

УДК 618.36-007.274

**АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ
БЕРЕМЕННЫХ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ
ПРИКРЕПЛЕНИЕМ (ВРАСТАНИЕМ)
ПЛАЦЕНТЫ**

Шаповалова Ольга Александровна – канд. мед. наук
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар

Гусева Елена Сергеевна
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар

Лобач Светлана Васильевна
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар

В статье предпринята попытка оценить влияние факторов риска (прием ацетилсалициловой кислоты/НМГ, возраст, паритет родов) на развитие тяжелой и умеренной преэклампсии, а также возможность профилактики ее развития. Проведен анализ историй болезни беременных женщин перинатального центра Краевой клинической больницы № 2 с тяжелыми и умеренными преэклампсиями за 2022 г. На основе анализа полученных результатов пришли к выводу, что у беременных, входящих в группу риска и не относящихся к ней, количество преждевременных родов и в доношенном сроке гестации с развитием преэклампсии возможно практически в одинаковом соотношении. В этом случае находящиеся в группе риска с целью профилактики должны получать ацетилсалициловую кислоту/НМГ.

Ключевые слова: ПРЕЭКЛАМПСИЯ,
АКУШЕРСТВО, ПРИКРЕПЛЕНИЕ
(ВРАСТАНИЕ) ПЛАЦЕНТЫ

UDC 618.36-007.274

**ANALYSIS OF CASES OF DELIVERY
OF PREGNANT WOMEN WITH
PATHOLOGICAL ATTACHMENT
OF THE PLACENTA
(PLACENTA ACCRETION)**

Shapovalova Olga Alexandrovna – MD
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar

Guseva Elena Sergeevna
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar

Lobach Svetlana Vasilievna
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar

The attempting to assess the influence of risk factors (taking acetylsalicylic acid/LMWH, age, parity of births) on the development of severe and moderate preeclampsia; and the possibility of preventing its development was carried out in the article. An analysis of the pregnant women medical records who were treated in the perinatal center of the Regional Clinical Hospital No. 2 with severe and moderate preeclampsia was performed for 2022. Based on the analysis of the results obtained we have come to the conclusion that pregnant women from the risk group and those not included in it had almost the same proportion in the number of premature births and in full-term gestation with the development of preeclampsia. In this case, women from the risk should receive acetylsalicylic acid/LMWH for prevention.

Key words: PREECLAMPSIA, OBSTETRICS
ATTACHMENT (INGROWTH) PLACENTAS

ВВЕДЕНИЕ

Гипертензивные расстройства во время беременности, возникающие в 5–10 % наблюдений, являются одной из ведущих причин материнской и в 20–25 % случаев – перинатальной смертности. Особое место среди них занимает преэклампсия (ПЭ), частота развития которой во время беременности составляет 2–8 %. В мире 10–15 % всех случаев материнской смертности связаны с ПЭ или эклампсией, что составляет 70 000 смертей в год [9, 10]. Раннее начало ПЭ (с дебютом до 340 нед беременности) является основным фактором, приводящим к материнской и перинатальной смертности [6, 11].

В 2018 г. в Российской Федерации среди беременных на 1000 родов частота артериальной гипертензии (АГ) составила 46,9; умеренной ПЭ – 27,4; тяжелой ПЭ – 8,4 и эклампсии – 0,12 соответственно. По данным Минздрава России, в течение последнего десятилетия в списке причин материнской смертности гипертензивные осложнения беременности занимают четвертое место [12]. Кроме того, они приводят к тяжелым заболеваниям, инвалидизации матерей и детей. При надлежащем междисциплинарном менеджменте большая часть случаев неблагоприятных исходов является предотвратимой.

Поскольку последствия тяжелых гипертензивных расстройств снижают качество последующей жизни женщины (высокая частота развития атеросклероза, сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний), приводят к высокой частоте нарушений физического и психосоматического развития рожденных детей, а также риску появления у них в будущем соматических заболеваний, поэтому обозначенная в статье медицинская проблема является социально значимой.

Патогенез этого осложнения во время беременности не вполне ясен. Существующая в настоящее время теория предполагает две стадии развития ПЭ. На первой стадии происходит поверхностная инвазия трофобласта, что

приводит к неадекватному ремоделированию спиральных артерий [6, 7]. Предположительно, в этом заключается причина возникновения второй стадии – реакция на дисфункцию эндотелия у матери и дисбаланс между ангиогенными и антиангиогенными факторами, что приводит к появлению клинических признаков заболевания [6, 7]. При позднем развитии заболевания (с дебютом после 34 нед беременности) плацентация обычно происходит нормально, однако потребности фетоплацентарной системы превышают возможности кровоснабжения. Плацента, безусловно, играет важную роль в появлении ПЭ. Однако все больше доказательств подтверждают, что это осложнение после 34 нед беременности развивается при участии сердечно-сосудистой системы и особенностей гемодинамических процессов у матери, влияющих на функцию плаценты.

Проанализированы 243 случая, когда беременность была осложнена развитием преэклампсии, из них умеренные преэклампсии составляли 109 (45 %), тяжелые преэклампсии – 134 (55 %). Среди тяжелых осложнений беременности наблюдали одиннадцать случаев формирования HELLP-синдрома (пять – в срок гестации 38 нед, шесть – 34–35 нед); один случай эклампсии – в сроке гестации 35 нед.

Анализ случаев развития умеренной преэклампсии

Изучено 109 историй беременности пациенток со случаями умеренной преэклампсии, которые проходили лечение в отделении патологии беременных № 1 за 2022 г. Из них 62 беременные (56,9 %) входили в группу риска, 47 (43,1 %) не относились к ней.

В группе риска 27 чел. (43,5 %) получали ацетилсалициловую кислоту/низкомолекулярные гепарины (НМГ) (16/11); 35 пациенток (56,5 %) – соответственно нет.

Среди входящих в группу риска по развитию ПЭ (62 чел.) преждевременными родами завершились 17 случаев беременности – 27,4 %. Семь женщин (41,2 %) с состоявшимися родами в недоношенном сроке гестации получали ацетилсалициловую кислоту/ НМГ.

Из входящих в группу риска по развитию ПЭ (62 чел.) 45 беременностей (72,6 %) завершились родоразрешением в доношенном сроке гестации, 20 пациенток (44,4 %) получали ацетилсалициловую кислоту/НМГ.

Среди беременных, не входящих в группу риска по развитию ПЭ (47 чел.), преждевременными родами завершились 13 случаев (27,7 %); 34 беременности (72,3 %) – родоразрешением в доношенном сроке гестации.

Обследуемая группа беременных (109 чел.) включала 50 чел. (45,9 %) первобеременных; 59 чел. (54,1 %) – повторнобеременных; первородящие составили 61 чел. (56 %); повторнородящие – 48 чел. (44 %).

Распределение случаев умеренной преэклампсии среди беременных по возрастной категории: до 20 лет – 3 чел. (3,27 %); 20–25 лет – 21 чел. (22,89 %); 26–30 лет – 29 чел. (31,61 %); 31–35 лет – 28 чел. (30,52 %); 36–40 лет – 18 чел. (19,62 %); 41–45 лет – 8 чел. (8,72 %); более 45 лет – один человек (1,09 %).

Индекс массы тела (ИМТ) учитывали у 70 чел. (64,2 %). У 37 (52,9 %) пациенток наблюдали I степень ожирения; у 19 (27,1 %) женщин – II степень; у 14 (20 %) – III степень. Для 39 чел. (35,8 %) не учитывали ИМТ.

Преждевременными родами завершились 30 случаев (27,5 %) от общего числа; родами в срок – 79 случаев (72,4 %).

Преиндукцию и индукцию проводили у 43 чел. (39,5 %), преиндукцию родов – у 37 женщин (86 %). Назначение: 1 таблетка Миропристона – 11 чел., из них с индукцией – три случая; 2 таблетки Миропристона – 24 чел., из них с индукцией – три случая; динопрост – 1 чел.

Дилатирующий катетер установлен одному пациенту.

Индукцию родов проводили у 12 чел. (28 %); из них по три случая после одной и двух таблеток Миропристона. Только индукцию родов назначали 6 чел. (14 %).

Родоразрешение путем операции кесарева сечения (КС) проводили 68 (62,4 %) беременным; из них после преиндукции с применением одной таблетки Миропристона – 3 чел. После назначения одной таблетки Миропристона с последующей индукцией беременность завершилась кесаревым сечением у 2-х чел.; после преиндукции с использованием двух таблеток Миропристона – 4 случая кесарева сечения.

Таким образом, из проведенных преиндукций и индукций 9 случаев (20,9 %) завершились оперативным родоразрешением; остальные 34 случая (79,1 %) были родоразрешены консервативным путем.

После проведенных преиндукций и индукций рождены 43 ребенка:

8–9 баллов – 34 ребенка;

7–8 баллов – 1 ребенок;

7–7 баллов – 7 детей,

6–7 баллов – 1 ребенок.

Без проведения преиндукции и индукции рождены 66 детей:

8–9 баллов – 25 детей;

8–8 баллов – 4 ребенка;

7–8 баллов – 6 детей;

7–7 баллов – 10 детей;

6–7 баллов – 8 детей;

6–6 баллов – 3 ребенка;

5–6 баллов – 9 детей;

4–5 баллов – 1 ребенок.

Дети рождены с признаками гипоксии, если срок гестации приходился на 32–35 нед.

Анализ случаев развития тяжелой преэклампсии

Исследовали 134 истории беременных со случаями умеренной преэклампсии, которые проходили лечение в отделении патологии № 1 за 2022 г. Из них 77 чел. (57,5 %) входили в группу риска; 57 чел. (42,5 %) соответственно не относились к ней.

Среди 77 пациенток, входивших в группу риска, 39 чел. (50,6 %) получали ацетилсалициловую кислоту/НМГ (24/15). Из входящих в группу риска по развитию ПЭ 38 (49,4 %) беременных не получали ацетилсалициловую кислоту/НМГ. Преждевременными родами завершились 44 случая (57 %), в недоношенном сроке гестации ацетилсалициловую кислоту/НМГ получали 27 чел. (61,4 %).

Из входящих в группу риска по развитию ПЭ (77 чел.) 33 беременности (42,9 %) завершились родоразрешением в доношенном сроке гестации, 12 пациенток (36,4 %) получали ацетилсалициловую кислоту/НМГ.

Среди беременных, не входящих в группу риска по развитию ПЭ (57 чел.), преждевременными родами закончились 37 случаев (65 %); 20 беременностей (35 %) завершились родоразрешением в доношенном сроке гестации.

Группа беременных включала 134 чел.: 67 – первобеременные (50 %), 67 чел. (50 %) – повторобеременные, 89 – первородящие (66,4 %), 45 чел. – повторнородящие (33,6 %).

Распределение случаев тяжелой преэклампсии по возрастным категориям: до 20 лет – 16 чел.; 20–25 лет – 24 (12 %); 26–30 лет – 33 чел. (24 %); 31–35 лет – 34 чел. (24 %); 36–40 лет – 20 чел. (16 %); 41–45 – 7 чел. (5,6 %); более 45 лет – 0 чел. (0 %).

Индекс массы тела (ИМТ) учитывали у 63 чел. (47 %). У 39 (62 %) пациенток наблюдали I степень ожирения; по 12 чел. (19 %) – II и III степени ожирения. Для 71 чел. (53 %) не учитывали ИМТ.

Преждевременными родами завершились 53 случая (40 %), родами в срок – 81 случай (60 %). Из 134 только 7 случаев – консервативное родоразрешение (5 доношенных, 2 недоношенных детей в 36 и в 33 нед), 127 случаев – кесарево сечение.

Индукция родов проведена у трех человек, один случай завершился кесаревым сечением (дети – 8–9 баллов).

При тяжелой ПЭ рождены:

8–9 баллов – 20 детей;

8–8 баллов – 14 детей;

7–8 баллов – 8 детей;

7–7 баллов – 23 ребенка;

6–7 баллов – 8 детей;

6–6 баллов – 11 детей;

5–6 баллов – 32 ребенка;

4–5 баллов – 15 детей;

3–5 баллов – 1 ребенок (28 нед);

2–4 балла – 2 ребенка (28–30 нед).

В доношенном сроке гестации рождены дети: 7 – на 7 баллов, 8 – 8 баллов, 8 – 9 баллов; 6 – на 6–7 баллов.

Итоги проведенного анализа результатов исследования историй болезни беременных женщин перинатального центра Краевой клинической больницы № 2 представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Результаты проведенного анализа

Умеренная ПЭ	109	Преждевременные роды – 30	Срочные роды – 79
Входящие в группу риска	62 (56,9 %)	17 (27,4 %)	45 (72,6 %)
– получающие АСК/НМГ	27 (43,5 %)	7 (41,2 %)	20 (44,4 %)
– не получающие АСК/НМГ	35 (56,5 %)	10 (58,8 %)	25 (55,6 %)

Не входящие в группу риска	47 (43,1 %)	13 (27,7 %)	34 (72,3 %)	
Первобеременные	50 (45,9 %)			
Повторнобеременные	59 (54,1 %)			
Первородящие	61 (56 %)			
Повторнородящие	48 (44 %)			
Возрастная категория				
– до 20 лет	3 (3,27 %)			
– 20–25 лет	21 (22,89 %)			
– 26–30 лет	29 (31,61 %)			
– 31–35 лет	28 (30,52 %)			
– 36–40 лет	18 (19,62 %)			
– 41–45 лет	8 (8,72 %)			
– более 45 лет	1 (1,09 %)			
Без ИМТ	39 (35,8 %)			
ИМТ	70 (64,2 %)			
I ст. ожирения	37 (52,9 %)			
II ст. ожирения	19 (27,1 %)			
III ст. ожирения	14 (20 %)			
Тяжёлая ПЭ	134	Преждевременные роды	Срочные роды	
Входящие в группу риска	77 (57,5 %)	44 (57 %))	33 (42,9 %)	
– получающие АСК/НМГ	39 (50,6 %)	27 (61,4 %)	12 (36,4 %)	
– не получающие АСК/НМГ	38 (49,4 %)	17 (38,6 %)	21 (36,6 %)	
Не входящие в группу риска	57 (42,5 %)	37 (65 %)	20 (35 %)	
Первобеременные	67 (50 %)			
Повторнобеременные	67 (50 %)			
Первородящие	89 (66,4 %)			
Повторнородящие	45 (33,6 %)			
Возрастная категория				
– до 20 лет	16 (%)			
– 21–25 лет	24 (12 %)			
– 26–30 лет	33 (24 %)			
– 31–35 лет	34 (24 %)			
– 36–40 лет	20 (16 %)			
– 41–45 лет	7 (5,6 %)			
– более 45 лет	0			
Без ИМТ	71 (53 %)			
ИМТ	63 (47 %)			
I ст. ожирения	39 (62 %)			
II ст. ожирения	12 (19 %)			
III ст. ожирения	12 (19 %)			

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного анализа показали, что осложнение беременности в виде преэклампсии происходит у пациенток, входящих в группу риска по этому осложнению.

Если оценивать паритет родов и беременностей, то в обеих группах пациенток как входящих в группу риска по развитию преэклампсии, так и не относящихся к ней, это осложнение чаще наблюдалось у первородящих. При этом как у первобеременных, так и у повторобеременных развитие случаев преэклампсии происходило практически в равном диапазоне. В обеих группах женщин частота развития преэклампсии приходилась на возрастную категорию – от 20 до 40 лет, в большей степени – 26–35 лет.

Развитие умеренной и тяжелой преэклампсии у беременных в большинстве случаев относилось к доношенному сроку гестации, а также у пациенток, не получавших ацетилсалициловую кислоту.

Проведенный анализ историй болезни беременных женщин перинатального центра Краевой клинической больницы № 2 показал, что количество родов преждевременных и в доношенном сроке гестации у пациенток, входящих в группу риска по развитию преэклампсии и не относящихся к ней, возможно почти в равном соотношении, если находящиеся в группе риска с целью профилактики будут получать ацетилсалициловую кислоту/НМГ.

Список литературы

1. Клинические рекомендации – Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. – 2021-2022-2023 (24.06.2021) – Утверждены Минздравом РФ.
2. Преэклампсия у беременных с ожирением: обзор литературы / *А. М. Мусанова, В. Н. Локин, Р. Кажигаликызы.*
3. Раннее прогнозирование преэклампсии: обзор литературы / *С. О. Дубровина, Ю. С. Муцалханова, В. В. Васильев.*
4. *Ефим Шифман.* Преэклампсия. Эклампсия. HELLP-синдром.
5. Преэклампсия: обзор литературы / *Ф. С. Зарудий, Л. С. Громакова, Р. Т. Рахманова, А. Л. Фролов.*