліорганної функціональної недостатності, який розвивається під час вагітності і обумовлений неможливістю адаптаційних систем організму матері адекватно забезпечувати потреби зростаючого плода, що пов'язане в першу чергу з перфузійно-дифузійною недостатністю плаценти [9,10,11]. Відомо, що преєклампсія виникає в результаті дезадаптації при вагітності, що викликана імунологічними, судинними, нейрогенними, ендокринними і іншими порушеннями в організмі матері. Діагностика на стадії клінічних проявів, як правило, не є складною, але запізнілою. Тому залишається актуальним пошук ранніх предикторів розвитку даної патології і розробка на підставі цих даних чітких профілактичних заходів [12,13,14].

Мета дослідження: оцінка перебігу вагітності, пологів, стану плода у жінок з преєклампсією співставленні з біохімічними параметрами для визначення їх прогнозування характеру перебігу даного ускладнення вагітності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Проведено ретроспективний аналіз перебігу вагітності, пологів, стану плода у 166 жінок з преєклампсією за даними історій пологів Київського міського пологового будинку № 6 (КМПБ № 6) за 2008–2011 роки. Проаналізовані дані соматичного, гінекологічного та акушерського анамнезу, а також перебіг даної вагітності.

Проводилась оцінка величин біохімічних показників стану вагітної для визначення критеріально значимих щодо прогнозу перебігу преєклампсії. Проаналізовані історії пологів за наявності у вагітних таких клінічних ознак, як: набряки, протеїнурія (при кількості білка в сечі більше чим 0,033 г/л в одноразовій пробі і більше 1 г/л в добовій кількості), гіпертензія – артеріальний тиск вище 130/85 мм рт. ст., при гіпотонії – збільшення систолічного тиску більше 30 мм рт. ст., а діастолічного – більше 15 мм рт. ст. Діагноз преєклампсії встановлювався за наявності двох ознак з трьох вище наведених. Аналізувались дані клініко-лабораторних показників та додаткових методів дослідження: загальний аналіз крові та сечі, біохімічні показники крові (печінкові трансамінази, білірубін і його фракції, загальний білок, сечовина, креатинін, електролітний склад крові, добова протеїнурія, аналіз сечі за Нечипоренко та Зимницьким, коагулограма, показники гемостаза (активованний частковий тромбoplastиновий час (АЧТЧ), кількість і агрегація тромбоцитів, фібриноген, продукти

його деградації), концентраційні показники крові (гематокрит, гемоглобін), кількість еритроцитів і тромбоцитів. Аналізу підлягали консультативні висновки суміжних спеціалістів: окуліста, невропатолога, терапевта. Групою порівняння були 20 здорових жінок з фізіологічним перебігом вагітності.

Отримані кількісні дані оброблені статистично за допомогою пакетів програм Word і Excel. Розраховувались середні величини, похибка середньої та частки. Дані вважались вірогідними при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Проведений аналіз показав, що середній вік обстежених вагітних становив $25,7 \pm 2,1$ роки.

У 6,3 % пацієнок мала місце надмірна маса тіла різного ступеня вираженості, ІМТ був статистично достовірно вище ($p < 0,01$) в порівнянні із здоровими вагітними.

Оцінка даних соматичного анамнезу свідчила, що у 58 (34,9 %) жінок з прееклампсією мала місце екстрагенітальна патологія: захворювання серцево-судинної системи – у 17 (29,3 %), сечовидільної системи у 18 (31,0 %), шлунково-кишкового тракту у 10 (17,2 %), цитоподібної залози у 13 (22,4 %).

Аналіз даних гінекологічного анамнезу показав, що 18 (10,8 %) пацієнок мали несвоєчасне настання менархе, 39 (23,5 %) – порушення менструального циклу (гіпо- або гіперменорею). Серед гінекологічних захворювань частіше всього були вказівки на перенесені запальні захворювання статевих органів: шийки матки – 57 (34,3 %), матки – 32 (19,3 %), додатків 24 (14,5 %), поєднанні форми – 21 (12,7 %). Доброякісні новоутворення мали місце у 37 (22,3 %) жінок: яєчників – у 15 (40,5 %), матки – у 22 (13,3 %). У 25 (15,0 %) пацієнок вагітність настала в результаті лікування безпліддя.

Першовагітних жінок було 67 (40,4 %), повторно-вагітних 99 (59,6 %). З числа останніх у 27 (27,3 %) в анамнезі були аборти (мимовільні у 8 – 29,6 %, артифіціальні – у 19 (70,4 %), пологи – у 31 (31,3 %), аборти та пологи у 41 (41,4 %).

Під час даної вагітності ускладнення вагітності мали 129 (77,7 %) вагітних: загроза переривання в ранні терміни у 8 (6,2 %), анемія у 18 (14,0 %), гестаційний пієлонефрит у 20 (15,5 %), багатоводдя у 18 (14,0 %), маловоддя у 7 (5,4 %), плацентарна дисфункція у 33 (25,6 %), затримка розвитку плода у 25 (19,4 %).

Клінічна маніфестація прееклампсії легкого ступеня в терміні вагітності від 30 тижнів була лише у 5,4 % пацієнок, прояви прееклампсії легкого ступеня у переважної більшості (68,0 %) були відмічені з 37–38 тижнів вагітності. Початок прееклампсії середнього ступеня важкості проявився у 3,6 % пацієнок на термін вагітності від 32 тижнів. У переважної більшості жінок з прееклампсією середнього ступеня важкості (25,3 %) початок захворювання припадав на 36 тиждень вагітності. Клінічні прояви важкої прееклампсії в терміні вагітності до 32 тижнів відмічені у 19,9 %, після 32 тижнів – у 44,0 % пацієнок, а прояви важкої прееклампсії при доношеній вагітності (з 37–38 тиж.) – у 10,2 % обстежених жінок.

Класична триада Цангемейстера (артеріальна гіпертензія, протеїнурія, набряки) була виявлена лише у 23,5 % вагітних з легким перебігом прееклампсії, у

33,4 % вагітних з прееклампсією середнього ступеня важкості, у 28,0 % вагітних з прееклампсією важкого ступеня. Клінічні симптоми захворювання були слабо виражені («стерті») і не відповідали ступеню важкості прееклампсії майже в кожній третій пацієнтки.

Аналізуючи результати ультразвукового обстеження виявлені структурні зміни в плаценті у вигляді гіперехогенних включень у 33 (19,9 %), у 7,1 % вагітних з ізольованим СЗРП. У 11,0 % обстежених мало місце підвищення індекса амніотичної рідини, причому у 24,0 % вагітних з СЗРП. Ймовірно, підвищення даного показника пов'язано з більшою частотою перенесених запальних захворювань геніталій і самовільних абортів в анамнезі, результатом яких могло бути враження ендометрія.

При доплерометричному дослідженні зміни спостерігались у 47 (28,3 %) вагітних.

Зміни, що були виявлені, перш за все спостерігались, в крупних гілках артеріального русла – маткових артеріях. Підвищення периферичного опору в маткових артеріях, спіральних артеріях і артеріях пуповини – це кінцева стадія ланцюга патологічних порушень, в яких первинною ланкою є ангіопатія, в тому числі і судин матки, особливо при екстрагенітальних захворюваннях, що передували вагітності, та/або спостерігались під час даної вагітності.

Порушення, що були виявлені можуть свідчити про відсутність фізіологічних гестаційних змін в судинах матки, внаслідок прееклампсії, що в свою чергу зумовлено неповноцінним ангиогенезом, недостатнім розвитком спіральних артерій, гіпоксією та ішемією плаценти, гіперплазією аномально незрілого трофобласта.

Функціональна оцінка стану плода за результатами нестресового тесту (КТГ) майже в кожній п'ятій вагітній (19,9 %) свідчила про помірне страждання плода і підтверджувалась при проведенні доплерометрії.

Аналіз проведених лабораторних досліджень, (гематокрит, гемоглобін, протеїнемія, трансамінази – АлАТ, АсАТ, протеїнурія) продемонстрував, що оцінка ступеня важкості прееклампсії з врахуванням даних показників наближає її достовірність до 98 % (табл. 1).

У переважної більшості – 139 (83,7 %) відбулись своєчасні пологи, передчасні – у 27 (16,3 %), що в 3 рази частіше ніж в популяції. Всі передчасні пологи відбулись у вагітних з прееклампсією важкого ступеня в поєднанні з СЗРП.

Операція кесаріва розтину була виконана 66 (39,8 %) пацієнткам. В інших випадках пологи закінчились через природні родові шляхи.

Тактика ведення визначалась ступенем важкості прееклампсії і станом плода. Всього народилось 166 новонароджених, з них 27 – недоношених. В групі обстежених з СЗРП відповідно – 19 (76,0 %) доношених і 6 (24,0 %) – недоношених дітей.

ВИСНОВКИ.

1. Важливу роль в розвитку прееклампсії займають фонові захворювання, як соматичного так і гінекологічного профілю.

2. Прееклампсія є однією з основних причин формування плацентарної дисфункції, СЗРП, передчасних пологів. Важкий перебіг прееклампсії, прояв її ускладнень є показом до дострокового переривання вагітності.

Таблиця 1. Лабораторні показники у вагітних з преєклампсією (M±m)

Показник	Величини показників у вагітних	
	контрольна група (n=30)	з преєклампсією (n=166)
Hb (г/л)	121,2±5,4	104,5±6,1*
Еритроцити	3,7±0,2	3,3±0,1*
Тромбоцити	289,0±7,0	224±9*
Лейкоцити	5,6±0,6	9,7±0,8*
ШОЕ (мм/год)	22,0 ±2,0	47±9,0*
Загальний білок (г/л)	72,0±2,4	60±2,8*
Сечовина (ммоль/л)	2,7±0,9	5,1±0,7
Креатинін (мкмоль/л)	63,2±5,2	73,3±5,3
АлАТ (МО)	27,8±6,1	47,2±4,8*
АсАТ (МО)	25,1±3,0	38,4±2,9*
Білірубін (мкмоль/л)	8,1±1,1	15,2±1,4*
АЧТЧ (сек)	27,2±0,8	31,8±1,4*
Фібриноген «В»	негативний	позитивний(++) або різко позитивний (+++)
Гематокрит, %	29,0±1,0	39±1,2*

Примітка: * – достовірно в порівнянні з контрольною групою (p<0,05).

3. Оцінка біохімічних показників стану вагітної – основа для прогнозування перебігу преєклампсії, вибору тактики ведення вагітності і пологів.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Отримані результати підтверджують негативний вплив преєклампсії на перебіг вагітності, стан матері і пло-

да, обумовлюючи зміни їх метаболізму. Розробка нових діагностичних функціональних та біохімічних критеріїв для оцінки даного ускладнення вагітності з урахуванням патогенетичних механізмів розвитку преєклампсії дасть нові можливості в наданні лікувально-профілактичної допомоги.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Диагностика и лечение артериальной гипертензии у беременных. Клинические рекомендации. Всероссийское научное общество кардиологов. Российское медицинское общество по артериальной гипертензии. Москва, 2010.

2. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Практическое акушерство. М.: Медицина, 1989.

3. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (третий пересмотр) Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов. Москва, 2008.

4. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Руководство по практическому акушерству. М.: ООО "МИА", 1997.

5. Bellamy L., Casas J.P., Hingorani A.D., Williams D.J. Preeclampsia and risk of cardiovascular disease and cancer in later life: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2007; 335: 974–982.

6. Меллина И.М. Сочетанная преэклампсия у беременных с гипертонической болезнью: предупредить возможно и не обходимо // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2011. – № 4 (44). – С. 5–13.

7. Куликов А.В. Интенсивная терапия эклампсии доказательной медицины / Куликов А.В. / Европейская школа анестезиологов Украины, Киев 5–6 мая 2010 г.

8. Сидорова И.С., Боровкова Е.И., Мартынова И.В., Солоницын А.Н., Рыкунова О.В., Шемонаева Т.В. Роль окислительного стресса в патогенезе гестоза // Акушерство и гинекология. – 2007. – № 3. – С. 3–5.

9. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / Шехтман М.М. – М., 2011.

10. Сидорова И.С. Оценка степени тяжести гестоза (по данным литературы) / Сидорова И.С., Билявская О.С. // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 3. – Р. 40–43.

11. Веропотвелян П.Н. Генетические аспекты гестозов / П.Н. Веропотвелян, Н.П. Веропотвелян, Н.С. Ельчанинова и др. // ПАГ. – 2008. – № 2 (426). – С. 62–65.

12. Потемкин В.В. Эндокринология / Потемкин В.В. – М.: Медицина, 1986. – С. 43.

13. Пырегов А.В., Куликов А.В. Интенсивная терапия тяжелого гестоза и эклампсии / под ред. Гельфанд Б.Р. и Салтанова А.И. // Интенсивная терапия: национальное руководство. – М., 2009. – Т. 2. – С. 107–120.

14. Башмакова Н.В., Крысова Л.А., Ерофеев Е.Н. Современные подходы к профилактике гестоза // Акушерство и гинекология. – 2006. – № 5. – С. 45–47.

15. Венцовский Б.М., Запорожан В.Н., Сенчук А.Я., Скачко Б.Г. Гестозы. – М.: МИА, 2005. – 462 с.

Отримано 12.01.12 р.