

УДК 616.8-009.24-02:618.7-07

**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ  
ПАЦИЕНТОК С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ**

*Рулёва Е. С.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. А. Эйныш**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

***Введение***

Тяжелая преэклампсия (ПЭ) остается одной из основных причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Использование критериев АСОГ позволяет выделить две степени ПЭ, что облегчает выбор стратегии ведения беременности [1]. Однако часто ПЭ возникает на фоне имеющейся до беременности соматической патологии, что затрудняет определение степени тяжести заболевания. Кроме того, сочетанные формы ПЭ на фоне экстрагенитальной патологии плохо поддаются медикаментозной коррекции и часто становятся показанием для досрочного родоразрешения. Досрочное родоразрешение увеличивает количество преждевременных оперативных родов и количество недоношенных новорожденных [2, 3].

***Цель***

Изучить критерии диагностики тяжелой формы ПЭ, особенности родоразрешения пациенток.

***Материал и методы исследования***

Проведено ретроспективное исследование 35 историй родов, полученных методом сплошной выборки у пациенток с тяжелой формой ПЭ, родоразрешённых в УЗ «ГТКБ № 2» и «ГТКБ № 3» с января 2015 г. по ноябрь 2018 г. Были изучены клинические данные, результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, которыми руководствовались в выставлении диагноза «тяжелая ПЭ». Статистическая обработка данных проводилась с использованием стандартного пакета прикладных статистических программ «Statistica» 10.0. Результаты представлены в виде медианы (Me), 25 и 75 перцентилей. Для характеристики частоты изучаемых признаков использовались доли (%). Сравнения полученных результатов проведено с помощью критерия  $\chi^2$  с поправкой Йетса. Статистически значимыми считались результаты при  $p < 0,05$ .

***Результаты исследования и их обсуждение***

При определении степени тяжести ПЭ были выявлены 12 пациенток, 34,3 % (1-я группа), у которых были соблюдены основные критерии степени тяжести ПЭ по АСОГ и 23 пациентки, 65,7 % (2-я группа), у которых данные критерии были соблюдены частично, но присутствовали дополнительные симптомы тяжелой ПЭ. У всех пациенток 1-й группы присутствовали 2 основных критерия тяжелой ПЭ: АД 160/110 и выше мм рт. ст. при 2 последовательных измерениях с разницей во времени не менее 4 часов или АД выше 180/120 мм рт. ст., выявленное однократно при госпитализации пациенток, и уровень протеинурии в суточной моче более 3 г/л. Медиана систолического артериального давления (САД) в 1-й группе составила 170 (160, 180) мм рт. ст., во 2-й группе — 150 (150, 160) мм рт. ст.; медиана диастолического артериального давления (ДАД) в 1-й группе — 110 (110, 120) мм рт. ст., во 2-й — 100 (100, 110) мм рт. ст.; в 1-й группе медиана протеинурии равна 3,3 (3,1; 3,7) г/л, во 2 группе — 0,48 (0,3; 0,9) г/л. Из дополнительных критериев определения степени тяжести ПЭ неврологическая симптоматика наблюдалась у всех (100 %) пациенток 1-й группы: головная боль и боль в затылке у 9 (75 %), головокружение у 5 (41,7 %), мелькание «мушек» перед глазами у 3 (25 %) пациенток,

во 2-й группе — у 1 (4,3 %) пациентки и была представлена мельканием «мушек» перед глазами. Олигурия менее 400 мл/сут была выявлена у 12 (100 %) пациенток 1-й группы и у 2 (8,7 %) пациенток 2-й группы. В 1-й группе уровень тромбоцитов ниже  $100 \times 10^9/\text{л}$  наблюдался у 12 (100 %) пациенток и составил  $94 (88,98) \times 10^9/\text{л}$ , во 2-й группе уровень тромбоцитов был в пределах нормы. Уровень креатинина  $> 90$  мкмоль/л наблюдался у 12 (100 %) пациенток 1-й группы и составил 105,5 (95,5; 121,3) мкмоль/л и у 3 (13,04 %) пациенток 2-й группы и составил 100 (99, 116) мкмоль/л. Из проявлений плацентарной недостаточности было выявлено наличие СЗРП 1 степени — у 4 (33,3 %) пациенток 1-й группы и у 5 (21,7 %) пациенток 2-й группы; СЗРП 2 степени — у 1 (8,3 %) пациентки 1-й группы и у 1 (4,3 %) пациентки 2-й группы.

Частота соматической патологии, влияющей на степень выраженности симптомов ПЭ, в 1-й группе составила 8 (66,7 %) случаев: хроническая артериальная гипертензия — у 6 (50 %); заболевания почек (киста, нефроптоз) — у 2 (16,7 %) пациенток. Во 2-й группе соматическая патология была выявлена у 16 (69,5 %) пациенток: хроническая АГ — у 8 (34,8 %); заболевания почек (хронический пиелонефрит, киста почки, нефроптоз, хронический цистит, мочекаменная болезнь) встречались у 6 (26,1 %) пациенток. Также выявлены пациентки, у которых одновременно встречались хроническая АГ и заболевания почек. Их количество в 1-й группе — 2 (16,7 %), во 2-й группе — 5 (21,7 %).

Срок госпитализации пациенток 1-й группы составил 35 (34; 36,3) недель, 2-й группы — 36 (35,38) недель. Максимальная продолжительность лечения до родоразрешения составила 24 часа, большинство пациенток родоразрешены после стабилизации состояния. Досрочное родоразрешение в 1-й группе (до 37 недель) было проведено 9 (75 %) пациенткам, во 2-й — 13 (56,3 %) пациенткам, в том числе до 34 недель 2 (16,7 %) пациенткам 1-й группы и 2 (8,7 %) пациенткам 2-й группы. У остальных пациенток роды произошли при доношенной беременности.

В 1-й группе родоразрешение всех ( $N = 12$ ) пациенток осуществлялось путем операции кесарева сечения. Показаниями к оперативному родоразрешению явились: тяжелая ПЭ в сочетании с оперированной маткой — у 9 (75 %), в сочетании с нарушениями состояния плода — у 3 (25 %) пациенток. Во 2-й группе родоразрешение путем операции кесарева сечения осуществлялось 15 (65,2 %) пациенткам,  $\chi^2 = 3,62$ ,  $p = 0,05$ . Показаниями к оперативному родоразрешению явились: оперированная матка — у 13 (56,5 %); срок беременности менее 34 недель, нарушения состояния плода — у 2 (8,7 %) пациенток.

### **Выводы**

1. При определении клинической формы ПЭ у 34,3 % пациенток были соблюдены основные критерии тяжести по АСОГ (высокая гипертензия и протеинурия), у 65,7 % пациенток данные критерии были соблюдены частично, но присутствовали дополнительные симптомы тяжелой ПЭ.

2. Высокая частота соматической патологии (68,5 %) у пациенток с тяжелой формой ПЭ (хроническая АГ — 40 %, заболевания почек — 22,9 %, сочетание данных заболеваний у 20 % пациенток) позволяет предположить, что отсутствие их стойкой компенсации во время беременности приводит к появлению симптомов ПЭ на более ранних сроках гестации.

3. Тяжелая ПЭ привела к досрочному родоразрешению пациенток в 62,9 % случаев. Родоразрешение пациенток с тяжелой ПЭ выполнялось преимущественно путем операции кесарева сечения (77,1 %).

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Барановская, Е. И. Гипертензия у беременных и преэклампсия / Е. И. Барановская // Медицинские новости. — 2017. — № 6. — С. 4–7.
2. Барановская, Е. И. Особенности фетоплацентарного комплекса у женщин с артериальной гипертензией / Е. И. Барановская, О. А. Лосицкая, А. С. Софонова // Здравоохранение. — 2016. — № 2. — С. 26–30.
3. Особенности состояния центральной гемодинамики и гемостаза у беременных с преэклампсией / Г. С. Столяров [и др.] // Современные проблемы науки и образования. — 2018. — № 3. — [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=27712>. — Дата доступа: 23.01.2019.