

ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Г.С. БАБАЖАНОВА, Н.М. ГАИПОВА

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

FEATURES OF RISK IN PREGNANT WOMEN WITH PREECLAMPSIA

G.S. BABAJOVA, N.M. GAIPOVA

Tashkent Medical Academy, Uzbekistan

Цель. Определение критерий оценки факторов риска при развитии преэклампсии у беременных.

Материал и методы. В исследование включены 70 беременных в возрасте от 19 до 35 лет, из них 48 (68,6%) с легкой и 22 (31,4%) с тяжелой преэклампсией. 1-ю группу составили 30 женщин с риском развития преэклампсии, за которыми проводилось клиническое наблюдение в течение беременности и родов, 2-ю группу – 25 беременных, у которых был риск развития преэклампсии, этим пациенткам, помимо клинического наблюдения, проводилась комбинированная терапия, и 3-ю – 15 здоровых беременных без соматической и акушерской патологии.

Результаты. Было установлено, что при физиологически протекающей беременности происходит адекватная адаптационная перестройка материнской гемодинамики, направленная на удовлетворение потребностей растущего плода. Во 2-й половине инвазии трофобласта наблюдается увеличение ударного объема и минутного объема на 16–19%, при одновременном снижении объема периферического сосудистого сопротивления на 10,8% и стабильных показателей систолического и диастолического АД.

Заключение. Обследование беременных позволяет своевременно начать профилактику гипертензивных расстройств, вести мониторинг состояния плода и системы гемостаза. При этом следует учитывать, что не всегда при отсутствии фактора риска не может развиться преэклампсия, поэтому необходим дальнейший поиск патогенетических маркеров этого состояния.

Ключевые слова: гипертензивные расстройства, преэклампсия, факторы риска, беременность, роды.

Objective. To determine of criteria for assessing risk factors for the development of preeclampsia pregnant women.

Material and methods. The study included 70 pregnant women aged from 19 to 35 years, 48 (68.8%) of them with mild and 22 (31.4%) with severe preeclampsia. The 1-st group consisted of 30 women at risk of developing preeclampsia, who were clinically monitored during pregnancy and childbirth, the 2-d group consisted of 25 pregnant women who had a risk of developing preeclampsia, these patients, in addition to clinical observation, underwent combination therapy and 3-d – 15 healthy pregnant women without somatic and obstetric pathology.

Results. It was found that during a physiologically proceeding pregnancy, an adequate adaptive restructuring of the maternal hemodynamics occurs, aimed at meeting the needs of the growing fetus. In the second half of the trophoblast invasion, there is an increase in impact volume and minute volume by 16–19%, while there is a simultaneous decrease in volume of peripheral vascular resistance by 10.8% and stable indicators of systolic and diastolic arterial blood pressure.

Conclusion. At the same time, it should be borne in mind that not always in the absence of a risk factor, preeclampsia cannot develop, so a thorough search for pathogenetic markers of the disease..

Keywords: hypertensive disorders, pre-eclampsia, risk factors, pregnancy, childbirth.

https://doi.org/10.54185/TBEM/vol14_iss5/a5

Введение

Гипертензивные расстройства при беременности являются одной из наиболее актуальных проблем современного акушерства. Это обусловлено тем, что данная патология оказывает существенное влияние на показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Частота гипертензивных расстройств при беременности колеблется в широком диапазоне – от 5 до 22% [1].

Несмотря на развитие науки, появление новых методов диагностики и лечения, пусковые механизмы тяжелых

гипертензивных состояний до конца не изучены. Вместе с этим своевременная и правильная диагностика, оценка тяжести этих состояний имеет принципиальное значение для исхода беременности и родов [2].

По некоторым данным, в мире каждый год от причин, связанных с беременностью, умирают более полумиллиона женщин. Гипертензивные нарушения, включая преэклампсию (ПЭ) и эклампсию, обуславливают 50-60 тыс. материнских смертей [4,8].

Важную роль в развитии преэклампсии играет развивающаяся хроническая плацентарная недостаточность, обус-

ловленная нарушениями физиологического взаимодействия между материнскими, плацентарными и плодовыми компонентами фетоплацентарной системы [3].

Уровень АД является важнейшим, но не единственным фактором, определяющим тяжесть артериальной гипертензии. Большое значение имеет оценка общего сердечно-сосудистого риска, степень которого зависит не только от степени повышения уровня артериального давления, но и от сопутствующих факторов риска, поражения органов-мишней и ассоциированных клинических состояний. Органные нарушения и ассоциированные клинические состояния, как известно, определяют стадию гипертонической болезни. При классификации преэклампсии выделяют две степени тяжести: умеренную и тяжелую [6, 7].

После беременности, осложненной преэкламсией, женщины имеют повышенный риск развития артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, инсульта и венозной тромбоэмболии. Доказано, что лечение преэклампсии и ее осложнений на сегодняшний день малоэффективно, поэтому основными резервами снижения материнской и перинатальной смертности считаются доклиническая диагностика, прогноз и профилактика этой патологии [5, 9].

Цель. Определение критериев оценки факторов риска при развитии преэклампсии у беременных.

Материал и методы

В исследование были включены 70 беременных, которых разделили на 3 группы. 1-ю группы составили 30 женщин с риском развития преэклампсии, за которыми проводилось клиническое наблюдение в течение беременности и родов. Во 2-ю группы были включены 25 беременных, у которых был риск развития преэклампсии, этим пациенткам, помимо клинического наблюдения, проводилась комбинированная терапия. В 3-ю группу вошли 15 здоровых беременных без соматической и акушерской патологии.

Критериями включения в исследование явились: преэклампсия в предыдущих родах, гипертензия в анамнезе, почечная патология, большой интервал между родами, первая беременность в возрасте моложе 19 или старше 35 лет.

Критерии исключения для всех групп были патология сердечно-сосудистой системы (ИБС, порок сердца, нарушение сердечного ритма, кардиомиопатия, атеросклероз), патология эндокринной системы (заболевания щитовидной железы, сахарный диабет), пороки развития плода, заболевания крови и многоглодная беременность.

У пациенток проводили клинико-лабораторные и специальные исследования: сбор анамнеза, определение ИМТ, клинический и акушерский осмотр, ультразвуковое исследование фетоплацентарной системы, допплерометрию маточно-плацентарных сосудов, ультразвуковое исследование плода, кроме того, больных консультировали терапевт, эндокринолог, окулист и кардиолог. Лабораторные исследования включали общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмму и анализ крови на антиген гепатита В и С, RW, ВИЧ.

Комбинированная терапия: Метилдопа (Допегит) – антигипертензивный препарат центрального действия, α2-адреномиметик (препарат первой линии); L-аргинин (Тивортин), препарат, относящийся к классу условно незаменимых аминокислот.

Результаты и обсуждение

При анализе течения беременности и родов легкая степень преэклампсии диагностирована у 48 (68,6%) обследо-

ванных, тяжелая преэклампсия – у 22 (31,4%). 12 беременных были в возрасте до 19 лет, 38 – в возрасте 20-25 лет, 20 – 30 лет и старше. Первобеременные в основных группах составили 58,6%, повторнобеременные – 41,4%.

При изучении течения предыдущих родов и беременности было выявлено, что ранее клиническое проявление ПЭ имели 5,9% пациенток контрольной и 23,2% основной группы ($p \geq 0,05$).

У беременных с ПЭ достоверно чаще ($p \geq 0,05$) выявлялись экстрагенитальные заболевания, сердечно-сосудистой системы, воспалительные заболевания мочевыделительной системы, метаболические нарушения. Повышение АД при отсутствии диагноза гипертензии диагностировали у 34,4% обследованных, гипертоническую болезнь – у 11,2%. В основной группе 20,0% женщин имели в анамнезе хронический пиелонефрит. Хронические воспалительные заболевания матки и придатков имели место у 24% женщин с ПЭ, в контрольной группе 6%, т.е. каждая пятая женщина с ПЭ страдали эндокринными заболеваниями (СПКЯ, галакторея). Метаболический синдром и алиментарное ожирение диагностированы у 14,4% женщин основной группы.

Течение 1-й половины настоящей беременности у пациенток с ПЭ характеризовалось симптомами угрожающего раннего выкидыша (60,0%), отслойки хориона (43,2%), а также рецидивирующей угрозы прерывания беременности (33,6%). УЗД и допплерометрические признаки плацентарной недостаточности выявили у 48,8% женщин с ПЭ. У пациенток с умеренной ПЭ отеки нижней конечности впервые появились на сроке 27-30 недель с добавлением гипертензии через 2-3 недели. Клинические симптомы тяжелой ПЭ зафиксированы на 2-4 недели раньше, чем ПЭ легкой степени. При этом отмечается повышение АД, затем отечный синдром и протеинурия.

Оценка функциональной активности элементов плодного яйца и децидуальной оболочки показала, что у пациенток с ПЭ концентрация В-ХГЧ была ниже контроля.

Динамика УИ и СИ у пациенток обеих групп не зависела от срока гестации, в большей степени была обусловлена изменениями массы тела женщин в этот период беременности. В контрольной группе в период с 11-14 до 17-20 недель из эхокардиографических показателей зарегистрировано значительное увеличение ударного объема (УО) и минутного объема (МО), а также значимое снижение объема периферического сосудистого сопротивления (ОПСС). У обследованных основной группы к 17-20 неделям прирост УО и МО составил менее 10%, ОПСС незначительно снижалось.

Функция эндотелия: при неосложненной беременности в сроке 11-14 недель после манжетной пробы диаметр ПА увеличился с 3,5 до 4,2 мм (в среднем на 17-23%), скорость кровотока возросла на 10-12%. В сроке 17-20 недель после компрессионной пробы расширение диаметра ПА стало более выраженным (на 24-25%) с увеличением скорости кровотока.

Согласно современной теории, в развитии ПЭ выделяют две стадии: I – плацентарную, бессимптомно протекающую на ранних сроках беременности, II – материнскую, манифестирующую с клиническими симптомами во 2-й половине беременности. Первая возникает вследствие иммунной дезадаптации организма матери в ответ на влияние различных агентов плодного яйца с ранних сроков гестации и проявляется недостаточностью инвазии трофобlasta в спиральные артерии. Это приводит к первичной плацентарной недостаточности, гипоксии, усилиению апоптоза и некрозу плацентарной ткани.

Степень выраженности негативных процессов в трофобласте оказывает воздействие на развитие эмбриональных и экстраэмбриональных структур плодного яйца, что

отражается на уровне экспрессии белков беременности, факторов роста, гормонов и биологически активных веществ. Мы проанализировали взаимосвязь изменения концентраций В-ХГЧ и белков беременности у пациенток с ПЭ и у женщин с физиологическим течением беременности. При ПЭ было зафиксировано значительное снижение уровня В-ХГЧ и РАРР-А относительно нормативных значений (0,7-1,0 МОМ) и увеличение в 1,7-2 раза содержания ПАМГ-1, что указывает на патологическое течение 1-й половины беременности.

В результате нашего исследования было установлено, что при физиологически протекающей беременности происходит адекватная адаптационная перестройка материнской гемодинамики, направленная на удовлетворение потребностей растущего плода. Во 2-й половине инвазии трофобласта наблюдается увеличение УО и МО на 16-19% при одновременном снижении ОПСС на 10,8% и стабильных показателей систолического и диастолического АД.

У беременных с ПЭ обнаружено нарушение гестационной адаптации материнской гемодинамики. С 10-13 по 17-20 недель объемные показатели работы сердца возрастают на 10%, а ОПСС снижается менее чем на 7%. Эти параметры являются прогностическими критериями дезадаптации гестационной гемодинамической перестройки сердечно-сосудистой системы матери и возможного развития ПЭ.

Заключение

Анализ полученных данных по наличию факторов риска гипертензивных расстройств позволил выделить анамнестические критерии повышенного и низкого риска возникновения преэклампсии уже в I триместре беременности. Дальнейшее обследование этих беременных позволяет своевременно начать профилактику гипертензивных расстройств, вести мониторинг состояния плода, системы гемостаза. При этом всегда надо учитывать, что отсутствие фактора риска не говорит о невозможности развитии ПЭ, поэтому необходим дальнейший поиск патогенетических маркеров этого состояния.

Литература

1. Шахбозова Н.А. Перинатальные исходы на фоне различных методов профилактики гипертензивных расстройств при беременности. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2018;3:45-50 [Shahbozova N.A. Perinatal'nye ishody na fone razlichnyh metodov profilaktiki gipertenzivnyh rasstrojstv pri beremennosti. Rossijskij vestnik perinatologii i pediatrii. 2018;3:45-50. In Russian].
2. Мадолимова Н.Х., Турсунов О.А. Течение и исходы беременности и родов и при эклампсии. Биология и интегративная медицина. 2016;5:40-47 [Madolimova N.H., Tursunov O.A. Techenie i ishody beremennosti i rodov i pri jeklamsii. Biologija i integrativnaja medicina. 2016;5:40-47. In Russian].
3. Султонова Н.А., Наврузов Э.Р. Факторы риска развития преэклампсии у беременных и пути ее снижения. Наука молодых. 2015 [Sultonova N.A., Navruzov Je.R. Faktory riska razvitiya prejeklamsii u beremennyh i puti ee snizhenija. Nauka molodyh. 2015. In Russian].
4. Олимова Ф.З. Особенности течения беременности, родов и перинатальные исходы при тяжелой преэклампсии. Доклады академии наук Республики Таджикистан. 2018;61(1):102-106 [Olimova F.Z. Osobennosti techenija beremennosti, rodov i perinatal'nye ishody pri tjazheloj prejeklamsii. Doklady akademii nauk respublikii Tadzhikistan. 2018;61(1):102-106. In Russian].
5. Шахбозова Н.А. Группы высокого и низкого риска развития гипертензивных расстройств при беременности. Российский кардиологический журнал. 2018;4:19-24 [Shahbozova N.A. Gruppy vysokogo i nizkogo riska razvitiya gipertenzivnyh rasstrojstv pri beremennosti. Rossijskij kardiologicheskiy zhurnal. 2018;4:19-24. In Russian].
6. Иванова О.Ю., Пономарева Н.А., Газазян М.Г., Великорецкая О.А. Возможности прогнозирования преэклампсии в первой половине беременности. Гинекология и эндокринология. 2017;7:33-37. [Ivanova O.Ju., Ponomareva N.A., Gazazjan M.G., Velikoreckaja O.A. Vozmozhnosti prognozirovaniya prejeklamsii v pervoj polovine beremennosti. Ginekologija Jendokrinologija. 2017;7:33-37. In Russian].
7. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. Committee opinion No. 623: emergent therapy for acute-onset, severe hypertension during pregnancy and the postpartum period. Obstet Gynecol. 2015;125(2):521-525.
8. Gulmiyyah L. Maternal mortality from preeclampsia/eclampsia. Semin. Perinatol. 2012;36:56-59.
9. Hypertensive Disorders in Pregnancy (HDP) Guideline Summary. NY State Department of Health. 2013;23.

ПРЕЭКЛАМПСИЯ БИЛАН ОФРИГАН БЕМОРЛАРДА ХАВФ ОМИЛЛАРИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Г.С. БАБАЖАНОВА, Н.М. ГАИПОВА

Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон

Мақсад. Ҳомиладорларда преэклампсия ривожланишида хавф омилларини баҳолаш мезонларини аниқлаш.

Материал ва усуслар. Тадқиқотимиз 19 дан 35 ёшгача бўлган 70 та ҳомиладорларни ўз ичига олган бўлиб, шулардан 48 таси (68,6%) енгил ва 22 таси (31,4%) эса оғир даражали преэклампсия билан оғриган. 1-гурух преэклампсия ривожланиш хавфи билан оғриган 30 та аёлдан иборат бўлиб, уларда ҳомиладорлик ва тутуруқ даврида клиник кузатув ўтказилди, 2-гурух – 25 та ҳомиладорда, уларда преэклампсия ривожланиш хавфи бор бўлган. Ушбу аёлларда клиник кузатувдан ташқари комбинирланган терапия ўтказилди ва 3-гурух эса – Соматик ва акушерлик патологиялари йўқ бўлган 15 та соғлом ҳомиладорлардан иборат бўлди.

Натижалар. Аниқландикى, физиологик кечувчи ҳомиладорликада адекват адаптациоң оналик гемодинамикаси шаклланиб, ҳомиланинг ривожланиши учун зарур бўлган талабларини қониқтиришга йўналтирилган бўлади. Трофобластнинг 2-ярим инвазиясида, зарбли ва минутли ҳажмнинг 16–19% га ошиши кузатилиб, шунингдек бир вақтнинг ўзида периферик қон томирлар қаршилик ҳажмининг 10,8% га пасайиши ва стабилсистолик ва диастолик АҚБ кўрсатикичларини ҳам кузатиш мумкин бўлди.

Хулоса. Ҳомиладорларда текширувларни ўз вақтида ўтказиш гипертензив бузилишларнинг олдини олади, ҳомила ҳолатини мониторинг қилиш ва гемостаз тизими фаолиятини кузатиш имконини беради. Бунда шуни ҳисобга олиш керакки, ҳар доим ҳам хавф омилининг йўқлиги преэклампсия йўқ дегани эмас. Шунинг учун кейинчалик ушбу қасалликнинг патогенетик маркерларини қидириш, талаб этиладиган муҳим ишлардан бири ҳисобланади.

Калим сўзлар: гипертензив бузилишлар, преэклампсия, хавф омиллари, ҳомиладорлик, туғуруқлар.

Сведения об авторах:

Бабажанова Гулжакан Саттаровна – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 Ташкентской медицинской академии.

Гаипова Наргиза Мансур кизи – магистр 2 года обучения кафедры акушерства и гинекологии №1 Ташкентской медицинской академии. Тел.: +998903193090.
E-mail:nargiz.yunusova99@gmail.com.

Поступила в редакцию: 17.04.2021

Information about authors:

Babajanova Guljaxan Sattarovna – DSI, Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology No. 1 of the Tashkent Medical Academy.

Gaipova Nargiza Mansur kizi – Resident of 2 years study of the Department of Obstetrics and Gynecology No. 1 of the Tashkent Medical Academy. Tel.: +998903193090.
E-mail:nargiz.yunusova99@gmail.com.

Поступила в редакцию: 17.04.2021