

Вагітність та пологи у жінок із прееклампсією на тлі ранньої ендотеліальної дисфункції

Д. О. Говсєєв

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ
Клінічний пологовий будинок № 5, м. Київ

Мета дослідження: вивчення особливостей перебігу вагітності та пологів у жінок із прееклампсією на тлі ендотеліальної дисфункції (ЕД).

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети проведено комплексне обстеження 90 вагітних, яких було розподілено на три групи. У 1-у (контрольну) групу увійшли 30 пацієнок без ЕД, з неускладненим перебігом вагітності і пологів. До 2-ї групи увійшли 30 пацієнок з ранньою ЕД, вагітність яких перебігала без клінічних симптомів прееклампсії, в яких були виявлені легкі порушення у гемодинамічній системі мати–плацента–плід. До 3-ї (основної) групи увійшли 30 вагітних з ранньою ЕД, з клінічними проявами прееклампсії, вагітність у яких проходила з порушеннями в материнській і плодовій гемодинаміці та закінчилася народженням дітей з ознаками гіпоксії.

Результати. Результати проведених досліджень свідчать, що більшість вагітних основної групи були повторно вагітні первородящі. Екстрагенітальну патологію виявляли у 73,3% жінок, переважно вегето-судинну дистонію, анемію, ожиріння, захворювання нирок. Патологія репродуктивної системи була представлена запальними захворюваннями і гормональними порушеннями. Перебіг попередньої вагітності був ускладнений рецидивуючою загрозою переривання, плацентарною дисфункцією, внутрішньоутробною інфекцією і гіпоксією плода, а також післяпологовими інфекційними ускладненнями. Передчасні пологи були у 46,7% випадків, патологічна крововтрата – у 53,3% жінок. Усі новонароджені цієї групи народилися з ознаками гострої гіпоксії різного ступеня тяжкості. Інфекційні ускладнення у післяпологовий період розвинулися у майже половини породіль. Виписка жінок з пологового будинку відбувалася на 6–10-у добу після пологів. Біля третини новонароджених були переведено на другий етап виходжування.

Заключення. Отримані результати є підставою для проведення подальших досліджень щодо вирішення цієї наукової проблеми.

Ключові слова: вагітність, пологи, прееклампсія, ендотеліальна дисфункція.

Прееклампсія (ПЕ) є проблемою сучасного акушерства, її посідає провідне місце у структурі материнської і перинатальної захворюваності і смертності [1, 2]. За даними ВООЗ, ПЕ становить основну частину всіх гіпертензивних порушень при вагітності [3, 4].

Частота розвитку ПЕ залишається високою, тому що клінічний перебіг цього грізного ускладнення неоднорідний. Виділяють ранні ПЕ – частіше розвивається у молодих здорових першоввагітних з обтяженим спадковим анамнезом. Характеризується важким перебігом і високою частотою розвитку ускладнень. Пізня ПЕ – частіше у повторновагітних із ускладненим соматичним анамнезом, ускладнення розвиваються рідше [5–7]. Не дивлячись на велику кількість досліджень, присвячених вивченню різних аспектів ПЕ вагітних, до сьогодні немає єдиної теорії патогенезу та етіології ранньої

ПЕ, особливо це стосується пацієнок з ранньою ендотеліальною дисфункцією (ЕД) на тлі екстрагенітальної патології.

Останніми роками сформульована концепція, згідно з якою найважливішою патогенетичною ланкою ускладнень вагітності є тромбофілічні стани і ЕД [6, 7]. Дослідження, присвячені вивченню взаємозв'язків між ПЕ, артеріальною гіпертензією, станом гемостазу і дисфункцією ендотелію у вагітних, небагаточисельні [6, 7].

На сьогодні ПЕ розглядається як гострий ендотеліоз артеріальних судин материнського організму, який формується при патологічному перебігу другої хвили інвазії трофобласта (16–18 тиж), у результаті якого відбувається неповна інвазія цитотрофобласту у спіральні артерії. Порушення гестаційної перебудови децидуального (5–7 тиж) і міомітрального (16–18 тиж) сегментів спіральних артерій обумовлює збереження м'язової оболонки, ендотелію і еластичної мембрани, а головне – вузького просвіту артерій. Ці зміни призводять до гіпоперфузії, ішемії плаценти і розвитку плацентарної дисфункції (ПД) і ПЕ [6, 7].

Зазначене вище послужило підставою для проведення наукового дослідження.

Мета дослідження: вивчення особливостей перебігу вагітності та пологів у жінок із ПЕ на тлі ЕД.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети проведено комплексне обстеження 90 вагітних, яких було розподілено на три групи:

– 1-а група (контрольна – КГ) – 30 пацієнок без ЕД, з неускладненим перебігом вагітності і пологів. Усі жінки цієї групи мали адаптаційні зміни матково-плацентарного кровотоку (МПК) протягом вагітності. Вагітність перебігала без порушень гемодинаміки МПК, закінчилася народженням доношених здорових дітей.

– 2-а група – 30 пацієнок з ранньою ЕД, вагітність яких перебігала без клінічних симптомів ПЕ, в яких були виявлені легкі порушення у гемодинамічній системі мати–плацента–плід.

– 3-я група (основна) – 30 жінок з ранньою ЕД, з клінічними проявами ПЕ, вагітність яких перебігала з порушеннями в материнській і плодовій гемодинаміці, закінчилася народженням дітей з ознаками гіпоксії.

Пацієнтки включалися у дослідження за:

- клініко-анамнестичними та анатомо-функціональними даними,
- особливостями перебігу вагітності в ранні терміни,
- наявністю ранньої ЕД,
- наявністю гемодинамічних порушень фетоплацентарного комплексу (ФПК),
- наявністю ПЕ.

Усім вагітним проводили обстеження за Шкалою оцінки чинників ризику перинатальної патології.

Усім вагітним на термінах 6–8 тиж, 18–21 тиж, 28–31 тиж, 35–37 тиж, 38–41 тиж проводили наступні дослідження:

- акушерське,
- клініко-лабораторне,

- ехографічне,
- доплерометричне,
- ехокардіографію (ЕХО-КГ),
- дослідження ендотеліальної функції (ЕЗВД ПА – ендотеліальна вазодилатація плечової артерії).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вік жінок 3-ї групи коливався від 18 до 36 років і в середньому становив $24,2 \pm 4,6$ року. Першовагітних первородящих було 26,7%, повторновагітних первородящих, що мають обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез (ОАГА), – 36,7% жінок. Повторнородящі (36,7%) становили понад 1/3 від загальної кількості пацієнток у групі.

Супутні екстрагенітальні захворювання діагностовані у 73,3% жінок, тобто більш ніж у половини вагітних аналізованої групи. Більшість виявлених захворювань мали інфекційно-запальний генез з локалізацією у нирках (26,7%), верхніх дихальних шляхах (16,7%). Поєднання декількох захворювань спостерігали у кожній четвертій пацієнтки (23,3%). Серед виявлених екстрагенітальних захворювань домінуюче місце займала патологія ССС: вегето-судинна дистонія (ВСД) за гіпертонічним типом – у 23,3%, ВСД за гіпотонічним типом – у 46,7%, гіпертонічна хвороба 1-ї стадії – у 6,7%, анемія – у 53,3% жінок.

Запальні захворювання жіночих статевих органів у формі хронічного ендоміометриту і аднекситу з частими загостреннями відзначили у 16,7% жінок, кольпіту і вагінозу – у 26,7% жінок. Оперативне лікування з приводу безпліддя виконане у 3,3% жінок.

У повторнородящих жінок лише 6,7% пацієнток мали неускладнений перебіг попередньої вагітності. ОАГА зустрічався в 1,5 разу частіше, ніж у КГ. Ускладненнями, що часто зустрічаються, вважали:

- рецидивуючу загрозу переривання вагітності на різних термінах (26,7%),
- передчасні пологи (6,7%),
- ранній токсикоз (16,7%),
- ПЕ середнього ступеня (16,7%),
- затримку розвитку плода (20,0%),
- ПД (30,0%),
- внутрішньоутробне інфікування (ВУІ) (23,3%).

У післяпологовий період інфекційні ускладнення матері і новонародженого були виявлені у 10,0% пацієнток. Висока частота екстрагенітальних і гінекологічних захворювань була несприятливим фоном для перебігу справжньої вагітності у пацієнток 3-ї (основної) групи.

Перебіг справжньої вагітності носив ускладнений характер з перших тижнів гестації. У I триместрі клінічно або ехографічно виявлений загрозливий викидень або такий, що почався, у 50,0% пацієнток. Клініка загрози переривання вагітності суб'єктивно виражалася болем унизу живота, об'єктивно визначалися ознаки підвищеного тону м'язів міометрія, рідше наголювалися кров'яні виділення за наявності ретрохоріальної гематоми (20,0%). Стационарне лікування з приводу загрозливого або такого, що почався, раннього викидня проведено у 46,7% вагітних, причому у 26,7% жінок загроза переривання вагітності зберігалася протягом усіх трьох триместрів.

Частим ускладненням у I триместрі був ранній токсикоз (23,7%). Слід зазначити, що на ранніх термінах вагітності у кожній третій пацієнтки було загострення хронічних інфекційних генітальних захворювань, або жінки перенесли гострі бактеріально-вірусні екстрагенітальні захворювання, загострення хронічного пієлонефриту, хронічного бронхіту, ГРВІ. Порушення мікробіоценозу піхви з ранніх термінів вагітності, а також вагінозу або кольпіту відзначені у 50,0% пацієнток.

У II триместрі вагітності у пацієнток 3-ї групи відзначено частий розвиток антенатального дистресу плода, який виявлявся ЗРП (63,3%). Істміко-цервікальна недостатність діагностована у 6,7% вагітних, яким проведена відповідна хірургічна корекція.

Частота загрозливого викидня у II триместрі достовірно не відрізнялася від частоти даної патології у I триместрі. Як правило, це були одні і ті самі жінки, що мали рецидивуючу загрозу в динаміці всієї вагітності. Загрозливий пізній викидень, що вперше виник після 15–17 тиж, відзначено у 10,0% пацієнток, він поєднувався з ультразвуковими ознаками багатоводдя, плацентиту і ВУІ плода. Загострення хронічного пієлонефриту діагностоване у 16,7% жінок, ГРВІ – у 40,0% жінок.

З неінфекційних захворювань у II триместрі найчастіше реєстрували клінічні прояви вегето-судинної дистонії (23,3%), анемії (43,3%), гестаційного цукрового діабету (6,7%), гестаційного пієлонефриту (6,7%), варикозної хвороби нижніх кінцівок (10,0%).

Ускладнений перебіг III триместра характеризувався наявністю клінічних симптомів ПЕ і ПД з клінічними проявами гіпоксично-ішемічного ураження (ГІУ) плода і ЗРП. Частота загрозливих передчасних пологів у III триместрі була нижча, ніж на ранніх термінах гестації і становила 23,3%.

ПЕ різного ступеня тяжкості діагностована у всіх пацієнток 3-ї групи. Початкові прояви клінічних симптомів ПЕ на термінах 27–31 тиж виявлені у 23,3% вагітних, на термінах 32–35 тиж – у 60,0% і на термінах 36–40 тиж – у 16,7% жінок.

ПД різного ступеня тяжкості реєстрували у всіх пацієнток 3-ї групи. Компенсована форма ПД (легкий ступінь тяжкості) виявлена у 16,7% жінок у поєднанні з ПЕ. Середній ступінь тяжкості ПД діагностований у 60,0% вагітних з ПЕ. Слід зазначити, що у них перші клінічні симптоми ПЕ були діагностовані після 33–34 тиж вагітності. Декомпенсована форма (важка) ПД поєднувалася з ПЕ у 23,3% вагітних. ЗРП різного ступеня тяжкості виявили у більшості вагітних основної групи. Асиметричну форму ЗРП діагностували у 46,7%, а симетричну форму – у 16,7% жінок. ЗРП 2-го і 3-го ступеня тяжкості діагностована у новонароджених в тих випадках, коли під час вагітності їхні матері мали тривало поточну ПД, що виявляється симетричною формою ЗРП. Терапія під час вагітності у пацієнток із ЗРП 1–2 ст. на тлі ПД сприяла пролонгації вагітності і нормалізації матково-плацентарного (МПП) кровообігу. Проте у жодному випадку не вдалося здолати ЗРП, усі діти народилися з ознаками гіпотрофії. Внутрішньоутробна гіпоксія плода різного ступеня тяжкості перед пологами була діагностована у 100% випадків.

Розродження здійснювалося на терміні вагітності від 35 до 40 тиж. Своєчасні пологи через природні пологові шляхи відбулися у 40,0% пацієнток, передчасні пологи через природні пологові шляхи – у 30,0%, оперативне розродження за допомогою кесарева розтину при доношеній вагітності проведено у 13,3%, кесарів розтин при недоношеній вагітності – у 16,7% жінок.

Спонтанний початок пологової діяльності при доношеній вагітності відзначений у 10,0% пацієнток основної групи, запрограмовані пологи – у 30,0% вагітних. Більшість вагітних з некомпенсованою формою ПД були розроджені шляхом екстреного кесарева розтину. Оперативне розродження було здійснене за показниками з боку матері і з боку плода.

Лише третя частина пацієнток основної групи при розродженні через природні пологові шляхи не мала серйозних ускладнень з боку матері і з боку плода. Аналіз тривалості пологів свідчить, що тривалість перебігу першого періоду пологів варіювала від 9 до 13 год, у середньому – $11,6 \pm 1,7$ год

(ці цифри наближені до середньої тривалості пологів пацієнток контрольної групи). Тривалість другого періоду пологів становила $1,2 \pm 0,5$ год, а середня тривалість третього періоду пологів не перевищувала 20 хв ($17,5 \pm 2,5$ хв). Третій період пологів у пацієнток основної групи вели як у групі жінок із загрозою розвитку післяпологової кровотечі, з обов'язковим внутрішньовенним введенням утеротонічних засобів і всіх необхідних заходів профілактики. У пологах найчастіше реєстрували наступні ускладнення: передчасний розрив плодових оболонок (66,7%); аномалії пологової діяльності (33,3%).

Величина крововтрати при природному розродженні становила $400,8 \pm 50,9$ мл, при оперативному розродженні – $850,5 \pm 50,7$ мл.

Патологічна післяпологова крововтрата відзначена у 53,3% пацієнток, а масивна післяпологова кровотеча діагностована у 10,0% породіль. Інфекційні ускладнення у післяпологовий період розвинулися у 16,7% жінок третьої групи (порушення контрактильної активності матки, ранова інфекція та ін.).

Виписка жінок з пологового будинку відбувалася на 6–10-у добу післяпологового періоду. Загальне перебування у післяпологовому відділенні у середньому становило $7,5 \pm 1,5$ доби. Затримка виписки пацієнток основної групи з пологового будинку була пов'язана з ускладненим перебігом післяпологового періоду самої матері або патологією раннього періоду неонатальної адаптації її дитини.

Маса тіла дітей після природних пологів варіювала від 2590 г до 3359 г і в середньому становила $2870,2 \pm 280,7$ г, що було достовірне нижче за масу тіла новонароджених у контрольній групі. Довжина тіла новонароджених варіювала від 44 до 50 см і становила в середньому $46,8 \pm 1,6$ см, що статистично достовірне нижче, ніж у новонароджених контрольної групи.

Оцінка стану новонародженого за шкалою Апгар на першій хвилині дозволила встановити, що всі новонароджені основної групи народилися з ознаками гострої гіпоксії різного ступеня тяжкості. Легкий ступінь гіпоксії (за шкалою Апгар 5–7 балів) виявлений у 40,0% дітей, важкий ступінь (нижче 5 балів) – у 16,7%. Середній бал оцінки стану новонароджених за шкалою Апгар на першій хвилині становив $5,5 \pm 0,5$ бала, а на п'ятій хвилині – $6,0 \pm 0,5$ бала.

Після пологів в інтенсивному лікуванні на базі реанімаційного відділення мало потребу 40,0% дітей. Це були новонароджені з тяжкою постгіпоксичною енцефалопатією, ЗРП, некомпенсованою формою ПД. Близько половини дітей знаходилися в реанімаційному відділенні після кесарева розти-

ну, а друга половина – після природних пологів, ускладнених дистресом плода, що прогресує, і аномаліями пологової діяльності. Тяжкість стану новонароджених вимагала інтенсивної терапії і штучної вентиляції легень. Більшість дітей, народжених з тяжкою гіпоксією, були переведені на другий етап виходжування і лікування.

У 26,7% новонароджених у ранній неонатальний період виявлені як легкі, так і тяжкі форми інфекційних ускладнень, що виявлялися у формі гнійного або катарального омфаліту, вираженого кон'юнктивіту, вродженого везикульозу (16,7%). Інфекційна патологія органів дихання (природжено пневмонія) виявлена у 10,2% новонароджених. Шкіряно-геморагічний синдром був виявлений у 6,7% дітей, шлункова кровотеча спостерігалася у 3,3%, внутрічерепні крововиливи – у 6,7% дітей.

На 5–6-у добу неонатального періоду виписано додому 16,7% дітей з порушенням мозкового кровообігу 1-го ступеня або з рекомендаціями для продовження лікування у дитячому невролога, а в 53,3% новонароджених виписка з лікарні проводилася на пізніших термінах неонатального періоду. Діти з тяжкими порушеннями мозкового кровообігу (26,7%), з гіпотрофією у поєднанні з дисциркуляторною енцефалопатією, з інфекційно-септичними захворюваннями були переведені на другий етап виходжування і лікування.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що більшість вагітних 3-ї групи були повторно вагітні первородящі. Екстрагенітальна патологія була у 73,3% жінок, переважно ВСД, анемія, ожиріння, захворювання нирок. Патологія репродуктивної системи була представлена запальними захворюваннями і гормональними порушеннями. Перебіг попередньої вагітності був ускладнений рецидивуючою загрозою переривання, плацентарною дисфункцією, внутрішньоутробною інфекцією і гіпоксією плода, а також післяпологовими інфекційними ускладненнями. Передчасні пологи відзначені у 46,7% випадків, патологічна крововтрата – у 53,3% жінок. Усі новонароджені цієї групи народилися з ознаками гострої гіпоксії різного ступеня тяжкості. Інфекційні ускладнення у післяпологовий період розвинулися у майже половини породіль. Виписка жінок з пологового будинку відбувалася на 6–10-у добу після пологів. Біля третини новонароджених було переведено на другий етап виходжування.

Отримані результати є підставою для проведення подальших досліджень щодо вирішення цієї наукової проблеми.

Беременность и роды у женщин с преэклампсией на фоне ранней эндотелиальной дисфункции Д.А. Говсеев

Цель исследования: изучение особенностей течения беременности и родов у женщин с преэклампсией на фоне эндотелиальной дисфункции (ЭД).

Материалы и методы. Для решения поставленной цели проведено комплексное обследование 90 беременных, которые были разделены на три группы. В 1-ю (контрольную) группу вошли 30 пациенток без ЭД, с неосложненным течением беременности и родов. Во 2-ю группу вошли 30 беременных с ранней ЭД, беременность которых протекала без клинических симптомов преэклампсии, у которых были выявлены легкие нарушения в гемодинамической системе мать–плацента–плод. В 3-ю (основную) группу вошли 30 беременных с ранней ЭД, с клиническими проявлениями преэклампсии, беременность у которых проходила с нарушениями в материнской и плодовой гемодинамике и закончилась рождением детей с признаками гипоксии.

Результаты. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что большинство беременных основной группы были по-

вторнобеременные и первородящие. Экстрагенитальная патология выявлена у 73,3% женщин, преимущественно вегето-сосудистая дистония, анемия, ожирение, заболевания почек. Патология репродуктивной системы была представлена воспалительными заболеваниями и гормональными нарушениями. Течение предыдущей беременности осложнялось рецидивирующей угрозой прерывания, плацентарной дисфункцией, внутриутробной инфекцией и гипоксией плода, а также послеродовыми инфекционными осложнениями. Преждевременные роды были в 46,7% случаев, а патологическая кровопотеря – у 53,3% женщин. Все новорожденные этой группы родились с признаками острой гипоксии различной степени тяжести. Инфекционные осложнения в послеродовой период развились у почти половины родильниц. Выписка женщин из роддома происходила на 6–10-е сутки после родов. Около трети новорожденных были переведены на второй этап выхаживания.

Заключение. Полученные результаты являются основанием для проведения дальнейших исследований касательно решения этой научной проблемы.

Ключевые слова: беременность, роды, преэклампсия, эндотелиальная дисфункция.

Pregnancy and labors at women with preeclampsia against early endothelial dysfunction

D.O. Govseev

The objective: to study features of course of pregnancy and labors at women with preeclampsia against endothelial dysfunction.

Materials and methods. For the solution of goal we conducted complex examination of 90 pregnant women who were divided into three groups. The control (1) group was made by 30 patients without endothelial dysfunction with the uncomplicated course of pregnancy and labors. The 2nd group – pregnant women with the early endothelial dysfunction (n=30) which pregnancy proceeded without clinical symptoms of preeclampsia at which mild disturbances in hemodynamic system mother–placenta–fetus were taped. The 3rd group (main) – pregnant women with early endothelial dysfunction (n=30), with clinical implications of preeclampsia, passed pregnancy with disturbances in maternal and fetus hemodynamic, ended with the birth of children with hypoxia signs.

Results. Results of the conducted researches testify that the majority of pregnant women of the main group were primipara. 73,3% of women had an extragenital pathology, mainly vegeto-vascular dystonia, anemia, an obesity, diseases of kidneys. Pathology of genesial system was presented by inflammatory diseases and hormonal disturbances. The course of the previous pregnancy became complicated relapsing threat of discontinuing, placental dysfunction, a fetal infection and a fetus hypoxia, and also puerperal infectious complications. Premature births were in 46,7% of cases, and pathological hemorrhage took place at 53,3% of women. All newborns of this group were born with signs of an acute hypoxia of varying severity. Infectious complications in the puerperal period developed at nearly a half of puerperas. The extract of women came from maternity hospital for 6–10 days after the delivery. About a third of newborns it was transferred to the second stage of nursing.

Conclusion. The received results are for us the basis for carrying out further researches of this scientific problem.

Key words: pregnancy, labors, preeclampsia, endothelial dysfunction.

Сведения об авторе

Говсеев Дмитрий Александрович – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, Родильный дом № 5 г. Киева, 03037, г. Киев, пр. Лобановского, 2. E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Венцківський Б.М., Дашкевич В.Є. Ведення вагітності та пологів при прееклампсії, їх прогнозування, діагностика, лікування і профілактика / Метод. рекомендації. – К., 2009. – 32 с.
2. Степанковская Г.М., Венцковский Б.М. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии. – К.: Здоров'я, 2010. – 672 с.
3. Венцківський Б.М., Запорожан В.М., Сенчук А.Я. Гестози вагітних: Навч. посібник. – К.: Аконіт, 2012. – 112 с.
4. Коломийцева А.Г. Поздние гестозы беременных // Вісник асоц. акушерів-гинекологів України. – 1999. – №3. – С. 79–89.
5. Степанківська Г.К., Михайленко О.Т. Акушерство. – К.: Здоров'я, 2000. – 580 с.
6. Banhidy F. Association of preeclampsia with or without superimposed chronic hypertension in pregnant women with the risk of congenital abnormalities in their offspring: a population-based case-control Study / F. Banhidy, M. Szilasi, A.E. Czeizel // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biology. – 2012. – Vol. 163, N 1. – P. 17–21.
7. Barton, J. R. Prediction and prevention of recurrent preeclampsia / J.R. Barton, B.M. Sibai // Obstet. Gynecol. – 2018. – Vol. 112, N 2, Pt. 1. – P. 359–372.

Статья поступила в редакцию 30.01.2019

Журнал «Сімейна медицина» індексується та/або представлений тут:

- Бібліометрика української науки (Національна бібліотека України ім. В.І. Вернадського);
- Science Index (eLIBRARY.RU);
- Crossref;
- Google Scholar/Academia;
- WorldCat;
- OpenAIRE.

