

Краткие сообщения

УДК: 618.3-06-009.24-02-036.8

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ

Е. В. Смирнова*,
И. А. Панова, доктор медицинских наук

ФГБУ «Ивановский государственный научно-исследовательский институт материнства и детства им. В. Н. Городкова» Минздрава России, 153045, Россия, г. Иваново, ул. Победы, д. 20

Ключевые слова: преэклампсия, факторы риска, исходы беременности, экстрагенитальная патология.

* Ответственный за переписку (corresponding author): dr_elena_88@rambler.ru

Преэклампсия (ПЭ) сохраняет ведущее место среди причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, осложняя 2–8% беременностей [2]. В соответствии с МКБ X пересмотра выделяют: преэклампсию средней тяжести (код по МКБ-X O14) и тяжелую (код по МКБ-X O14.1). Наиболее признанными анамнестическими данными, которые рассматриваются как предикторы ПЭ, являются индекс массы тела, первая беременность и ПЭ в анамнезе. В настоящее время выделены факторы риска развития ранней и поздней ПЭ, факторы риска присоединения ПЭ у женщин с хронической артериальной гипертензией. Разграничение ПЭ по степени тяжести и своевременная диагностика данной патологии позволит определить оптимальную тактику ведения, выделить группу риска по досрочному родоразрешению, что, в свою очередь, приведет к снижению показателей перинатальной заболеваемости и смертности.

Цель исследования – уточнить медико-биологические факторы риска развития преэклампсии средней и тяжелой степени, оценить исходы беременности при ее наличии.

На базе акушерской клиники ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства имени В. Н. Городкова» Минздрава России проведен клинико-экспертный анализ 170 историй родов. Группу контроля составили 70 женщин с нормальными показателями артериального давления, основную группу – 100 пациенток с ПЭ, которые в зависимости от ее степени тяжести были разделены на 2 подгруппы: 50 беременных с ПЭ средней степени тяжести и 50 – с тяжелой ПЭ. Математические методы включали статистический анализ,

осуществляемый в пакете прикладных лицензионных программ Microsoft Office 2007, Excel 2007; методы клинической эпидемиологии (расчет значений относительного риска – ОР, доверительно-го интервала – ДИ при уровне значимости 95%) с применением системы OpenEpi. Статистическая значимость различий между показателями оценивалась с использованием критериев Стьюдента (уровень $p < 0,05$ считался значимым).

В результате проведенного анализа выявлено, что средний возраст пациенток с ПЭ не отличался от такового в группе контроля ($28,4 \pm 0,58$ и $27,6 \pm 0,60$ года) вне зависимости от степени тяжести ПЭ ($p < 0,05$). Среди женщин с ПЭ (21,0%) по сравнению с контрольной группой (10,0%) чаще встречались состоявшие в незарегистрированном браке ($p < 0,05$). Женщины с ПЭ средней степени тяжести (57,0%) чаще имели среднее образование по сравнению с пациентками группы контроля (42,9%) ($p < 0,02$), что повышало риск развития ПЭ средней степени тяжести в 1,66 раза (95%-ный ДИ 1,06–2,62).

Экстрагенитальная патология чаще встречалась в группе женщин с ПЭ (83,0%) по сравнению с контролем (48,6%), что повышало риск развития ПЭ средней степени тяжести в 2,49 раза (95%-ный ДИ 1,38–4,47), а тяжелой ПЭ – в 3,43 раза (95%-ный ДИ 1,69–6,95). Среди перенесенных инфекционных заболеваний у женщин с ПЭ по сравнению с контрольной группой чаще встречались ОРЗ, грипп, отит и ангина ($p < 0,001$, $p < 0,01$, $p < 0,01$ и $p < 0,05$ соответственно). Так, ОРЗ в анамнезе повышали риск развития ПЭ средней степени тяжести в 5,22 раза (95%-ный ДИ 1,75–15,6), тяжелой ПЭ – в 7,65 раза (95%-ный ДИ 1,98–29,5), грипп –

соответственно в 1,65 раза (95% ДИ 0,99–2,75) и в 1,91 раза (95%-ный ДИ 1,09–3,32). Перенесенный отит являлся фактором риска развития ПЭ средней степени тяжести, повышая ее развитие в 2,52 раза (95%-ный ДИ 2,02–3,16), тяжелой ПЭ в 2,56 раза (95% ДИ 2,04–3,21), а ангина в анамнезе увеличивала риск развития ПЭ в 1,29 раза (95%-ный ДИ 1,0–1,66). Вирусные гепатиты в анамнезе повышали риск развития ПЭ в 1,58 раза (95%-ный ДИ 1,24–2,03).

В обеих группах с ПЭ по сравнению с группой контроля чаще встречались заболевания мочевыделительной системы, что повышало риск развития ПЭ в 1,88 раза (95%-ный ДИ 1,49–2,36), ПЭ средней степени тяжести – в 2,27 раза (95%-ный ДИ 1,56–3,31), а тяжелой ПЭ – в 2,85 раза (95%-ный ДИ 1,93–4,22). Мочекаменная болезнь (МКБ) и хронический пиелонефрит чаще встречались у женщин с ПЭ по сравнению с контрольной группой ($p < 0,01$ и $p < 0,001$). Установлено, что МКБ повышала риск развития ПЭ средней степени тяжести в 2,2 раза (95%-ный ДИ 1,51–3,22), а тяжелой ПЭ – в 2,28 раза (95%-ный ДИ 1,60–3,24); хронический пиелонефрит увеличивал риск развития ПЭ средней степени тяжести в 1,91 раза (95% ДИ 1,29–2,85), а тяжелой ПЭ – в 2,22 раза (95%-ный ДИ 1,54–3,19). Проявления гипертензивных расстройств при предыдущих беременностях имели место у 9,0% женщин с ПЭ, в том числе в 14% случаев при ПЭ средней степени тяжести ($p < 0,01$ по сравнению с контрольной группой), что повышало риск ее развития в 2,63 раза (95%-ный ДИ 2,08–3,33).

У обследованных с ПЭ вне зависимости от степени тяжести по сравнению с контрольной группой беременность чаще завершилась преждевременными родами (83% случаев в группе с ПЭ, $p < 0,001$). При этом ПЭ средней степени тяжести повышала риск преждевременных родов в 5,77 раза (95%-ный ДИ 3,57–9,33), а тяжелая ПЭ – в 23,5 раза (95%-ный ДИ 7,76–71,2). Наименьший гестационный срок на момент родоразрешения имели женщины группы тяжелой ПЭ ($32,7 \pm 0,43$ недели) по сравнению с обследованными с ПЭ средней степени тяжести, у ко-

торых срок родов составил $34,7 \pm 0,36$ недели гестации ($p < 0,001$). Женщины с ПЭ достоверно чаще родоразрешались путем кесарева сечения (87,0%) в отличие от беременных контрольной группы (40,0%) ($p < 0,001$). При этом ПЭ повышала риск оперативного родоразрешения в 3,2 раза (95%-ный ДИ 1,97–5,21).

В структуре показаний к кесареву сечению у женщин с ПЭ вне зависимости от степени тяжести по сравнению с контрольной группой преобладали: утяжеление гипертензивных нарушений и ухудшение внутриутробного состояния плода ($p < 0,001$). Относительный риск ухудшения внутриутробного состояния плода, как показание к оперативному родоразрешению, при ПЭ составил 1,96 (95%-ный ДИ 1,67–2,3), а утяжеления гипертензивных нарушений – 2,43 (95%-ный ДИ 1,96–3,01). У женщин с тяжелой ПЭ оценка новорожденного по шкале Апгар была самая низкая ($p < 0,001$ по сравнению с ПЭ средней степени тяжести). Наличие у беременной ПЭ повышало риск рождения ребенка в состоянии умеренной асфиксии в 3,07 раза (95%-ный ДИ 2,09–4,51), а в тяжелой – в 1,81 раза (95%-ный ДИ 1,57–2,08). Дети с перинатальной патологией чаще рождались у женщин основной группы по сравнению с контрольной ($p < 0,001$). Установлено, что наличие ПЭ у матери увеличивало частоту перинатальной патологии у новорожденных в 1,98 раза (95%-ный ДИ 1,32–2,97).

Таким образом, факторами риска развития ПЭ и средней, и тяжелой степени тяжести являются: нерегистрированный брак, перенесенные ОРЗ, грипп, отит, ангина, вирусные гепатиты, наличие заболеваний мочевыделительной системы (МКБ, хронический пиелонефрит). Дополнительными факторами риска развития ПЭ средней степени тяжести являются: среднее образование и гипертензивные нарушения при предыдущих беременностях. Развитие ПЭ при беременности, вне зависимости от степени ее тяжести, приводит к увеличению числа преждевременных и оперативных родов, увеличивает частоту перинатальной патологии у новорожденного.

RISK FACTORS FOR DEVELOPMENT OF PREECLAMPSIA OF VARIOUS DEGREES OF SEVERITY AND PREGNANCY OUTCOMES

E. V. Smirnova, I. A. Panova

Key words: preeclampsia, risk factors, pregnancy outcomes, extragenital pathology.