

УДК 618.3-06

Панченко В.А., Абдрахимова А.И., Андреев А.Е., Герасимова И.В.
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ
 Научный руководитель – д.м.н., профессор И.В. Сахаутдинова
 Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

В данной статье рассматриваются возможности ранней предикции тяжелой преэклампсии на основании данных акушерского и гинекологического анамнеза, а также соматических характеристик пациенток, что особенно важно в виду высокой распространенности данной патологии. Преэклампсия является акушерским заболеванием, которое поражает 2-8% беременных женщин и остается ведущей причиной материнской заболеваемости и смертности в мире. Раннее выявление факторов риска развития тяжелой ПЭ позволит проводить своевременную профилактику данной патологии и таким образом улучшить прогноз.

Ключевые слова: тяжелая преэклампсия, факторы риска, предикция, вспомогательные репродуктивные технологии (BPT).

Panchenko V.A., Abdrakhimova A.I., Andreev A.E., Gerasimova I.V.
RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF SEVERE PRE-ECLAMPSIA
 Scientific Advisor – Ph. D. Medicine, Full professor I.V. Sakhautdinova
 Bashkir State Medical University, Ufa

This article discusses the possibilities of early prediction of severe preeclampsia based on obstetric and gynecological history, as well as the somatic characteristics of patients, which is especially important in view of the high prevalence of this pathology. Preeclampsia is an obstetric disease that affects 2-8% of pregnant women and remains the leading cause of maternal morbidity and mortality worldwide. Early identification of risk factors for the development of severe PE will allow for timely prevention of this pathology and thus improve the prognosis.

Keywords: severe preeclampsia, risk factors, prediction, assisted reproductive technologies (ART).

На сегодняшний день преэклампсия (ПЭ) занимает одно из наиболее значимых мест среди проблем современного акушерства, поскольку она входит в ряд основных причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Так, частота развития ПЭ во время беременности составляет 2-8%, что является причиной около (15-10%) 70 000 случаев материнской смертности в год во всем мире [3,4]. Фактические данные свидетельствуют о том, что прием низких доз аспирина, начатый до 16 недели гестации, значительно снижает частоту развития преэклампсии. Поэтому важно выявлять беременных женщин с риском развития преэклампсии в течение первого триместра беременности, что позволит своевременно проводить терапевтическое вмешательство и снизить риск развития осложнений как у матери, так и у плода [5]. В связи с вышеизложенным сегодня уделяется большое внимание поиску факторов, позволяющих прогнозировать развитие преэклампсии.

Цель работы

Выявить основные ранние предикторы тяжелой преэклампсии для улучшения акушерских и перинатальных исходов.

Материал и методы исследования

Для достижения поставленных целей нами было произведено ретроспективное многоцентровое исследование «случай-контроль», в ходе которого проанализировано 588 карт ведения беременности и родов пациенток, находившихся на наблюдении на базе акушерских центров «Мать и Дитя». В ходе нашей работы мы использовали следующие методы исследования: лабораторные, клинические, инструментальные, а также статистические.

Результаты и обсуждения

Участницами нашего исследования являлись пациентки с одноплодной беременностью, наступившей как естественным путем, так и с использованием вспомогательных репродуктивных технологий. Критериями исключения послужили: наличие тяжелой соматической патологии, многоплодная беременность, генетические аномалии плода, выявленные в ходе первого перинатального скрининга на 11-13 неделях гестации. В ходе анализа из общего числа карт ведения беременности и родов, участвовавших в исследовании, была отобрана группа из 34 карт пациенток с тяжелой преэклампсией. Все участницы входили в возрастной диапазон от 31 до 40 лет. В зависимости от срока манифестации преэклампсии мы выделили две подгруппы пациенток: а) с ранней тяжелой преэклампсией, куда вошли 10 женщин; б) с поздней тяжелой преэклампсией (24 пациентки). В группу контроля вошли карты 66 женщин, беременность которых протекала без данной патологии [1].

У пациенток, участвовавших в исследовании, проводилась оценка соматического статуса, акушерско-гинекологического анамнеза, было проанализировано течение настоящей беременности, рассчитаны и изучены массо-ростовые показатели, в частности ИМТ, а также изучены показания к госпитализации в стационар, сроки и способы родоразрешения. Кроме того, отметим, что всем беременным в процессе динамического наблюдения был проведен весь перечень обязательных лабораторных анализов согласно действующему приказу МЗ РФ №1130. Также участницам нашего исследования мы провели комбинированный перинатальный скрининг и рассчитали риск развития ПЭ в соответствии с алгоритмом, предложенным L.C. Рооп и соавторами (2009) [2]. В ходе нашей работы в группе беременных с ранней тяжелой преэклампсией (10 пациенток) у всех участниц исследования были выявлены показатели АД, превышающие 160/100 мм.рт.ст., а в группе «б» (поздняя тяжелая ПЭ) подъем артериального давления выше данных цифр был зарегистрирован лишь у 20 из 24 участниц (83,33%); у остальных 3 женщин подъем АД наблюдался в пределах, не превышающих значений, равных 160/100 мм рт. ст., у одной пациентки (4,17%) зарегистрировано – АД до 140/90 мм рт. ст. Таким образом, на основании полученных результатов можно предположить, что фактически прямая зависимость тяжести ПЭ от уровня

АД (степени артериальной гипертензии) отсутствует, однако числовые параметры артериального давления могут быть использованы в качестве фактора риска развития тяжелой преэклампсии.

Помимо оценки наличия и степени артериальной гипертензии нами были проведены измерения антропометрических показателей беременных, в результате анализа которых статистически значимых различий в исследуемых группах выявлено не было. Однако стоит отметить, что в выборке «б» среднее значение индекса Кетле (ИМТ) было больше, чем в группах «а» и «контроль» и равнялось 23,40 кг/м², что близко к верхней границе диапазона нормальных значений. Таким образом, мы видим, что стоит уделять особое внимание не только пациенткам с ожирением, но и женщинам с пограничными значениями индекса массы тела. Кроме того, в ходе изучения акушерско-гинекологического анамнеза участниц не было выявлено корреляции между числом предыдущих беременностей и родов в анамнезе и фактом развития ПЭ в ходе текущей беременности. Отметим, что у пациенток, входящих в группу «б» отмечался высокий процент преждевременных родов в анамнезе (20,83%), а также неразвивающаяся беременность (87,5%), тогда как в группе «а» - последняя обнаружилась в 20,0% случаев. Преждевременных родов у пациенток с ранней тяжелой ПЭ обнаружено не было.

Стоит отметить, что к наиболее важным факторам риска развития ПЭ относится уже ранее перенесенная преэклампсия в анамнезе: в группе «а» выявлено 30,0% случаев, в «б» - 25,0%, в то время как в группе «контроль» лишь 3,03%.

Помимо вышеизложенного мы также проанализировали частоту осложнения беременности тяжелой преэклампсией при использовании ВРТ. В ходе исследования было выяснено, что в группе «а» 50% женщин прибегали к экстракорпоральному оплодотворению (ЭКО), среди пациенток с поздней тяжелой ПЭ бесплодие было выявлено в 29,17% случаев. Данные показатели значительно превышают таковые в группе «контроль».

Среди прочего отмечается прямая корреляция между наличием хронического эндометрита, гестационного сахарного диабета (ГСД) и возникновением поздней тяжелой преэклампсии. Нами также производился анализ прибавки веса во время беременности к 30 неделе гестации. Наименьшая прибавка в весе была выявлена в группе «б», а наибольшая – в группе здоровых пациенток.

Что касается биохимических маркеров, оцениваемых во время 1 скрининга, а именно: ХГЧ, РАРР-А, РІGF, результаты, полученные в группах с развитием тяжелой преэклампсии (как ранней, так и поздней), не имели существенных отличий от результатов из группы контроля, а следовательно не несут диагностической значимости как предикторы развития

тяжелой преэклампсии. Такие же результаты мы получили при оценке пульсационного индекса маточных артерий (ПИА).

Заключение и выводы

Таким образом, на основании полученных данных мы можем прийти к выводу о том, что для российской популяции целесообразно пользоваться оценкой анамнестических и соматических характеристик, а также особенностей течения настоящей беременности. Предлагаемая нами методика прогнозирования тяжелой ПЭ имеет свое преимущество ввиду простоты получения необходимых данных, что также влияет на скорость предикции ПЭ, а следовательно, способствует проведению своевременной профилактики и улучшает прогноз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Герасимова И.В. Возможности прогнозирования развития преэклампсии в ранние сроки беременности: автореф...дис .кан. мед. наук. – Уфа: 2023. – 21с.
2. Герасимова И. В., Сахаутдинова И. В. Возможности прогнозирования развития преэклампсии в ранние сроки беременности //Медицинский вестник Башкортостана. – 2018. – Т. 13. – №. 5 (77). – С. 21-24.
3. Российское общество акушеров-гинекологов. Клинические рекомендации «Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде.». – 2021. – 79с.
4. Маайе М., Костантайн М. М. Профилактика преэклампсии // Семинары по фетальной и неонатальной медицине. – ВБ Сондерс, 2020. – Т. 25. – №. 5. – С. 101123.
5. Чамсайтонг П., Сахота Д. С., Пун Л. С. Скрининг и прогнозирование преэклампсии в первом триместре беременности // Американский журнал акушерства и гинекологии. – 2022. – Т. 226. – №. 2. – С. S1071-S1097. e2.

Сведения об авторах статьи:

1. **Панченко Валерия Алексеевна** – студентка 5 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, ул. Ленина 3. e-mail: Panchenko_Valeriya@mail.ru
2. **Абдрахимова Арина Ильдаровна** – студентка 5 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, ул. Ленина 3. e-mail: arinaildarovna@yandex.ru
3. **Андреев Александр Евгеньевич** – студент 5 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, ул. Ленина 3. e-mail: aleksandr050801@yandex.ru
4. **Герасимова Ирина Вениаминовна** – ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, ул. Ленина