

Туксанова Д.И.,
Негматуллаева М.Н.,
Ахмедов Ф.К.,
Дустова Н.К.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕЁ ИСХОД В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность изучения проблемы преэклампсии объясняется высоким уровнем перинатальной и материнской заболеваемости и смертности при этом осложнении, трудностями в оценке степени его тяжести, необходимостью в досрочном родоразрешении, а также отсутствием достоверной концепции возникновения данного осложнения беременности (2, 5, 6, 8). Преэклампсия развивается практически у каждой четвертой-пятой беременной в нашей Республике Узбекистан (в 18-25% случаев), а в перинатальных центрах она наблюдается в 30-35% случаев и не имеет устойчивой тенденции к снижению (1, 4, 9, 14). Несмотря на успехи в профилактике, диагностике и лечении ПЭ, данная патология остаётся ведущей причиной материнской, перинатальной заболеваемости и смертности. В структуре материнской смертности в настоящее время ПЭ занимает второе место и составляет 20-25% (2, 3, 7, 8, 12).

Несмотря на большое количество предлагаемых методов, до сих пор не существует способа, позволяющего, с достаточной степенью достоверности определять, степень тяжести ПЭ и прогнозировать его дальнейшее течение.

В последние годы отмечается тенденция к преобладанию малосимптомных форм со стёртой клинической картиной, что на практике часто приводит к недооценке тяжести заболевания, недостаточному объёму профилактических и лечебных мероприятий (5, 8, 10, 11, 13).

Оценка степени тяжести ПЭ относится к непростым вопросам, поскольку далеко не всегда выраженность отёков, протеинурии и артериальной гипертензии отражает истинную тяжесть, глубину и распространённость патологических процессов, характерных для ПЭ. У беременных с исходной гипотонией гипертензия не будет высокой около 20% женщин с эклампсией имеют артериальное давление менее 140/90 мм. рт.ст.

Многие исследователи доказали, что степень тяжести ПЭ не имеет прямой зависимости от отечного синдрома, и у 30% пациенток с преэклампсией отеки отсутствуют вообще (2, 8, 6, 8).

Помимо этого, клиника ПЭ во многом зависит от характера фоновой патологии и применяемых во время беременности лекарственных препаратов.

Целью нашего исследования явилось: Изучение влияния тяжести ПЭ, длительности его течения на исход беременности, родов для матери и плода.

Материалы исследования: Нами проведен сравнительный анализ анамнестических данных, результатов клинического и лабораторного обследования, исходов беременности и родов 60 беременных с ПЭ различной степени тяжести.

I группу составили пациентки с ранним началом ПЭ (до 32 нед. беременности), 2-ю группу с началом ПЭ после 34 недель. Возраст пациенток варьировал от 18 до 42 лет, в среднем $27,8 \pm 5,0$ г, в 1-й группе $26,8 \pm 5,4$ г во 2-й группе $27,4 \pm 4,8$ г. В обеих группах преобладали первородящие женщины (соответственно 65% и 53,6% в 1-й и 2-й группах). Одного 40% пациенток с ранним началом ПЭ были, первородящие старше 26 лет во второй группе таких пациенток было только 16,3%.

Результаты исследования и их обсуждение: Изучением течения беременности у пациенток данных групп были выявлены некоторые закономерности. Течение I триместра беременности не имело отличительных особенностей в 1-й и 2-й группах. При анализе течения II триместра беременности нами отмечено, что у женщин 1-й группы почти в 3 раза чаще беременность в эти сроки осложнилось угрозой прерывания беременности (у 63,4% в 1-группе и 24,3% во 2-й группе). Развитием инфекцией мочевыводящих путей (ИМП) в 1-й группе 5,6 % таких осложнений во 2-й группе не наблюдалось. Во второй в 20,2% II триместр протекает без осложнений, в 1-й группе неосложненного течения беременности в эти сроки не было.

В III триместре беременности у пациенток 1-й группы отмечено более частое развитие фетоплацентарной недостаточности: у 40,5% - маловодие (8,2% во 2-й группе); у 30,2% - нарушение маточно-плацентарного и плодового кровотока (в 2,8% во 2-й группе); у 33,4% по данным УЗИ выявлено ЗВУР плода (в 2,8% во 2-й группе).

Сравнительный анализ клинических и лабораторных данных позволил выяснить особенности ПЭ при раннем его начале и длительном течении по сравнению с более поздним развитием ПЭ. Средняя длительность течения ПЭ в 1-й группе составила $10,4 \pm 2,4$ нед. во 2-й – $4,2 \pm 1,8$ нед.

В 1-й группе у 67% наиболее ранними симптомами ПЭ явились гипертензия и протеинурия, в 33% - отечной синдром с последующим развитием гипертензии - у 86,5%. Во 2-й группе получены несколько иные данные. Гипертензия и протеинурия как наиболее ранние симптомы составили, 51,7% и в 48,3% ПЭ начинался с патологической прибавке массы тела и отеков, что доказывает более легкой течение ПЭ в этой группе. Сочетание всех 3 клинических симптомов в 1-й группе отмечено у 86,7%, во 2-й группе - у 51,7%.

Анализ лабораторных данных, не имел достоверных различий между уровнем гемоглобина, количеством эритроцитов, лейкоцитов. В 1-й и 2-й группе, это объясняется более выраженной гемоконцентрацией у пациенток 1-й группы, о чем свидетельствуют показатели гематокрита: в среднем 35% в 1-й группе и 33%

во 2-й группе. О нарушениях в системе гемостаза свидетельствует также снижение количество тромбоцитов у пациенток обеих групп, более выраженное при длительном течении ПЭ до $164 \times 10^9/\text{л}$, по сравнению с $240 \times 10^9/\text{л}$ во 2-й группе. При оценке состояния функции печени в группе беременных с длительным течением ПЭ у всех пациенток отмечалось гипопроотеинемия – в среднем уровень общего белка в крови составил $59,5 \text{ г/л}$. Ферменты печени в среднем в обеих группах были в пределах нормы.

При анализе концентрационной функции почек практически у 58% беременных 1-й группы установлена никтурия. Во 2-й группе никтурия отмечено у 32% остальные показатели были в пределах нормы в обеих группах.

Анализ результатов исследования показал, что рано начавшейся ПЭ в большей степени нарушает физиологическое течение родов, повышает частоту преждевременных родов, перинатальной и материнской заболеваемости, расширяет показания кесарева сечения.

В данном исследовании 70% женщин 1-й группы были родоразрешены путем операции кесарева сечения, во II группе 4,5 раза меньше (15%). Частота преждевременных родов в 1-й группе была почти в 10 раз выше, чем во 2-й группе (33,5% и 3,5% соответственно).

При изучении основных показаний оперативного родоразрешения было выявлено, что у 56,4% беременных 1-й группы кесарево сечение было выполнено в связи с отсутствием эффекта медикаментозной терапии, нарастающей степени тяжести ПЭ. Причем в 42,9% кесарево сечение выполнено досрочно, а в 81% - в экстренном порядке.

Во 2-й группе показания к оперативному родоразрешению были в основном сочетанными, в 42,2% - показания к операции не были связаны с ПЭ, кесарево сечение выполнено досрочно лишь в 8%, в экстренном порядке – в 54%.

Таким образом, при раннем начале и длительном течении ПЭ более высоко частота оперативного родоразрешения, выполненного при недоношенном плоде в экстренном порядке, что несомненно, ухудшает перинатальные исходы. По нашим данным гипотрофия плода, имело место у 43,3% в 1-й группе, и в 6 раз реже во 2-й группе. В группе длительно текущем гестозом 67% новорожденных имели, массу менее 3000 г в тоже время во 2-й группе в состоянии гипоксии родилась 24% новорожденных, что почти 3 раза ниже, чем в 1-й группе.

Таким образом, главным в оценке степени тяжести ПЭ являются раннее начало (конец II- начало III триместра беременности) и длительность его течения наряду с клинико – лабораторными показателями.

Клинико-лабораторные данные у беременных с ранним началом ПЭ указывают на более выраженные нарушения функции плаценты, печени, почек и системы гемостаза. Длительное течение ПЭ оказывает крайне неблагоприятное влияние на перинатальные исходы.

Использованная литература:

1. Абдуллаходжаева М.С. Гестозы и их в структуре материнской смертности/ М.С. Абдуллаходжаева, Н.В. Елецкая, Б.Х. Бабанов, И.М. Алланазаров// Узбекистон тиббиёт журнали. 2002, №1.– С.11-13
2. Краснопольский В.И. Диагностика и прогнозирование развития тяжелых форм гестоза у беременных/ В.И.Краснопольский, Л.С. Логутова, В.А.Петрухин, Ю.Б. Котов, В.М. Гурьева, М.В. Капустина, С.В. Новикова, Т.В. Реброва// Российский вестник акушера – гинеколога,1,2006.—С. 69-72.
3. Медведова Н.Н. Поздние гестозы: клинико-лабораторный контроль. Научный журнал «Успехи современного естествознания» №9. 2008.
4. Назиров Ф.Г. Состояние и перспективы развития акушерско-гинекологической службы в Республике Узбекистан // Педиатрия, Махсус сон.,1999.- С. 11-12.
5. Радзинский В. Е. Проблемы гестоза и подходы к их решению / В.Е. Радзинский, Т.В. Галина // Казан. мед. журнал. - 2007. - Т. LXXXVIII, № 2. - С. 114-117.
6. Сидорова И.С. Гестоз и материнская смертность /И.С.Сидорова, О.В. Зайратьянц, Н.А. Никитина// Акушерства и гинекология, 2008, №2. 13-15 с.
7. Сидорова И.С. Маркеры дисфункции эндотелия при гестозе /И.С. Сидорова, Н.Б. Зарубенко, О.И. Гурина // Российский вестник акушера–гинеколога, 2010, №5. Том 10 – С. 24-26.
8. Сидорова И.С. Маркеры дисфункции эндотелия при гестозе /И.С. Сидорова, Н.Б. Зарубенко, О.И. Гурина// Российский вестник акушера – гинеколога, 2010г, №5. Том 10 – С. 24-26.
9. Шалина Р.И. Гестоз в современном акушерстве /Р.И. Шалина // Современные технологии в профилактике перинатальной и материнской смертности: Тезисы Всеросс. пленума ассоц. акушеров и гинекологов. - М.: МЕДпресс, 2000. - С. 273-274.
10. Afifi Y. Pharmacological treatment of hypertension in pregnancy / Y. Afifi, D. Churchill. Curr Pharm Des 2003;9:1745-53.
11. Ahmed A. Preeclampsia: prediction. J. R. Soc. Promot. Health.2003. -123:8-9
12. Arngrimsson R. Analysis of different inheritance patterns in pre-eclampsia/eclampsia syndrome Text. / R. Arngrimsson, H. Bjornsson, R.T. Geirsson // Hypertension in Pregnancy. 1995. - Vol. 14. - P.27-38.
13. Lam C., Lim K.-H., Karumanchi S.A. Circulating Angiogenic Factors in the Pathogenesis and Prediction of Preeclampsia. Hypertension. 2005;46:1077.
14. Pontremoli R., Nicoletta C , Viazzi F. et al. Microalbuminuria is an early marker of target organ damage in essential hypertension. Am. J. Hypertens. 1998; 11 (4): 430-438.
15. Sibai BM. Diagnosis and management of gestational hypertension and pree clampsia / B.M. Sibai. Obstet Gynecol 2003;102:181-92.