

ЛИТЕРАТУРА

1. Francica, G. Reliable clinical and sonographic findings in the diagnosis of abdominal wall endometriosis near cesarean section scar / G. Francica // World J Radiol. — 2012. — Vol. 4, № 4. — P. 135–140.
2. Cesarean section scar endometrioma: A case report and review of the literature / M. Kocher [et al.] // Journal of Radiology Case Reports. — 2017. — Vol. 11, № 12. — P. 16–26.
3. Диагностика и лечение эндометриоза послеоперационного рубца / А. Р. Плоцкий [и др.] // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. — 2017. — Т. 7, № 6. — С. 1204–1210.
4. Endometriosis of postoperative scar: A report of five cases and short review of literature / A. Plotski [et al.] // Archives of Perinatal Medicine. — 2013. — Vol. 19, № 4. — P. 229–232.

УДК 618.3-06:616.8

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Эйныш Е. А., Рулёва Е. С.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Тяжелая преэклампсия (ПЭ) является одной из основных причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности [1]. Использование диагностических критериев АСОГ (American College of Obstetricians and Gynecologist) позволяет выделить две степени ПЭ, что облегчает выбор стратегии ведения беременности. Однако часто ПЭ возникает на фоне имеющейся до беременности хронической соматической патологии, что затрудняет определение степени тяжести заболевания, приводит к запоздалой диагностике тяжелой формы ПЭ. Кроме того, любые формы ПЭ на фоне экстрагенитальной патологии при отсутствии ее систематического лечения хуже поддаются медикаментозной коррекции и часто становятся показанием для досрочного родоразрешения, увеличивая количество преждевременных оперативных родов и количество недоношенных новорожденных [1, 2, 3].

Цель

Выявить наиболее частые анамнестические факторы, осложняющие диагностику тяжелой ПЭ, изучить диагностическую ценность основных симптомов данного осложнения и исходы лечения тяжелой ПЭ.

Материал и методы исследования

Проведено ретроспективное исследование 35 историй родов, полученных методом сплошной выборки у пациенток с тяжелой формой ПЭ согласно критериям АСОГ (группа 1), родоразрешенных в УЗ «ГГКБ № 2» и «ГГКБ № 3» с января 2015 по ноябрь 2018 гг. В исследование включались пациентки с повторными родами и одноплодной беременностью. Были изучены клинические данные, результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, которыми руководствовались в выставлении диагноза «тяжелая ПЭ». Для выявления факторов риска развития тяжелой ПЭ были проанализированы клинико-анамнестические данные у 30 пациенток без ПЭ (группа 2). 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 которых проведено с помощью критерия χ^2 с поправкой Йетса. Количественные различия оценивались с помощью критерия Манна — Уитни (U). Статистически значимыми считались результаты при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Наиболее значимыми соматическими заболеваниями, влияющими на тяжесть клинических проявлений ПЭ, являлись хроническая артериальная гипертензия у 14 (40 %) па-

циенток 1 группы против 2 (6,7 %), пациенток 2 группы, $p = 0,004$; заболевания почек (хронический пиелонефрит, киста почки, нефроптоз, хронический цистит, мочекаменная болезнь) у 9 (25,7 %) против 1 (3,3 %) пациентки, $p = 0,03$.

Основными анамнестическими предикторами, патогенетически связанными с ПЭ при настоящей беременности, являлись: отягощенный оперативным родоразрешением акушерский анамнез (22, 62,9 %) против (8, 26,7 %), $p = 0,008$ и невынашивание беременности у 6 (17,1 %) пациенток, $p = 0,05$. Предыдущие роды путем операции кесарева сечения выполнялись по поводу тяжелой ПЭ у 9 (25,7 %) пациенток, $p = 0,08$; или субкомпенсации хронической плацентарной недостаточности у 12 (34,2 %) пациенток, $p = 0,01$. Во 2-й группе кесарево сечение выполнялось по другим показаниям.

При определении степени тяжести ПЭ были выявлены 12 (34,3 %) пациенток, у которых были соблюдены основные критерии тяжелой ПЭ (гипертензия и протеинурия) и 23 (65,7 %) пациентки, $p = 0,02$, у которых основные критерии были соблюдены частично, но присутствовали дополнительные диагностические критерии мультисистемной дисфункции. Частота соматической патологии, влияющей на степень выраженности симптомов ПЭ, в данных группах пациенток была одинаковой и составила 8 (66,7 %) и 16 (69,5 %) случаев соответственно.

Систолическое артериальное давление (САД) в 1-й группе составило 160 мм рт. ст. (150, 160), диастолическое (ДАД) 110 (100, 110). САД ≥ 160 мм рт. ст. в 1-й группе наблюдалось у 21 (60 %), ДАД ≥ 110 мм рт. ст. — у 18 (51,4 %) пациенток. Медиана среднего АД составила 120 мм рт. ст. (116,7; 126,7). Медианы САД и ДАД у пациенток с основными критериями тяжелой ПЭ составили 170 (160, 180) и 110 (110, 120) мм рт. ст. против 150 (150, 160) и 100 (100, 110) мм рт. ст. у пациенток с дополнительными диагностическими критериями. Срок беременности, при котором зафиксировано первое повышение АД у пациенток 1 группы, составил 34 (32, 35) недели. Во 2-й группе повышение САД и ДАД не наблюдалось, медианы составили 120 (110, 120) и 75 (70, 80) мм рт. ст., $p = 0,001$.

Суточная протеинурия в 1-й группе составила 0,98 (0,4; 3,1) г/л. Суточная протеинурия более 3 г/л в 1-й группе наблюдалась у 13 (37,1 %) пациенток и составила 3,4 (3,1; 3,8) г/л, $p = 0,04$. В группе пациенток с дополнительными диагностическими критериями тяжелой ПЭ суточная протеинурия составила 0,48 (0,3; 0,9) г/л. Первое появление белка в моче наблюдалось на сроке 35 (34, 37) недель гестации. Незначительная протеинурия во 2-й группе была выявлена у 4 (13,3 %) пациенток и составила 0,1 (0,1; 0,2) г/л.

Неврологическая симптоматика у пациенток 1-й группы и была представлена головной болью и болью в затылке у 11 (31,4 %), головокружением у 5 (14,3 %), мельканием «мушек» перед глазами у 4 (11,4 %) пациенток. Данные симптомы наблюдались у всех пациенток с дополнительными критериями определения степени тяжести ПЭ. Неврологическая симптоматика также отмечалась у 1 (4,3 %) пациентки 2-й группы с хронической артериальной гипертензией и была представлена головной болью и мельканием «мушек» перед глазами.

Отеки различной локализации были выявлены у 20 (57,1 %) пациенток 1-й группы против 3 (10 %) пациенток 2-й группы, $p = 0,02$. Стойкие отеки голеней и стоп наблюдались у 20 (57,1 %) пациенток, отеки кистей рук у 13 (37,1 %) пациенток, отеки лица у 3 (8,6 %) пациенток, отек передней брюшной стенки у 5 (14,3 %) пациенток. В качестве дополнительного диагностического критерия отеки атипичной локализации были выявлены у 8 (34,7 %) пациенток. Срок беременности, в котором появились отеки, составил 35 (34, 37) недель.

Суточный диурез был снижен у всех пациенток 1-й группы и у 3 (10 %) пациенток 2-й группы с хроническими заболеваниями почек, $p < 0,0001$ и составил 450 (350; 475) против 900 (762; 1137) мл/сут, $p = 0,03$. Олигурия менее 400 мл/сут была выявлена у 14

(40 %) пациенток 1-й группы и в качестве дополнительного диагностического критерия использована у 2 (8,7 %) пациенток.

Хроническая форма плацентарной недостаточности в 1-й группе была представлена СЗРП 1 степени у 9 (25,7 %) пациенток и СЗРП 2 степени у 2 (5,7 %) пациенток против 1 (3,3 %) пациентки с СЗРП 1 степени во 2-й группе, $p = 0,009$. В качестве дополнительного диагностического критерия тяжелой ПЭ СЗРП использовалось у 6 (26 %) пациенток.

Уровень тромбоцитов в 1-й группе ниже $100 \times 10^9/\text{л}$ наблюдался у 12 (34,3 %) пациенток и составил $94 (88; 98) \times 10^9/\text{л}$; во 2-й группе у 3 (10 %) пациенток и составил $98 (92; 98) \times 10^9/\text{л}$; $p = 0,04$. Уровень креатинина > 90 мкмоль/л в 1-й группе наблюдался у 15 (42,9 %) пациенток и составил $90 (78; 98)$ мкмоль/л, уровень креатинина во 2-й группе был в пределах нормы, $p = 0,0001$. В качестве дополнительного диагностического критерия данный показатель использовался у 3 (13,04 %) пациенток, у которых он составил $100 (99; 116)$ мкмоль/л.

Срок беременности, в котором диагностировали тяжелую ПЭ, составил 36 (35; 37) недель, частота ПЭ до 34 недель гестации составила 4 (11,4 %). Максимальная продолжительность лечения до родоразрешения составила 24 ч, большинство пациенток родоразрешены после стабилизации состояния. Родоразрешение до срока доношенной беременности было проведено 22 (62,9 %) пациенткам, в том числе до 34 недель 4 (11,4 %). У остальных пациенток роды произошли при доношенной беременности. В 1 группе родоразрешение 27 (77,1 %) пациенток осуществлялось путем операции кесарева сечения против 11 (36,7 %) пациенток во 2-й группе, $p = 0,002$. Показаниями к оперативному родоразрешению явились: тяжелая ПЭ в сочетании с оперированной маткой у 22 (62,9 %) пациенток 1-й группы и у 8 (26,7 %) пациенток 2-й группы, $p = 0,008$; в сочетании с нарушениями состояния плода у 5 (14,3 %) пациенток 1-й группы и у 3 (10 %) пациенток 2-й группы. У остальных пациенток роды произошли через естественные родовые пути.

В 1-й группе родилось детей с массой менее 2500 г 16 (45,7 %) против 2 (6,7%) во 2-й группе, $p = 0,001$. Масса новорожденного в 1-й группе составила $2750 (2075; 3225)$ против $3445 (3157; 3745)$ г во 2-й группе, $p < 0,05$. Количество детей с ростом менее 46 см в 1-й группе 11 (31,4 %) против 2 (6,7 %), $p = 0,02$. Медианы роста составили $50 (47; 51)$ см и $54 (52,25; 55)$ см соответственно, $p < 0,05$. Оценка новорожденных по шкале Апгар на 1 минуте в 1-й и во 2-й группе составила $8 (6; 8)$ и $8 (8; 8)$ соответственно, $p < 0,05$. Количество детей с оценкой ниже 6 баллов в 1-й группе 5 (14,3 %) и 2 (6,7 %) во 2-й группе.

Таким образом, согласно данным литературы [2, 3] и полученным нами результатам, высокая частота соматической патологии, особенности акушерского анамнеза (тяжелая ПЭ во время предыдущей беременности и родов, наличие в анамнезе тяжелых форм плацентарной недостаточности, требующих оперативного родоразрешения, а также невынашивания беременности) являются предикторами развития тяжелой формы ПЭ при повторной беременности. Она характеризуется появлением признаков мультиорганной дисфункции у пациенток до сроков доношенной беременности, негативным влиянием на плод и новорожденного, высокой частотой оперативного родоразрешения [2, 3, 4, 5]. Внедрение современных научно обоснованных подходов к формированию групп риска по данному осложнению, проведение прегравидарной подготовки, направленной на полную компенсацию соматической патологии, широкое применение ранних методов прогнозирования, проведение систематической профилактики данного осложнения в группах высокого риска имеют ключевое значение в снижении частоты тяжелой ПЭ, ее осложнений, являющихся причинами материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

Выводы

1. Тяжелая ПЭ во время повторной беременности чаще развивалась при наличии сопутствующей экстрагенитальной патологии (гипертензивные нарушения, заболева-

ния почек), наличие в анамнезе ПЭ, хронической плацентарной недостаточности и невынашивания беременности.

2. При диагностике тяжелой формы ПЭ у 34,3 % пациенток были соблюдены основные критерии тяжести (высокая гипертензия и протеинурия), у 65,7 % пациенток данные критерии были соблюдены частично, но присутствовали дополнительные симптомы мультисистемной дисфункции.

3. Наиболее часто встречающимися симптомами полиорганной недостаточности явились наличие неврологической симптоматики, отеки патологической локализации, олигурия, повышенный уровень креатинина, тромбоцитопения и плацентарная недостаточность.

4. Тяжелая ПЭ привела к досрочному родоразрешению пациенток, которое выполнялось преимущественно путем операции кесарева сечения.

5. Новорожденные от матерей, беременность которых осложнилась тяжелой формой ПЭ, характеризовались более низкими антропометрическими данными и более высокой частотой асфиксии при рождении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барановская, Е. И. Гипертензия у беременных и преэклампсия / Е. И. Барановская // Медицинские новости. — 2017. — № 6. — С. 4–7.
2. Муцалханова, Ю. С. Прогностические маркеры преэклампсии / Ю. С. Муцалханова // Современные проблемы науки и образования. — 2015. — № 5. — С. 326.
3. Барановская, Е. И. Особенности фетоплацентарного комплекса у женщин с артериальной гипертензией / Е. И. Барановская // Здоровоохранение. — 2016. — № 2. — С. 26–30.
4. Столяров, Г. С. Особенности состояния центральной гемодинамики и гемостаза у беременных с преэклампсией / Г. С. Столяров // Современные проблемы науки и образования. — 2018. — № 3. — С. 4–6.
5. Кузина, Е. А. Исходы родоразрешения и состояния новорожденных у беременных женщин с преэклампсией / Е. А. Кузина // Символ науки. — 2015. — № 6. — С. 311–312.