

**Ю.О. Быцко**

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ  
И ЕЕ ИСХОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ**

**Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Н.С. Акулич**

*Кафедра акушерства и гинекологии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Y.O. Bytsko**

**COMPARATIVE ANALYSIS OF THE COURSE OF PREGNANCY  
AND ITS OUTCOMES IN PATIENTS WITH PRE-ECLAMPSIA**

**Tutor: associate professor N.S. Akulich**

*Department of Obstetrics and Gynecology*

*Belarusian State Medical University, Minsk*

**Резюме.** Проведен ретроспективный анализ 120 историй родов пациенток с преэклампсией из архива УЗ «1 ГКБ» за 2022 год с целью выявления различий течения беременности и ее исходов в группах с различными степенями тяжести преэклампсии.

**Ключевые слова:** преэклампсия, артериальная гипертензия, ожирение, преждевременные роды.

**Resume.** A retrospective analysis of 120 birth histories of patients with pre-eclampsia from the archive of the 1st City Clinical Hospital for 2022 was carried out in order to detect differences in the course of pregnancy and its outcomes between groups with various degrees of severity.

**Keywords:** pre-eclampsia, arterial hypertension, obesity, premature birth.

**Актуальность.** Вероятность развития преэклампсии (ПЭ) существует практически у каждой беременной [1]. Развитие данной патологии связано с количеством и степенью тяжести факторов риска, сопутствующей патологией. Тяжелая преэклампсия и ее осложнения, в свою очередь, занимают лидирующие позиции среди причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности во всем мире. На этапе прегравидарной подготовки и на ранних сроках беременности необходимо выявлять факторы риска развития преэклампсии умеренной и тяжелой степени для проведения своевременной и адекватной профилактической терапии.

**Цель:** выявить причины развития преэклампсии различной степени тяжести, проанализировать исходы беременности и родов.

**Задачи:**

1. Выяснить, какие из факторов риска являются лидирующими для развития тяжелой преэклампсии.
2. Определить, в какой группе пациентов чаще встречаются преждевременные роды.
3. Выявить, какие способы родоразрешения преобладают в каждой из групп наблюдения.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ 120 историй родов пациенток с преэклампсией, госпитализированных в УЗ «1 ГКБ» г. Минска в 2022 году, беременность которых завершилась родоразрешением. Женщины, у которых были диагностированы тяжелая коронавирусная инфекция, перенесенная на ранних

сроках беременности, онкологические заболевания, эклампсия в родах были исключены из исследуемой выборки.

Полученную выборку стратифицировали на две группы по степени тяжести преэклампсии: с умеренной и тяжелой преэклампсией. В **группу 1** включили **91 (75,8%)** пациентку с умеренной преэклампсией. Умеренная преэклампсия была диагностирована на основании:

- АГ — САД  $\geq 140$  мм рт. ст. или ДАД  $> 90$  мм рт. ст., возникшие при сроке беременности  $> 20$  нед. у женщины с нормальным артериальным давлением в анамнезе;

- протеинурия  $\geq 0,3$  г/л белка в 24-часовой пробе мочи.

Во **2 группу** — **29 (24,2%)** пациенток с тяжелой преэклампсией, то есть при наличии симптомов умеренной ПЭ и  $\geq 1$  из следующих критериев:

- АГ — САД  $\geq 160$  мм рт. ст. или ДАД  $> 110$  мм рт. ст. при двукратном измерении с интервалом в 6 ч в состоянии покоя;

- протеинурия  $\geq 5,0$  г/л в 24-часовой пробе мочи или  $> 3$  г/л в двух порциях мочи, взятой с интервалом в 6 ч;

- олигурия  $< 500$  мл за 24 ч;

- церебральные или зрительные симптомы (головная боль, мелькание мушек и т.д.);

- отек легких, цианоз, боли в эпигастральной области или правом верхнем квадранте;

- нарушение функции печени (повышение АЛТ, АСТ);

- тромбоцитопения ( $< 100 \times 10^6$ /л);

- задержка роста плода [2].

Статистическая обработка данных включала описательную статистику, анализ и проверку межгрупповых различий. Проверку распределения каждого числового показателя на статистически значимое различие с нормальным законом распределения проводили с помощью критерия Шапиро-Уилка. Для статистической проверки гипотез в выборках с нормальным распределением использовали критерий Стьюдента, с ненормальным распределением — критерий Манн-Уитни. Для статистической проверки качественных признаков использовали критерий  $\chi^2$ . Уровень значимости для всех результатов статистической обработки данных и проверки статистических гипотез принимали равным 0,05 ( $p < 0,05$ ). Статистическая обработка проводилась с помощью программной среды для статистического анализа Jami.

**Результаты и их обсуждение.** Женщины обеих исследуемых групп были сопоставимы по возрасту и паритету родов. Средний возраст 1 группы — 29,1, 2 группы — 30,8 ( $p = 0,936$ ). В среднем паритет родов в обеих группах — 1,5 ( $p = 0,527$ ).

Частота экстрагенитальной патологии исследуемых женщин статистически значимо не различалась. При этом обращали на себя внимание более высокая встречаемость *хронической артериальной гипертензии, существовавшей до беременности*, и *ожирения* среди пациенток с тяжелой преэклампсией. В 2 группе

ожирение встречалось чаще, чем в 1 группе, как и хроническая артериальная гипертензия. Кроме того, обе группы были проанализированы по частоте встречаемости сахарного диабета, болезней системы крови, гипотиреоза (Табл. 1).

**Табл. 1.** Соматический анамнез

Заболевание	Группа 1 (n = 91)	Группа 2 (n = 29)	$\chi^2$	P
Ожирение	26 (28,6%)	11 (37,9%)	1,16	0,559
Сахарный диабет	18 (19,8%)	5 (17,2%)	0,09	0,762
Болезни системы крови	13 (14,3%)	4 (13,8%)	0,004	0,947
Артериальная гипертензия	16 (17,6%)	10 (34,5%)	3,7	0,054
Гипотиреоз	6 (6,6%)	2 (6,9%)	0,003	0,955

Срок беременности, на котором родоразрешали обследуемых женщин, имел статистически значимые различия. Средний срок гестации на момент родоразрешения в 1 группе —  $272 \pm 12,1$  дня, во 2 —  $256 \pm 19,4$  ( $p < 0,001$ ). В 1 группе процент преждевременных родов равен 13,2, во 2 группе — 44,9 ( $p < 0,001$ ).

Структура способов родоразрешения в исследуемых группах выглядит следующим образом (Диагр. 1): в 1 группе наиболее часто встречаются самопроизвольные срочные роды, во 2 — кесарево сечение при срочных родах.



**Диагр. 1** — Способы родоразрешения ( $\chi^2 = 30,2$ ,  $p < 0,001$ )

Статистически значимых различий по массе и росту плода у женщин исследуемых групп не выявлено ( $p = 0,073$ ;  $p = 0,052$ ).

**Выводы:**

1. Хроническая артериальная гипертензия и ожирение среди соматической патологии являются лидирующими факторами риска для развития тяжелой преэклампсии. В то же время степень тяжести преэклампсии не зависит от возраста матери и паритета.

2. Риск преждевременных родов в 3,4 раза выше при тяжелой преэклампсии, по сравнению с умеренной.

3. В большинстве случаев пациенты с тяжелой преэклампсией родоразрешаются путем операции кесарево сечение (93,2%). В группе пациенток с умеренной преэклампсией роды чаще самопроизвольные (57,1%).

**Литература**

1. Взаимосвязь протеинурии, регистрируемой перед родоразрешением, с исходом беременности и родов у пациенток с преэклампсией / Н.Ю. Пылаева, Е.М. Шифман, А.В. Куликов, и др. // Доктор.Ру. – 2021. – 20(6). – С. 26–32.

2. Савельева, Г. М. Акушерство / Г. М. Савельева, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова [и др.]; под ред. Г. М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 1080 с.