

*С. И. Лазаренко, К. Н. Раловец*  
**ФАКТОРЫ РИСКА И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С  
ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ**

*Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Н. С. Акулич*  
*Кафедра акушерства и гинекологии,*  
*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*  
*УЗ «1-ая городская клиническая больница», г. Минск*

*S. I. Lazarenko, K. N. Ralovets*  
**RISK FACTORS AND MANAGEMENT TACTICS OF PREGNANT WOMEN  
WITH PRE-CLAMPS**

*Tutor Candidate of Medical Sciences, Associate Professor N. S. Akulich*  
*Department of Obstetrics and Gynecology,*  
*Belarusian State Medical University, Minsk*  
*UZ "1st City Clinical Hospital", Minsk*

**Резюме.** Данная работа посвящена изучению факторов риска, способствующих возникновению и развитию преэклампсии, а также определению клинических симптомов преэклампсии на ранней стадии развития для более быстрой диагностики заболевания и подбора наиболее оптимальной тактики ведения беременных. В ходе исследования был выявлен ряд факторов риска и соотношение клинических проявлений, осложнений в зависимости от степени тяжести преэклампсии.

**Ключевые слова:** преэклампсия, беременные, роды.

**Resume.** This work is devoted to the study of risk factors contributing to the occurrence and development of preeclampsia, as well as the determination of the clinical symptoms of preeclampsia at an early stage of development for a more rapid diagnosis of the disease and the selection of the most optimal management tactics for pregnant women. The study identified a number of risk factors and the ratio of clinical manifestations, complications, depending on the severity of preeclampsia.

**Keywords:** preeclampsia, pregnant women, childbirth.

**Актуальность.** Преэклампсия остается одной из лидирующих причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. При этой патологии возрастает частота оперативного родоразрешения. Преэклампсия способствует развитию отягощающих беременность патологических состояний и возникновению осложнений в родах. В большинстве случаев на фоне преэклампсии формируется плацентарная недостаточность из-за чего возникают нарушения роста и развития плода, а в последствии – нарушения физического и психоэмоционального развития ребенка. Женщины, перенесшие преэклампсию, имеют повышенный риск развития ИБС, артериальной гипертензии, сахарного диабета в последующем. На развитие данной патологии оказывают влияние определенные состояния материнского организма, некоторые особенности течения беременности, их относят к факторам риска. Своевременное выявление факторов риска и ранняя диагностика преэклампсии способствует снижению тяжелых форм и улучшению прогноза течения беременности. Актуальным для изучения в настоящее время остаётся тактика ведения и методы родоразрешения беременных с преэклампсией.

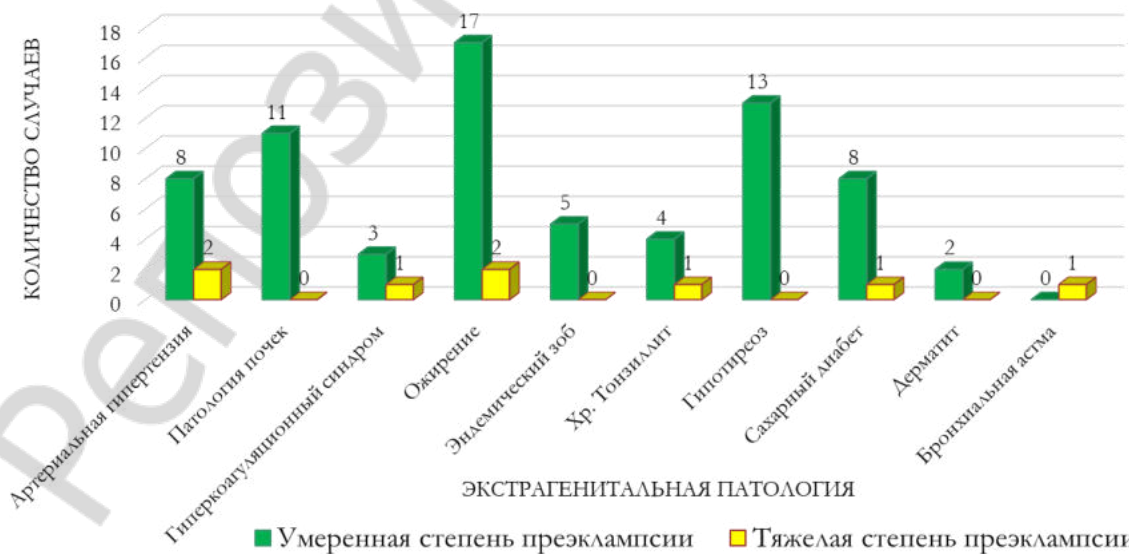
**Цель:** выявить факторы риска развития преэклампсии, охарактеризовать клинические формы и диагностические критерии преэклампсии, проанализировать методы ведения беременных, течение и исходы беременностей.

**Задачи:**

1. Выявить факторы риска развития преэклампсии.
2. Установить закономерность между имеющейся экстрагенитальной патологией и течением преэклампсии.
3. Изучить диагностические критерии преэклампсии.
4. Изучить клинические формы и особенности течения преэклампсии.
5. Изучить тактику ведения беременных.
6. Оценить методы родоразрешения беременных с преэклампсией.

**Материал и методы.** В ходе исследования проанализирована 81 история родов пациенток с преэклампсией, находящихся на стационарном лечении УЗ «1-ая городская клиническая больница» с 2017 по 2018 год. Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета программ Statistica 13.3.

**Результаты и их обсуждение.** В процессе работы установлено, что преэклампсия умеренной степени выявлена у 65 пациенток (80%), тяжелой степени у 16 пациенток (20%). Преэклампсия чаще встречается в 31-35 лет: 18 случаев (27%) при умеренной степени преэклампсии и 3 случая (20%) при тяжелой степени преэклампсии. Среди экстрагенитальной патологии при умеренной степени преэклампсии преобладают: ожирение 17 (24%), первичный гипотиреоз 13 (18%), почечная патология 11 (16%), сахарный диабет 8 (11%), артериальная гипертензия 8 (11%). А при тяжелой степени преэклампсии при экстрагенитальной патологии преобладают: ожирение 2 (25%) и артериальная гипертензия 2 (25%) в равной степени. В меньшей степени влияет гиперкоагуляционный синдром при умеренной степени тяжести 3 (4%), а при тяжелой степени преэклампсии 1 (12,5%).



**Рис.1** – Сопутствующая экстрагенитальная патология у пациенток с преэклампсией

Среди генитальной патологии при умеренной степени преэклампсии преобладают: миома матки 8 (22%), дисплазия шейки матки 7 (19%), герпетическая инфек-

ция 5 (14%). А при тяжелой степени преэклампсии при генитальной патологии преобладают: кольпит 4 (31%), дисфункция яичников 3 (23%) и хронический цервицит 3 (23%). В меньшей степени влияет бесплодие в анамнезе 3% при умеренной степени преэклампсии.



**Рис.2** – Сопутствующая генитальная патология у пациенток с преэклампсией

Преэклампсия при первой беременности выявлена в 55% при умеренной степени преэклампсии и 69% при тяжелой степени преэклампсии. Исследование исходов беременностей показало: 51% - роды при умеренной степени преэклампсии и 69% - роды при тяжелой степени преэклампсии. Наиболее частым сроком гестации при установлении диагноза «преэклампсия» является 264-274 день беременности при умеренной степени преэклампсии - 28%, а при тяжелой степени преэклампсии - 25%. Осложнения со стороны плода: чаще ХФПН и ХГП - 41% при умеренной степени преэклампсии, реже СЗРП 7.5%, а также ХФПН и ХГП 40% при тяжелой степени преэклампсии, реже СРЗП 15%.



Рис.3 - Осложнения беременности со стороны плода у пациенток с преэклампсией

Осложнения со стороны матери: угроза преждевременных родов при умеренной степени преэклампсии 24%, а при тяжелой степени преэклампсии 30%.



Рис.4 - Осложнения беременности со стороны матери у пациенток с преэклампсией

Среди методов родоразрешения преобладает операция кесарево сечение (64%) под спинномозговой анестезией (81%). Состояние новорожденных: доношенный 75%, оценка по шкале Апгар: 8/8, 8/9 – 96%.

**Выводы:**

- 1 Во время беременности в большинстве случаев преобладает умеренная преэклампсия (80%).
- 2 Основные предрасполагающие факторы развития преэклампсии:

Возраст женщин: 31 - 35 лет (26%) и 18 - 25 лет (21%), чаще встречается умеренная преэклампсия в возрасте 31-35 лет (27%), тяжелая – одинаково часто в возрасте от 26 до 40 лет (20%).

Первая беременность (при умеренной степени преэклампсии – 55%, при тяжелой степени преэклампсии – 69%).

Бесплодие в анамнезе (13%).

Экстрагенитальная патология: при умеренной преэклампсии – ожирение (24%), первичный гипотиреоз (18%), почечная патология (16%), сахарный диабет (11%), артериальная гипертензия (11%), а при тяжелой – ожирение (25%), артериальная гипертензия (25%), сахарный диабет (12,5%).

3 Преобладающий срок гестации при установлении диагноза «умеренная преэклампсия»: 264-274 (28%), а при установлении диагноза «тяжелая преэклампсия»: 264-274 (25%).

4 Наиболее частые осложнения со стороны организма матери: при умеренной преэклампсии - слабость родовой деятельности (24%), угроза преждевременных родов (24%), преждевременное излитие околоплодных вод (21%), а при тяжелой преэклампсии – угроза преждевременных родов (30%), преждевременное излитие околоплодных вод (20%).

5 Наиболее частые осложнения со стороны плода: при умеренной преэклампсии – хроническая гипоксия плода (41%), хроническая фетоплацентарная недостаточность (41%), синдром задержки роста плода (7,5%), а при тяжелой преэклампсии – хроническая гипоксия плода (40%), хроническая фетоплацентарная недостаточность (40%), синдром задержки роста плода (15%).

6 Пациентки с преэклампсией родоразрешались преимущественно путем операции кесарево сечение (64%), под спинальной анестезией (81%). При умеренной степени преэклампсии родоразрешались путем операции кесарево сечение – 59%, при тяжелой степени преэклампсии родоразрешались путем операции кесарево сечение – 56%.

7 Состояние новорожденных на фоне проведенного лечения в большинстве случаев удовлетворительное: Апгар 8/8, 8/9 – 96%. Большая часть новорожденных – доношенные (75%).

#### Литература

1. Акушерство: учебное пособие/Ю.К.Малевич и др.; под общей ред. Ю.К.Малевича.– Минск: Беларусь, 2017.– 511с.:ил.
2. Преэклампсия и эклампсия: современная классификация, этиопатогенез, диагностика, лечение и неотложная помощь: учебно-методическое пособие / В. Н. Сидоренко [и др.]. – Минск: БГМУ, 2017. – 20 с.
3. Об утверждении клинического протокола «Медицинское наблюдение и оказании медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии»: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь. № 17 от 19.01.2018 г.
4. Барановская Е.И. Гипертензия у беременных и преэклампсия / Барановская Е.И. // Медицинские новости – 2017. – № 6 – С. 1-2.