

УДК 616.3-06:616.8-009.24]-036.3-036.17-071.1

ДЕМЬЯНЕНКО А.С.¹, ЛЕУШ С.С.², ЗАГОРОДНЯ О.С.²

¹Перинатальний центр м.Києва

²НМУ імені О.О.Богомольця, м.Київ

ПЕРЕБІГ ПЕРШОЇ ПОЛОВИНИ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ТЯЖКИМИ ФОРМАМИ ПРЕЕКЛАМПСІЇ (РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ)

В статті викладено результати клініко-статистичного аналізу історій пологів породіль з тяжкими формами преєклампсії з огляду на традиційні чинники ризику – надлишкову масу тіла, вік, кількість вагітностей та пологів, а також на особливості перебігу першого триместру вагітності.

Мета дослідження. *Вивчити особливості перебігу першого триместру вагітності у пацієнток з тяжкими формами преєклампсії.*

Матеріал та методи дослідження. *Вивчено історії пологів та матеріали анкетування 129 породіль з тяжкою та середнього ступеню тяжкості преєклампсією (основна група) та 120 породіль з фізіологічним перебігом другої половини вагітності та пологів (контрольна група).*

Результати та їх обговорення. *Аналіз 129 історій пологів породіль з тяжкими формами преєклампсії не виявив переважання серед них жінок певної вікової категорії, а також жінок з вихідною надлишковою масою тіла, супутніми соматичними захворюваннями, тромбофіліями зокрема. Показано домінування серед них першороділь. Водночас, породіллям з тяжкими формами преєклампсії більш властивим був неускладнений перебіг першого триместру вагітності, зокрема, значно менша, ніж в контрольній групі, частота нудоти та блювання.*

Висновки. *1.Клініко-статистичний аналіз історій пологів роділь з тяжкими формами преєклампсії не виявив зростання ризику захворювання з віком, проте показано переважання серед них першороділь. 2.Більша частина породіль з тяжкими формами преєклампсії не мала скарг в першому триместрі вагітності, в той час як породіллям з неускладненим перебігом другої половини вагітності та пологів більшою мірою були властиві нудота та блювота в першій її половині*

Ключові слова: *преєклампсія, нудота та блювання першого триместру.*

Преєклампсія (ПЕ) – тяжке ускладнення вагітності, в основі якого лежить генералізований ангіоспазм внаслідок прогресування ендотеліальної дисфункції. Клінічні прояви вперше з'являються після 20 гестаційних тижнів, ускладнення вражає від 3 до 7% жінок, що народжують вперше, та від 1 до 3% повторнороділь [7]. Попри гарно обґрунтовану теорію неповноцінної інвазії цитотрофобласта, що лежить в основі ендотеліальної дисфункції, відсутні чіткі механізми прогнозування як розвитку ускладнення, так і ступеню його тяжкості. Так, за співвідношенням концентрації sFlt1/PlGF запро-

поновано визначати ризик розвитку ПЕ до 32 тижнів [6], а також тяжкість ураження матково-плацентарного кровообігу [1]. Дане дослідження покликане виявити чинники першого триместру вагітності, асоційовані з розвитком тяжких форм ПЕ, оскільки визнаним є положення про формування анатомічного субстрату ускладнення саме в цей період.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Вивчити особливості перебігу першого триместру вагітності у пацієнток з тяжкими формами преєклампсії.

**МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ
ДОСЛІДЖЕННЯ**

В основі дослідження лежить клініко-статистичний аналіз соматичного анамнезу та перебігу першої половини вагітності у жінок з тяжкими формами преєклампсії за матеріалами історій пологів пацієнток Перинатального центру м. Києва. Загалом проведено аналіз 129 історій пологів, які відбулись протягом 2014-2016 років (основна група). До відома брали ступінь тяжкості преєклампсії, а не провідний її синдром. До групи включали породіль, перебіг вагітності у яких ускладнився ПЕ середнього та тяжкого ступенів, застосовано критерії діагностики, наведені в Наказі МОЗ України №676 від 31.12. 2004. Для порівняння було взято чисельно подібну (120 осіб) групу породіль з фізіологічним перебігом вагітності та своєчасних пологів (контрольна група). Додатково до анамнестичних даних індивідуальної карти вагітної та історії пологів було виконано анкетування за принагідно складеним переліком питань щодо самопочуття в першому триместрі ва-

гітності та ускладнень. Статистичну обробку отриманих результатів виконано методом кутового перетворення Фішера.

**РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ
ОБГОВОРЕННЯ**

В історіях пологів пацієнток з ускладненим преєклампсією перебігом вагітності нами було розглянуто ознаки, що їх традиційно вважають факторами ризику розвитку ПЕ, таких, як вік, черговість вагітностей та пологів, маса тіла та її зростання протягом вагітності, екстрагенітальну захворюваність, акушерсько-гінекологічний анамнез [5]. Також розглянуто термін вагітності на час госпіталізації та першого виявлення ускладнення, освітній рівень, соціально-економічний стан. Відповідні порівняння було виконано стосовно здорових породіль.

Розподіл породіль за віком показав їх пропорційну належність до різних репродуктивних вікових груп, що не дає підстав вважати вік вагітної вірогідним фактором ризику розвитку ПЕ (табл.1).

Таблиця 1

Розподіл обстежених відповідно репродуктивному вікові.

Вік (повних років)	Основна група (n=129)		Контрольна група (n=120)		P _(t)
	абс.	%	абс.	%	
До 25 р.	42	32,6	50	41,7	p<0,05
26-35	63	48,8	53	44,2	p>0,05
36-45	24	18,6	17	14,2	p>0,05

Навпаки, слухність тези про переважний розвиток ПЕ у першороділь показано в таблиці 2.

Таблиця 2

Черговість вагітностей та пологів у пацієнток з преєклампсією

Ознака	Основна група (n=129)		Контрольна група (n=120)		P _(t) *
	абс.	%	абс.	%	
Першовагітна першороділля	62	48,1	42	35,0	p<0,05
Повторновагітна першороділля	30	23,3	22	18,3	p>0,05
Повторнороділля	37	28,7	56	46,7	p<0,05

Хоча серед обстежених було достатньо повторнороділь, частіше вони належали до контрольної групи – 46,7% проти 28,7% (p<0,05). Що, однак не виключає імовірності ускладнення преєклампсією наступних вагітностей і наочно її показує на матеріалі акушерсько-гінекологічного анамнезу. Зокрема, в числі обстежених з ПЕ

було 9 (7,0%) повторнороділь, 8 з яких (6,2% у групі) мали важчий перебіг ПЕ, порівняно до попередніх пологів, дві з них народжували втретє.

Серед екстрагенітальних захворювань, зустрінутих у наших пацієнток, найчастішою була анемія середнього ступеню та важка - відповідно 16,3% та 13,3% у породіль з преєклампсією та

у здорових. Статистично невірогідну відмінність показників хворих та здорових можемо пояснити особливостями анемії під час ПЕ, що призводять до гемоконцентрації. Тому дійсний показник анемії у вагітних з ПЕ залишається невиявленим.

Антифосфоліпідний синдром та нейродерміт зустрінуто вірогідно частіше серед породіль з ПЕ - відповідно 4,7% та 3,9% проти 1,7% та 0,8% у здорових ($p < 0,05$), однак очевидну статистичну вірогідність зводить нанівець мала вибірка.

Не виявлено очікуваної залежності між масою тіла вагітної, особливо її патологічним зростанням, та частотою ПЕ. Серед обстежених не зустрінуто ані пацієнток з надмірною масою тіла,

ані гіпотрофічних. Переважна більшість хворих з ПЕ і здорових мали зростання маси тіла протягом вагітності в межах 10-15%, навіть серед першороділь старшого віку. Ці результати не заперечують ролі надлишкової маси тіла та інсулінорезистентності в патогенезі різних акушерських ускладнень, ПЕ в першу чергу [2]. Мова йде про розвиток ПЕ у соматично здорових жінок, яку відтак важко прогнозувати.

Таблиця 3 містить узагальнення найчастіших відповідей на запитання з анкет, які давали породіллі з важкою та середньо важкою ПЕ вже на час виписки. Пропоновані запитання стосувалися перебігу даної вагітності з ранніх термінів до госпіталізації, коли їх було розроджено.

Таблиця 3

Переважаючі скарги протягом ранніх (6-12 тиж.) термінів вагітності.

Ознака	Основна група (n=129)		Контрольна група (n=120)		
	абс.	%	абс.	%	
Лише вранішня нудота	11	8,5	44	36,7	$p < 0,05$
Помірне блювання (до 3 р/добу)	12	9,3	24	20,0	$p < 0,05$
Сильне блювання (3-10 р/добу)	7	5,4	13	10,8	$p < 0,05$
Надмірне блювання, що вимагало госпіталізації	4	3,0	3	2,3	$p > 0,05$
Болі (гіпогастральні, тазові)	16	12,4	29	22,4	$p < 0,05$
Кровомазання	11	8,7	7	5,4	$p > 0,05$
Кишкові розлади	14	10,9	12	10,0	$p > 0,05$
Не наводили жодних скарг	75	58,1	29	24,2	$p < 0,05$

Парадоксально, але абсолютна більшість пацієнток, що в третьому триместрі вагітності мали тяжку або середнього ступеню прееклампсію, мали неускладнений перебіг першого триместру (58,1%). Натомість повну відсутність скарг в перші місяці вагітності зазначила менше третини жінок, що мали неускладнений перебіг останнього триместру та пологів.

Що стосується скарг, то за поширеністю деяких із них між групами відмінності були відсутні. Зокрема, скарги на кишкові розлади та кровомазання в першому триместрі вагітності, мала однакова кількість пацієнток в обох групах. Головна відмінність полягала у наявності нудоти та блювання першого триместру. Лише кожна четверта вагітна з групи прееклампсії вказувала на ці типові для початку вагітності симптоми, серед здорових роділь – 81% свідчили про наявність вказаних скарг. Серед них найбільш поширеними були лише вранішня нудота, хоча значна частина пацієнток контрольної групи мала

різного ступеню тяжкості блювання. За даними F.Vazarganipour et al. (2015), частота нудоти та блювання вагітності в популяції наближається до 70 %, близько половини випадків обмежуються лише нудотою. Група ПЕ істотно відрізняється за цим показником від популяційних даних. Втім, якщо порівняти частоту випадків надмірного блювання (понад 10 разів на добу, що вимагало госпіталізації та інфузійної терапії), то вона знову ж таки була однаковою в обох групах. Тобто нудота та блювота, які супроводжують перебіг першого триместру вагітності та не призводять до значних порушень обміну речовин, не лише не є чинником ризику розвитку ПЕ в другому та третьому триместрі, але навпаки, є більш притаманними жінкам без цього ускладнення.

Механізми такої клініко-статистичної закономірності, яка протирічить традиційним поглядам на нудоту та блювання як маркер подальшого ускладненого перебігу вагітності, буде предметом подальших досліджень.

ВИСНОВКИ

Клініко-статистичний аналіз історій поло­гів роділь з тяжкими формами прееклампсії не виявив зростання ризику захворювання з віком, проте показано переважання серед них першоро­діль

Більша частина породіль з тяжкими фор­мами прееклампсії не мала скарг в першому триместрі вагітності, в той час як породіллям з неускладненим перебігом другої половини ва­гітності та пологів більшою мірою були властиві нудота та блювота в першій її половині

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Венцківська І.Б. Нові підходи до оцінки ста­ну плацентарного кровообігу при тяжких формах прееклампсії/ І.Б.Венцківська, Я.М. Вітовський, О.С. Загородня //Збірник нау­кових праць асоціації акушерів-гінекологів України. 2017. – випуск 2 (40). – с.40-45.
2. Венцківська І.Б. Прогностична роль інсулі­норезистентності під час другого триместру вагітності в генезі прееклампсії/ І.Б.Венцків­ська, А.В.Аксьонова, Т.В.Горобейко// Вісник проблем біології і медицини. – 2016. -Вип.2, Том 3(130). – С.108-112.
3. Наказ МОЗ України № 676 від 31.12.2004 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».
4. Bazarganipour F.The Frequency and Severity of Nausea and Vomiting during Pregnancy and its Association with Psychosocial Health/F. Bazarganipour, H. Mahmoodi, B. Shamsae, A. Taghavi// Journal of midwifery and reproductive health. – 2015. – V.3.I.3. – pp 401-407.
5. English F.Risk factors and effective management of preeclampsia/F. English, L. Kenny, F. McCarthy//Integr Blood Press Control- 2015 - V 8. – pp. 7–12.. doi: 10.2147/IBPC.S50641
6. Suzuki H. Increased serum levels of sFlt-1/ PlGF ratio in preeclamptic women with onset at <32 weeks compared with ≥32 weeks/H.Suzuki, C.Hirashima,S.Nagayama, K.Takahashi, T.Yamamoto,S. Matsubara, T. Shigeki// Pregnancy Hypertension. – 2018. – V.12. – pp 96-103. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2018.03.008>
7. Uzan J. Pre-eclampsia: pathophysiology, diagnosis, and management/ J.Uzan, M. Carbonnel, O.Piconne, R.Asmar, J.Ayoubi// Vasc Health Risk Manag. – 2011. - N7. – pp. 467–474. doi: 10.2147/VHRM.S20181

РЕЗЮМЕ**ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЫ
БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН
С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ
ПРЕЭКЛАМПСИИ
(РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ)
ДЕМЬЯНЕНКО А.С., ЛЕУШ С.СТ.,
ЗАГОРОДНАЯ О.С.**

В статье изложены результаты клинико-статистического анализа историй родов рожениц с тяжелыми формами преэклампсии с учетом традиционных факторов риска - избыточной массы тела, возраста, количества беременностей и родов, а также особенностей течения первого триместра беременности. **Цель исследования.** Изучить особенности течения первого триместра беременности у пациенток с тяжелыми формами преэклампсии. **Материал и методы исследования.** Изучены истории родов и материалы анкетирования 129 рожениц с тяжелой и средней степени тяжести преэклампсией (основная группа) и 120 рожениц с физиологическим течением второй половины беременности и родов (контрольная группа). **Результаты и их обсуждение.** Анализ 129 историй родов рожениц с тяжелыми формами преэклампсии не выявил преобладания среди них женщин определенной возрастной категории, а также женщин с исходной избыточной массой тела, сопутствующими соматическими заболеваниями, тромбофилиями в частности. Показано доминирование среди них первородящих. В то же время, роженицам с тяжелыми формами преэклампсии более присущим было неосложненное течение первого триместра беременности, в частности, значительно меньшая, чем в контрольной группе, частота тошноты и рвоты. **Выводы** 1.Клинико-статистический анализ историй родов рожениц с тяжелыми формами преэклампсии не выявил роста риска заболевания с возрастом, однако показано преобладание среди них первородящих. 2.У большей части рожениц с тяжелыми формами преэклампсии не было жалоб в первом триместре беременности, в то время как роженицам с неосложненным течением второй половины беременности и родов были свойственны тошнота и рвота в первой ее половине

Ключевые слова: преэклампсия, тошнота и рвота первого триместра.

SUMMARY

THE FIRST HALF OF PREGNANCY IN WOMEN WITH SEVERE FORMS OF PREECLAMPSIA (RETROSPECTIVE ANALYSIS)

DEMYANENKO A.C., LEUSH S.ST.,
ZAGORODNYA O.S.

The article presents the results of the clinical and statistical analysis of the birth stories of the childbearing with severe forms of preeclampsia in view of the traditional risk factors - excess body weight, age, number of pregnancies and childbirth, as well as the features of the course of the first trimester of pregnancy. **Purpose of the study.** To study the features of the first trimester of pregnancy in patients with severe forms of preeclampsia. **Material and methods of investigation.** The history of childbirth and questionnaires of 129 pregnant women with severe and moderate severity of preeclampsia (main group) and 120 infants with a physiological course of the second half of pregnancy and childbirth (control group) were studied. **Results and discussion.** Analysis of 129 childbirth

histories in pregnant women with severe forms of preeclampsia did not show prevalence among women of a certain age group, as well as women with a primary overweight, concomitant somatic diseases, thrombophilia in particular. Nulliparas were dominating among them. At the same time, for women with severe forms of preeclampsia the uncomplicated course of the first pregnancy trimester was proper, in particular – significantly decreased frequency of nausea and vomiting, comparing with control group. **Conclusions** 1. Clinical and statistical analysis of the labour stories of the patients with severe forms of preeclampsia did not reveal an increase in the risk of the disease with age, but the prevalence among them among the first-breeders has been shown. 2. Most part of the mothers with severe forms of preeclampsia had no complaints in the first trimester of pregnancy, while the women with uncomplicated flow of the second half of pregnancy and labour were more likely to have nausea and vomiting in the first half of it.

Key words: preeclampsia, nausea and vomiting of the first trimester.