

DOI 10.31718/2077-1096.20.1.106
 УДК 618.2/5:618.3-008.6-039.12-037

Ващенко В.Л., Ліхачов В.К., Тарановська О.О.

ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ЇЇ ЗАВЕРШЕННЯ У ЖІНОК ГРУПИ ВИСОКОГО РИЗИКУ ПО ВИНИКНЕННЮ ПРЕЕКЛАМПСІЇ

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Прееклампсія складає значну частку в структурі материнської і перинатальної захворюваності та смертності. Перинатальна смертність при тяжких формах прееклампсії складає 18-30%, а перинатальна захворюваність - 640-780%. Мета дослідження: Вивчити клінічну ефективність раннього прогнозування виникнення прееклампсії та вторинної профілактики цієї патології. Матеріали і методи дослідження. Вибір в групу ризику по розвитку прееклампсії проводився за ознакою зниження кровоплину в спіральних артеріях матки в області плацентарної площадки в 18-20 (+6 днів) тижнів вагітності. Було обстежено 30 здорових вагітних та 91 вагітна групи ризику по виникненню прееклампсії, з яких 32 вагітні відмовились від удосконаленої вторинної профілактики прееклампсії, а 59 вагітних отримували запропоновану нами вторинну профілактику прееклампсії (вітамін D3, метформін та корвітин). Збирали загальний та репродуктивний анамнез, проводили об'єктивне клінічне та лабораторне обстеження. Аналізували перебіг даної вагітності, перебіг і результати пологів, їх ускладнення, стан плодів та новонароджених. Результати дослідження. Зниження кровоплину в спіральних артеріях матки, які розташовані в області плацентарної площадки, під час другого УЗД-скринінгу в 18-20(+6 днів) тижнів вагітності є інформативною прогностичною ознакою високого ризику виникнення прееклампсії. У вагітних, які погодилися на проведення вторинної профілактики прееклампсії (вітамін D3, метформін, корвітин), порівняно з групою жінок, що від такої профілактики відмовились, менше виникали ускладнення вагітності (прееклампсія, затримка розвитку плода, дистрес плода та передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, передчасні пологи) та пологів (передчасне вилиття навколоплідних вод було в 2,6 рази рідше, слабкість пологової діяльності – в 1,8 рази, акушерські кровотечі – в 2,8 рази, асфіксія новонароджених виникла в 2,9 рази рідше, не народжувались глибоко недоношені діти з екстремально низькою вагою, а перинатальна смертність мала місце в 1,8 разів рідше).

Ключові слова : прееклампсія, прогноз, клініка, лікування.

Ініціативна НДР кафедри акушерства та гінекології №2 УМСА: «Роль хронічного інфікування матки та нижніх відділів статевих шляхів у формуванні акушерської та гінекологічної патології», номер держреєстрації 0117U005276, термін виконання 2017-2022 рік.

Вступ

На сьогоднішній день до найбільш загрозливих ускладнень вагітності, пологів та післяпологового періоду належить прееклампсія, яка складає значну частку в структурі материнської і перинатальної захворюваності та смертності [1,8,11]. Частота випадків прееклампсії, зареєстрованих в Україні за останні роки в популяції жінок репродуктивного віку, становить 7,0-16,6% [5,9,15].

Прееклампсія являє собою складний нейрогуморальний патофізіологічний процес, що проявляється різноманітними порушеннями у роботі центральної та периферичної нервової, серцево-судинної та ендокринної систем, а також порушенням обміну речовин, імунної відповіді та дисфункцією організму вагітної жінки у вигляді поліорганної і полісистемної недостатності [1,2,3,7,14]. Актуальність проблеми також обумовлена тяжкими наслідками ускладнень прееклампсії [5,8,10,11]: формуванням хронічних захворювань нирок, ендокринних розладів та гіпертонічної хвороби у жінок, вагітність яких ускладнилась прееклампсією.

До факторів ризику розвитку прееклампсії можна віднести вік жінки (до 17 та понад 35 років), ускладнений соматичний анамнез (гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, хвороби

нирок та печінки), багатоплідна вагітність, прееклампсії в анамнезі, низький рівень освіти та соціального забезпечення, особливо у поєднанні з дефіцитом маси тіла до вагітності та недостатнім збільшенням маси тіла протягом вагітності чи ожирінням, надмірні фізичні та психоемоційні навантаження, вплив навколишнього середовища, шкідливі звички (тютюнопаління, алкоголізм, наркоманія) [4,7,15].

Перинатальна смертність при тяжких формах прееклампсії складає 18-30%, а перинатальна захворюваність - 640-780%. Значно збільшується захворюваність неонатального та раннього дитячого віку. У 20% дітей, народжених від матерів з прееклампсією, при катамнестичному нагляді відмічаються порушення фізичного і психоемоційного розвитку [5,7,8,14].

Отримані дані обумовлюють доцільність та актуальність подальшого вивчення етіопатогенезу прееклампсії, вдосконалення розуміння механізмів розвитку даної акушерської патології та визначають потребу в розробці нових об'єктивних методик раннього формування груп вагітних високого ризику по прееклампсії, шляхів вторинної профілактики захворювання, які б дали можливість впровадити ефективну тактику ведення вагітних з прееклампсією, цілеспрямовано направлену на зниження показників материнської і перинатальної

захворюваності та смертності [3, 10, 13, 16].

Разом з тим, ми не знайшли досліджень, які б чітко показали достовірність методів раннього прогнозування прееклампсії та де були б запропоновані ефективні способи її профілактики.

Мета дослідження

Вивчити клінічну ефективність раннього прогнозування виникнення прееклампсії та вторинної профілактики цієї патології.

Матеріали і методи дослідження

Відбір жінок для дослідження проводився серед вагітних підвищеного ризику по виникненню прееклампсії: з ускладненим гінекологічним анамнезом (самовільні або штучні аборти перед першими пологами, порушення менструальної функції в ювенільному віці, хронічні запальні захворювання матки та додатків); ускладненим акушерським анамнезом (попередні перинатальні втрати, затримка розвитку плода, передчасні пологи, багатоплідна вагітність в анамнезі, прееклампсія при попередніх вагітностях); жінки молодого та старшого репродуктивного віку; наявність артеріальної гіпертензії; ожиріння; аномалії розвитку матки; затримка статевого розвитку в анамнезі; незбалансоване харчування. Об'єктивний відбір в дослідження в основну групу ризику по розвитку прееклампсії проводився за ознакою зниження кровоплину в спіральних артеріях матки в області плацентарної площадки в 18-20 (+6 днів) тижнів вагітності [16].

Всі обстежені жінки були розподілені на три клінічні групи:

– **контрольна група (здорові вагітні)** (30 осіб) з відсутністю факторів ризику виникнення прееклампсії, непорушеним кровотоком у спіральних артеріях матки в області плацентарної площадки в 18-20 (+6 днів) тижнів вагітності, у яких не було виявлено інфекції в цервікальному каналі;

– **основна група (ОГ) – 91** вагітна групи ризику по виникненню прееклампсії, з порушеним кровотоком у спіральних артеріях матки в області плацентарної площадки в 18-20 (+6 днів) тижнів вагітності без інфікування нижніх відділів статевих шляхів. Ця категорія вагітних була поділена на дві підгрупи:

ОГ-I - 32 вагітні, які відмовились від удосконаленої вторинної профілактики прееклампсії і тому отримували лікування згідно нормативним настановам (75 мг ацетилсаліцилової кислоти та 2 г кальцію в перерахунку на діючу речовину);

ОГ-II – 59 вагітних, які додатково до лікування згідно нормативним настановам отримували запропоновану нами вторинну профілактику прееклампсії (вітамін D3, метформін та корвітин [6, 12, 13]).

Клінічне обстеження жінок було проведено за допомогою загальноприйнятих методів. У всіх жінок збирали анамнез, дані менструальної та дітородної функції, соціального та родинного

статусу, особливу увагу приділяли використаним раніше методам контрацепції, перенесеним гінекологічним, загальним та інфекційним захворюванням, стану статевої сфери до настання вагітності; з'ясовували особливості перебігу та результати попередніх вагітностей і пологів.

Зріст визначали за допомогою ростоміра в сантиметрах, масу тіла – в кілограмах із застосуванням медичних ваг. Для оцінки ступеня надлишкової маси тіла визначали індекс маси тіла (ІМТ) за формулою: $IMT = \text{маса тіла (кг)} / \text{зріст (м)}^2$.

Проводили об'єктивне клінічне обстеження основних органів і систем, призначали загальноклінічне лабораторне дослідження (загальний аналіз крові та сечі, біохімічне дослідження крові, коагулограма, бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження виділень із піхви, цервікального каналу). Для виключення інфікування організму вагітних збудниками групи TORCH проводилось дослідження крові методом ІФА. За показаннями проводили УЗД внутрішніх статевих органів.

Аналізували перебіг даної вагітності, перебіг і результати пологів, їх ускладнення, стан плодів та новонароджених.

Отримані дані заносились в спеціально розроблені карти спостереження та оброблялись методами математичної статистики з розрахунком середніх вибірових значень (M), дисперсії (σ) та помилок середніх значень (m) у групах обстежених осіб [45]. Вірогідність відмінностей отриманих кількісних результатів для різних груп та для зв'язаних вибірок визначалася за допомогою t-критерію надійності Стьюдента (p). Відмінності вважали вірогідними при загальноприйнятій у медико-біологічних дослідженнях імовірності помилки $p < 0,05$. Для оцінки зв'язку між досліджуваними показниками проводили кореляційний аналіз з обчисленням коефіцієнта кореляції Пірсона (r) і подальшим визначенням його значущості за критерієм t. Статистичну обробку отриманих даних проводили на персональному комп'ютері з використанням стандартного пакету «Microsoft Excel» і пакету прикладних програм «Statistica for Windows» версія 10.0, StatSoftInc. (США) і SPSS-19 з використанням методів параметричної та непараметричної статистики, орієнтованих на аналіз біомедичних даних.

Результати дослідження та їх обговорення

У 91 вагітної основної групи (високого ризику виникнення прееклампсії, до розподілу її на дві підгрупи), порівняно із 30 жінками контрольної групи (здорові вагітні):

– виявлено зниження кровоплину в спіральних артеріях матки, які розташовані в області плацентарної площадки, під час другого УЗД-скринінгу в 18-20(+6 днів) тижнів вагітності в 1,4 разу, що є інформативною прогностичною ознакою високого ризику виникнення прееклампсії по мірі прогресування даної вагітності;

– в 2,9 рази частіше спостерігалась підвищена вага і ожиріння (в КГ було тільки 10,0% жінок з ожирінням I ступеня, а в основній групі ожиріння мали 28,6% жінок);

– в групі високого ризику по виникненню преєклампсії переважали жінки, які займаються розумовою працею (в основному, з вищою освітою);

– вагітні основної групи частіше, ніж здорові вагітні, мали ускладнений інфектологічний анамнез, захворювання соматичних органів, хронічні запальні процеси жіночих статевих органів в анамнезі;

– жінки основної групи переважали по показнику раннього та запізненого менархе (46,2% проти 36,7% у жінок контрольної групи);

– в анамнезі у жінок основної групи частіше спостерігався ускладнений акушерський анамнез (самовільні і штучні аборти, в тому числі аборти при першій вагітності).

Отже, в основній групі вагітних (в цілому, до розподілу її на дві підгрупи) порівняно із контрольною групою, зростала питома вага жінок з надмірною масою тіла; жінок, що займались розумовою працею; з пізнім менархе та порушеною менструальною функцією; з ускладненим інфектологічним анамнезом; частіше зустрічались екстрагенітальні захворювання та хронічні запальні процеси жіночих статевих органів. У жінок основної групи в акушерському анамнезі: мали місце аборти при першій вагітності, була вищою частота передчасних пологів, передчасного вилиття навколоплідних вод, кровотеч в послідовому та ранньому післяпологовому періодах; вищою була частота оперативних втручань в пологах, частіше спостерігалася асфіксія новонароджених, наявність дітей з екстремально низькою вагою, були випадки перинатальної смертності.

При порівнянні ускладнень вагітності по підгрупах основної групи обстежених було виявлено, що в ОГ-I в 43,8% випадків виникла преєклампсія, тоді як в ОГ-II цей показник становив 30,5% (в 1,4 рази менше). Причому перша маніфестація преєклампсії в ОГ-I у 92,9% жінок сталася до 30 тижнів вагітності, а у вагітних ОГ-II – в ці терміни маніфестувалось лише 27,8% преєклампсій (в 3,3 разів менше). Звертає на себе увагу, що в ОГ-I тяжка преєклампсія виникла у 5 жінок (28,6%), а в ОГ-II – тільки у 2 вагітних (11,1%), тобто, в 2,6 рази менше.

Із інших суттєвих ускладнень вагітності в ОГ-I у 3 жінок (9,4%) виникла затримка розвитку плода, у 7 жінок (21,9%) – дистрес плода під час вагітності, у однієї вагітної (3,1%) – передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. У жінок ОГ-II затримка розвитку плода сталась у 2 жінок (3,4%), а дистрес плода під час вагітності виник у 3 жінок (5,1%). Тобто, у вагітних ОГ-I частіше виникала преєклампсія, яка маніфестувалась раніше і мала більш тяжкий перебіг, ніж у жінок ОГ-II. Також в ОГ-I під час ва-

гітності частіше виникали інші ускладнення (затримка розвитку плода, дистрес плода та передчасне відшарування нормально розташованої плаценти).

При аналізі терміну пологів виявлено, що в ОГ-I тільки 46,9% жінок народили своєчасно (у жінок ОГ-II цей показник склав 76,3%, при 93,4% у здорових вагітних). Відповідно, в ОГ-I зростає питома вага передчасних пологів (53,1%, проти 23,7% в ОГ-II, при 6,6% в КГ), тобто, цей показник в ОГ-I був в 2,2 рази вищий за показник в ОГ-II. Крім того, в ОГ-I п'ять жінок (29,4%) народили до 28 тижнів глибоко недоношених дітей з екстремально низькою вагою, в той час як в ОГ-II в такому терміні не народилася ні одна дитина; переважна кількість недоношених дітей в цій групі з'явилась на світ в 35-36 тижнів.

В ОГ-I спостерігалась висока частота ускладнень пологів: передчасне вилиття навколоплідних вод мало місце у 21,9% жінок; слабкість пологової діяльності – у 25,0% роділь; акушерські кровотечі сталися у 9,4% жінок; асфіксія новонароджених виникла у 28,1% пацієнток. Перинатальна смертність відбулась у 2 породіль (62,5‰) цієї групи. Аналогічні ускладнення в ОГ-II спостерігались в 2,6 рази, 1,8 рази, 2,8 рази, 2,9 рази рідкісніше, а перинатальна смертність була в 1,8 разів менша (33,9‰).

При аналізі оперативних втручань виявлено, що кесарів розтин в ОГ-I виконувався в 1,7 разів частіше, а епізіотомія та ручне відокремлення плаценти і обстеження порожнини матки – в 1,8 рази частіше, ніж в ОГ-II.

Серед народжених дітей в ОГ-I тільки 68,7% дітей народились без асфіксії (а в ОГ-II – 93,2%). Відповідно, в ОГ-I 31,3% дітей були народжені в асфіксії, причому 12,5% - в тяжкій асфіксії, тоді як в ОГ-II в асфіксії народилось в 4 рази менше дітей (6,8%), причому всі вони були в стані легкої асфіксії.

З вагою, меншою 1000 грамів в ОГ-I народилося 4 дітей (12,5%), а в ОГ-II з такою екстремально низькою вагою – ні однієї дитини. З вагою, меншою 2500 грамів в ОГ-I народилось в цілому 14 дітей (43,8%), тоді як в ОГ-II – 12 дітей (20,4%), що в 2,1 разів менше, ніж в ОГ-I.

При аналізі особливостей перебігу вагітності та пологів по підгрупах основної групи обстежених, в ОГ-I (вагітні групи високого ризику по виникненню преєклампсії, які відмовились від запропонованого профілактичного лікування) в порівнянні з ОГ-II (вагітні, що приймали метформін, корвітин та вітамін Д3 для вторинної профілактики виникнення преєклампсії) виявились наступні відмінності:

– у вагітних ОГ-I в 1,4 рази частіше виникала преєклампсія, яка маніфестувалась раніше і мала більш тяжкий перебіг (тяжка преєклампсія виникала у них в 2,6 рази частіше), ніж у жінок ОГ-II;

– в ОГ-I під час вагітності частіше виникали інші ускладнення (затримка розвитку плода, дис-

трес плода та передчасне відшарування нормально розташованої плаценти);

– в ОГ-I також спостерігалась висока питома вага передчасних пологів (53,1%, проти 23,7% в ОГ-II, при 3,3% в КГ), тобто, цей показник в ОГ-I був в 2,2 рази вищий за показник в ОГ-II. Крім того, в ОГ-I 5 жінок (15,6%) народили до 28 тижнів глибоко недоношених дітей з екстремально низькою вагою, в той час як в ОГ-II в такому терміні не народилася ні одна дитина; переважна кількість недоношених дітей в ОГ-II з'явилась на світ в 35-36 тижнів;

– в ОГ-I порівняно із жінками ОГ-II спостерігалась більш висока частота ускладнень пологів: передчасне вилиття навколоплідних вод було в 2,6 рази частіше, слабкість пологової діяльності – в 1,8 рази, акушерські кровотечі – в 2,8 рази, асфіксія новонароджених виникла в 2,9 рази частіше;

– перинатальна смертність в ОГ-I відбулась в 1,8 разів частіше, ніж у жінок ОГ-II (62,5% проти 33,9%);

– кесарів розтин в ОГ-I виконувався в 1,7 разів частіше, ніж в ОГ-II;

– в ОГ-I в асфіксії народилось в 4 рази більше дітей, ніж в ОГ-II (31,3% проти 6,8%);

– з вагою, меншою 2500 грамів, в ОГ-I народилось 14 дітей (43,8%), тоді як в ОГ-II – 12 дітей (20,4%), що в 2,1 рази менше, ніж в ОГ-I.

Висновки

1. Виявлення факту зниження кровоплину в спіральних артеріях матки, які розташовані в області плацентарної площадки, під час другого УЗД-скрінингу в 18-20(+6 днів) тижнів вагітності є інформативною прогностичною ознакою високого ризику виникнення прееклампсії по мірі прогресування даної вагітності.

2. В групі вагітних високого ризику виникнення прееклампсії порівняно із контрольною групою була вищою питома вага жінок з надмірною масою тіла; жінок, що займались розумовою працею; з пізнім менархе та порушеною менструальною функцією; з ускладненим інфектологічним анамнезом; частіше зустрічались екстрагенітальні захворювання; в акушерському анамнезі у них мали місце аборти при першій вагітності, була вищою частота передчасних пологів, передчасного вилиття навколоплідних вод, кровотеч в послідовому та ранньому післяпологовому періодах, частіше спостерігалася асфіксія новонароджених, були випадки перинатальної смертності.

3. У вагітних, які погодились на проведення вторинної профілактики прееклампсії (вітД3, метформін, корвітин), порівняно з групою жінок, що від такої профілактики відмовились, значно рідкісніше виникали ускладнення вагітності (прееклампсія, затримка розвитку плода, дистрес плода та передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, передчасні пологи) та пологів (передчасне вилиття навколоплідних вод

було в 2,6 рази рідше, слабкість пологової діяльності – в 1,8 рази, акушерські кровотечі – в 2,8 рази, асфіксія новонароджених виникла в 2,9 рази рідше, не народжувались глибоко недоношені діти з екстремально низькою вагою, а перинатальна смертність мала місце в 1,8 разів рідше).

Література

1. Humenna IYe. Perspektivy klinichnoy diahnostryky i likuvannya endotelial'noy dysfunktsiyi u vahitnykh z arterial'noy hipertenziyeyu. [Prospects for clinical diagnosis and treatment of endothelial dysfunction in pregnant women with hypertension]. Aktual'ni pytannya pediatriyi, akusherstva ta hinekolojiyi. 2018; 1: 66-71. (Ukrainian).
2. Drannik HM, Pryluts'kyy OS, Bazhora YUI. Klinichna imunolohiya ta alerholohiya. [Clinical immunology and allergology] K.: Zdorov'ya, 2006. 888p. (Ukrainian).
3. Ivanets TYu. Diagnosticheskaya znachimost' opredeleniya platsentarnogo faktora rosta i rastvorimoy FMS-podobnoy tirozinkinazy-1 v kachestve markerov preeklampsii. [Diagnostic significance of the determination of placental growth factor and soluble FMS-like tyrosine kinase-1 as markers of preeclampsia] Problemy reproduktivnoy. 2015; 4(21): 129-133. (Russian).
4. Barkov's'kyy DYE. Neyroimmunoendokrynni markery prohnozuvannya preeklampsiyi. [Neuroimmunoendocrine markers for predicting preeclampsia] Oryhinal'ni doslidzhennya. 2018; 3(44): 302-8. (Ukrainian).
5. Bernadiner OA. Korektsiya arterial'noy hipertenziyi u vahitnykh ta porodil' z preeklampsiyeyu vazhkocho stupenya. [Correction of hypertension in pregnant women and women with severe preeclampsia] DZ "Dnipropetr. med. akad. MOZ Ukrayiny"; Dnipropetrovs'k, 2015. 20. (Ukrainian).
6. Borodich TC. Vliyaniye metformina v prenatal'nom periode. [Influence of metformin in the prenatal period] Ozhireniye i metabolizm. 2015;12(1):66-71. (Russian).
7. Veropotvelyan PN, Veropotvelyan NP, Smorodskaya YEP. Sovremennyye podkhody k diagnostike preeklampsii. [Modern approaches to the diagnosis of preeclampsia] Zdorov'ye zhenshchiny. 2013; 8 (84): 79-82. (Ukrainian).
8. Vsemirnaya organizatsiya zdravookhraneniya. Mirovaya statistika zdravookhraneniya 2013. [World Health Organization. World Health Statistics 2013] World Health Organization. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/r/ru/.
9. Hryshchenko OV, Lakhno IV. Menedzhment vahitnykh iz preeklampsiyeyu z pozytsiy akushers'koyi hemostaziolohiyi. [Management of pregnant women with preeclampsia from the standpoint of obstetric hemostasis] Reproduktyvna endokrinologiya. 2016; 5: 80-4. (Ukrainian).
10. Davydova YUV. Perinatal'nyy menedzhment pri preeklampsii s pozytsiy upravleniya riskami. [Perinatal management in preeclampsia from risk management positions] Reproduktyvna endokrinologiya. 2014; 4(18): 72-73. (Ukrainian).
11. Kan NE, Bednyagin LA, Dolgushina NV, Tyutyunnik VL, Khovkhaiyeva PA, Sergunina OA, i dr. Kliniko-anamnesticheskiye faktory riska razvitiya preeklampsii u beremennykh [Clinical and anamnestic risk factors for preeclampsia in pregnant women] Akusherstvo i ginekologiya. 2016; 6:39-44. (Russian).
12. Kondrat'yeva LV, Ivanova LP. Metformin v terapii metabolicheskikh narusheniy:glykemicheskoye i neglykemicheskoye efekty. [Metformin in the treatment of metabolic disorders: glycemic and non-glycemic effects] Endokrinologiya: novosti, mneniya, obucheniye. 2017; 2: 22-7. (Russian).
13. Kon'kov DH, Bulavenko OV, Dudnyk VM, Buran VV. Suchasni aspekty patohenetichno obumovlenoyi profilaktyky preeklampsiyi. [Current aspects of pathogenetically induced preeclampsia prevention] Perynatolohyya y pedyatrya. 2016; 1: 46-50. (Ukrainian).
14. Likhachev VK. Prakticheskoye akusherstvo s neotlozhnyimi sostoyaniyami. [Practical obstetrics with urgent conditions] M.:OOO «Meditsinskoye informatsionnoye aginstvo», 2010. 720p. (Russian).
15. Likhachov VK, Dobrovols'ka LM, Semenyuk LM, Yaremchuk LV. Akusherstvo i hinekolojiya: Praktykum.[Obstetrics and Gynecology: A Workshop]. Poltava:Dyvosvit, 2014. 200p. (Ukrainian).
16. Likhachov VK, Taranov's'ka OO, Dobrovols'ka LM, Vashchenko VL. Patent na korysnu model' 132404. Sposib doklinichnoho prohnozuvannya preeklampsiyi za rivnem preplatsentarnoho krovotoku. Vyschyy derzhavnyy navchal'nyy zaklad Ukrayiny «Ukrayins'ka medychna stomatolohichna akademiya». [Utility model patent 132404. A method for the preclinical prediction of preeclampsia on the level of pre-placental blood flow]. 25.02.2019, Byul.№4. (Ukrainian).

Реферат

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕЕ ИСХОД У ЖЕНЩИН ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА ПО ВОЗНИКНОВЕНИЮ ПРЕЕКЛАМПСИИ
Вашченко В.Л., Лихачев В.К., Тарановская Е.А.

Ключевые слова: преэклампсия, прогноз, клиника, лечение.

Вступление. Преэклампсия составляет существенную часть в структуре материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Перинатальная смертность при тяжелых формах преэклампсии составляет 18-30%, а перинатальная заболеваемость – 640-78%. Цель исследования. Изучить клиническую эффективность раннего прогнозирования возникновения преэклампсии и вторичной профилактики этой патологии. Материалы и методы исследования. Отбор в группу риска по развитию преэклампсии проводился по признаку снижения кровотока в спиральных артериях матки в области плацентарной площадки в сроке 18-20 (+6 дней) недель беременности. Было обследовано 30 здоровых беременных и 91 беременную группы высокого риска по возникновению преэклампсии, из которых 32 беременные отказались от усовершенствованной вторичной профилактики преэклампсии, а 59 беременных получили предложенную нами вторичную профилактику преэклампсии (витамин D3, метформин и корвитин). Собирали общий и репродуктивный анамнез, проводили объективное клиническое и лабораторное обследование. Анализировали течение настоящей беременности, течение и результат родов, их осложнения, состояние плодов и новорожденных. Результаты исследования. Снижение кровотока в спиральных артериях матки, расположенных в области плацентарной площадки во время второго УЗИ-скрининга в сроке 10-20 (+6 дней) недель беременности является информативным прогностическим признаком высокого риска возникновения преэклампсии. У беременных, согласившихся на проведение вторичной профилактики преэклампсии (витамин D3, метформин, корвитин), в сравнении с группой женщин, которые от такой профилактики отказались, меньше возникали осложнения беременности (преэклампсия, задержка развития плода, дистресс плода и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, преждевременные роды) и родов (преждевременное излитие околоплодных вод было отмечено в 2,6 раза реже, слабость родовой деятельности – в 1,8 раза, акушерские кровотечения – в 2,8 раз, асфиксия новорожденного возникла в 2,9 раз реже, не рождались глубоко недоношенные дети с экстремально низкой массой тела, а перинатальная смертность имела место в 1,8 раза случаев реже).

Summary

COURSE PREGNANCY AND ITS OUTCOME IN WOMEN AT THE HIGH RISK GROUP FOR PREECLAMPSIA

Vashchenko V.L., Likhachev V.K., Taranovska O.O.

Key words: preeclampsia, prognosis, clinical presentation, treatment.

Introduction. Preeclampsia constitutes a significant proportion of maternal and prenatal morbidity and mortality. The rate of prenatal mortality in severe preeclampsia is 18-30 %, and for prenatal morbidity it is 640-780 %. The aim of the research was to study the clinical efficacy of early prognosis of preeclampsia and secondary prevention of this pathology. Materials and methods. Selection of the subjects at the risk group for the development of preeclampsia was performed on the basis of reduced blood flow in the spiral arteries of the uterus in the area of the placental site at 18-20 (+6 days) weeks of pregnancy. 30 healthy pregnant women and 91 pregnant women at risk for preeclampsia were examined; 32 pregnant women with the risk for preeclampsia refused advanced secondary prevention of preeclampsia, 59 pregnant women received the secondary prevention of preeclampsia (vitamin D3, metformin and corvitin) we proposed. We collected data on general and reproductive history, conducted objective clinical and laboratory examination, analyzed the course of the present pregnancy, the course and outcome of childbirth, their complications, the condition of the fetuses and newborns. Results. Reduced blood flow in the spiral arteries of the uterus located in the area of the placental site during the second ultrasound screening at 18-20 (+6 days) weeks of pregnancy is an informative prognostic sign of a high risk for preeclampsia. Pregnant women who consented to the secondary prevention of preeclampsia (vitamin D3, metformin, corvitin) as compared with the group of women who refused such prevention had fewer complications of pregnancy (preeclampsia, delayed foetal development, foetal distress and premature placental abruption, preterm birth) and childbirth (premature bursting of amniotic fluid was in 2.6 times less frequent, poor uterine contraction strength – in 1.8 times less, obstetric bleeding – in 2.8 times less, neonatal asphyxia – in 2.9 times less, no preterm infants with extremely low birth weight, intrauterine mortality occurred in 1.8 times less frequent).