

*ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ*

---

© Султонова Н.А., Наврузов Э.Р., 2015  
УДК 618.3-008-056.52

**ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ  
И ПУТИ ЕЁ СНИЖЕНИЯ**

Н.А. СУЛТОНОВА, Э.Р. НАВРУЗОВ

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

---

**THE RISK FACTORS FOR PRE-ECLAMPSIA IN PREGNANT WOMEN  
AND THE WAYS OF ITS REDUCTION**

N.M. SULTONOVA, E.R. NAVRUZOV

Tashkent medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

На основе ретроспективного анализа индивидуальных карт и историй родов женщин, чьи беременности были отягощены преэклампсией, выявлены факторы риска развития данного осложнения: первая беременность, крайний акушерский возраст (до 20 и старше 35 лет), преэклампсия в репродуктивном анамнезе, синдром ограничения роста плода в репродуктивном анамнезе, фоновая экстрагенитальная патология такие как сахарный диабет, тяжелая анемия, выраженное ожирение, хроническая гипертензия.

*Ключевые слова:* преэклампсия, факторы риска, пути ее снижения.

---

On the basis of the retrospective analysis of individual cards and stories of families of women, whose pregnancies were burdened by a preeclampsia, risk factors of development of this complication are revealed: the first pregnancy, extreme obstetric age (to 20 35 years are also more senior), a preeclampsia in the reproductive anamnesis, a syndrome of restriction of growth of a fruit in the reproductive

**anamnesis, background extragenital pathology such as diabetes, heavy anemia, the expressed obesity, chronic hypertension.**

*Keywords: preeclampsia, risk factors, ways of decrease in a preeclampsia.*

### **Введение**

В странах ближнего зарубежья с относительно высокой рождаемостью преэклампсия составляет 24,0% причин материнской смертности, что говорит об актуальности этой проблемы. Среди ведущих причин в развитии преэклампсии важное место занимает развивающаяся хроническая плацентарная недостаточность, которая обусловлена нарушениями физиологического взаимодействия между материнскими, плацентарными и плодовыми компонентами фетоплацентарной системы [1, 2, 3, 4]. В связи с этим изучение и оценка факторов риска развития преэклампсии и проведение профилактики у беременных является актуальной проблемой в акушерстве [5, 6, 7, 8-10].

### **Цель исследования**

Проведение оценки факторов риска развития преэклампсии и определить пути её снижения.

### **Материалы и методы**

В клинические испытания включены 86 беременные, которые разделены на 3 группы:

1 группа – 30 беременные, у которых имеется риск развития преэ-

ламписии, за которыми проводилось клиническое наблюдение в динамике гестационного периода и родов;

2 группа – 28 беременные, у которых имеется риск развития преэклампсии, которым помимо клинического наблюдения проводилась комбинированная терапия;

3 группа – 28 здоровые беременные без соматической и акушерской патологии.

Кроме того, для изучения особенностей риска развития и течения преэклампсии у беременных, нами проведен анализ архивного материала родильного комплекса 4-ГКБ им. И. Эргашева – 93 индивидуальных карт и историй родов у беременных с преэклампсией.

Критериями включения в исследование явились: наличие преэклампсии у матери или сестры; преэклампсия в предыдущих браках мужа; преэклампсия в предыдущих родах; гипертензия различного генеза; заболевания почек; алиментарное ожирение; большой промежуток между родами; старая первородящая; юная первородящая;

Критерии исключения для всех групп: сахарный диабет, тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы (пороки сердца, ишемическая болезнь сердца, нарушения сердечного

ритма, кардиомиопатия, болезни аорты), заболевания щитовидной железы, пороки развития плода, заболевания крови, многоплодная беременность.

Все беременные в I, II и III триместрах проходили традиционное общеклиническое и специальное обследование, которое включало в себя: сбор анамнеза, клинический осмотр, оценка прибавки в весе, акушерское обследование, ультразвуковое исследование фетоплацентарной системы и плода, доплерометрия маточно-плацентарных сосудов, консультации эндокринолога и терапевта, окулиста, лабораторные методы исследования: клинический анализ крови и мочи, анализ выделения, а также биохимические анализы крови, кровь на определение RW и СПИД, кровь на определение Hbs антигена и гепатита С и коагулограмма. Комбинированную терапию составили применение препаратов омега-3 и тивортина. Препарат омега-3 (Витрум кардио) принимали по 1 капсуле 1 раз в день с 16-недели беременности. Тивортин по 100мл во внутривенных инфузиях по 5 дней.

### **Результаты и их обсуждение**

Нами проведен анализ архивного материала – 93 индивидуальных карт беременных и истории родов у женщин с риском развития преэклампсии, а также подробный клинико-лабораторный анализ течения беременности и ее исхода у наблюдав-

шихся нами 86 женщин. При изучении архивных данных, в возрасте до 19 лет было 8 беременных, 20-25 лет – 25, 26-30 лет – 20, 31-35 лет-30 и старше 35 лет – 10 беременных. Первородящими были 29 женщин, повторнородящими – 56, многорожавшими – 8 женщин. В анамнезе возраст наступления менархе 11-14 лет был у 63 женщин, 15-17 лет – у 20, старше 17 лет – у 10 женщин. При изучении соматического анамнеза выявлено что у 67 беременных имеется анемия, заболевания почек и мочевыводящих путей у – 12, заболевания органов дыхания у – 4 женщин. При изучении гинекологического анамнеза на первичное бесплодие указывали 9 женщин, а на вторичное – 27. Кисты яичников в анамнезе отмечали 19 женщин. Операции по поводу кистэктомии были у 11 женщин. Течение беременности у этих женщин осложнилось развитием гестационной гипертензии – 34,4% (32), угрозой прерывания беременности – 31,2% (29), гестационным пиелонефритом – 12,9% (12), преэклампсией легкой степени – 45,16% (42) и тяжелой степени – 10,7% (10) случаев. Из 93 анализируемых родов срочных было 79 (84,9%), преждевременных – 3 (3,2%), запоздалых 11 (11,8%). Несвоевременным, чаще дородовым разрывом плодных оболочек осложнилось 30,1% родов, причем чаще он наблюдался у первородящих. Обращает

внимание высокая частота аномалии родовой деятельности – 19,4%, проявляющейся в виде затянувшейся латентной, а также активной фазы, что отражает недостаточную биологическую готовность организма беременной к родам. Кроме того, анализ этих родов показал, что у 26,9% женщин родились крупные новорожденные, с тазовым предлежанием – 3,2%, перенашиванием – 22,5%, гипоксией плода – 33,3% наряду с отягощенным акушерским анамнезом и др. Роды закончились самопроизвольно у 82,8% рожениц, оперативные родоразрешения путем кесарева сечения были произведены у 17,2% рожениц. Наиболее частыми показаниями к операции кесарева сечения служили аномалии родовой деятельности на фоне несвоевременного разрыва плодных оболочек, неудовлетворительный прогресс родов, диспропорция между тазом матери и головкой плода, крупный плод, тазовое предлежание плода, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, наличие рубца на матке. Анализ архивных данных позволил сделать вывод, что при наличии риска развития преэклампсии беременность и роды протекают со специфическими клиническими проявлениями преэклампсии: высокой частотой, ранним возникновением, упорным и рецидивирующим течением, обуславливая значительные гестационные и пери-

натальные осложнения. Материалы архива нашли подтверждение результатами нашего клинического наблюдения за 86 беременными. Наблюдение за беременными начинали с момента их первого обращения в семейную поликлинику и продолжали в течение всего периода беременности. Осмотр проводили 1 раз каждые три недели. При первом посещении у женщин устанавливали наличие беременности и ее срок, путем опроса выясняли семейный анамнез, то есть наличие преэклампсии у матери или у близких родственников, преэклампсия в предыдущие беременности, возраст женщины, наличие экстрагенитальной патологии: заболевания почек, нарушение жирового обмена, гипертензия различного генеза и другие факторы риска. Изучен также характер питания в семье. В результате из числа обследуемых исключались беременные с сахарным диабетом, тяжелыми заболеваниями сердечно-сосудистой системы (пороки сердца, ишемическая болезнь сердца, нарушения сердечного ритма, кардиомиопатия, болезни аорты), заболеваниями щитовидной железы, заболеваниями крови и многоплодные беременности. Возраст обследуемых распределился следующим образом: до 19 лет – 12, 20-25 лет – 22, 26-30 лет – 21, 31-35 лет – 18 и старше 35 лет – 13 женщины. Начало менструальной функции у всех обследуемых женщин приходится на воз-

раст 13-14 лет. При изучении менструальной функции в 1-й и во 2-й группах выявлено раннее и позднее начало менархе, а также нарушение становления менструального цикла. Так, в 1-й группе у 30,0% и во 2-й группе у 28,6% женщин отмечено раннее начало менархе. Позднее начало менархе выявлено в 1-й группе у 23,3%, во 2-ой группе у 24,1% женщин. Кроме того, из обследованных женщин у 20,9% менструальный цикл установился не сразу - в течение 2-х и более лет. Таким образом, в 1-й группе у 26,7% женщин, а во 2-й группе у 25,0% женщин в равной степени выявлены различные типы нарушений менструального цикла, и это значительно выше, чем в контрольной группе (7,14%): в 3,7 и 3,5 раза соответственно. При изучении гинекологического анамнеза выявлено, что первичным бесплодием страдали 3 женщины, вторичным – 14, хроническим аднекситом – 11, эндоцервицитом и эктопией шейки матки – 10 женщин. Количество первородящих женщин составляло – 34, повторнородящих – 46 и многорожавших – 6. Самопроизвольные аборт имелись в анамнезе у 13 женщин и 28 женщины в анамнезе имели более 2-х искусственных абортов. В 1-й и во 2-й группе в 2,5 раза больше встречается анемия, а заболевания почек и мочевыводящих путей в 7,5 раза чаще наблюдается в сравнении с контрольной

группой. Кроме того надо отметить, что варикозная болезнь в 3,1 и 2,6 раза чаще выявлена в 1-й и во 2-й группах, чем в контрольной группе. Эти заболевания тоже являются риском развития преэклампсии у этих женщин, что согласуется с исследованиями других авторов. При изучении анамнеза выявлены так же несколько факторов риска развития преэклампсии. Наиболее часто факторами развития преэклампсии являются в 1-й группе – 53,4%, во 2-й группе – 53,5% заболевания почек и мочевыводящих путей. Преэклампсия в предыдущие беременности наблюдалась у 40,0% в 1-й группе и 35,7% женщин во 2-й группе. При опросе преэклампсия у матери или у близких родственниц выявлена в 1-й группе у 36,7%, во 2-й группе у 35,7% женщин. Хроническая гипертензия в 1-й группе встречалась у 26,7%, во 2-й группе у 25,0% обследованных женщин. Возраст женщины так же имеет значение, так как 31,2% женщин из обследованных имели крайние акушерские возрасты: < 20 и > 35 лет. Большой промежуток между родами наблюдался у 27,6% женщин, который так же рассматривается как фактор риска развития преэклампсии у этих женщин. Таким образом, факторами, наиболее часто приводящими к развитию преэклампсии, являются заболевания почек и мочевыводящих путей, преэклампсия, СОРП при предшествующей беременности, на-

следственная предрасположенность, хроническая гипертензия, алиментарное ожирение, крайний акушерский возраст женщины, большой промежуток между родами и другие. Препараты омега-3 и тивортин соответствуют к этим требованиям, которых можно принимать в длительном и непрерывном режиме. Нами выявлено, что в 1-й группе у 33,4% беременных развилась гестационная гипертензия, у 40% - преэклампсия легкой и у 13,4% - преэклампсия тяжелой степени, и только у 13,4% беременных этих осложнений не наблюдалось. При лечении в условиях стационара у этих беременных наблюдалось резистентность к проводимому лечению. Также, у 4 родильниц из 1-й группы в родах развилась тяжелая преэклампсия. Известно, что преэклампсия является причиной многих осложнений родового акта, либо усугубляет тяжесть их проявления. Кроме того, у 2 рожениц роды осложнились преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, у 11 - несвоевременном разрывом плодных оболочек, 8 - аномалией родовой деятельности, у 9 - перенашиванием беременности и у 21 - асфиксией новорожденных. Роды закончились самопроизвольно через естественные родовые пути в сроках 37-41 недели у 23 рожениц, и у 6 роженицам было произведено кесарево сечение, показаниями которому явились: наличие рубца на матке, крупные

размеры плода в сочетании с тазовым предлежанием и затяжная активная фаза родов. У 1 беременной роды закончились использованием вакуум-экстракции по поводу упорной слабости потужного периода в родах. Всего родились 30 новорожденных, из них 10 были оценены по шкале Апгар в 8-9 баллов, 8 - в 7-8 баллов, 7 - в 6-7 баллов и 4 - в 4-5 баллов и у 1 плода случилось интранатальное гибель плода. Роды закончились срочными у 25 рожениц и 3 роженицам было произведено кесарево сечение, показаниями которому явились: наличие рубца на матке, крупные размеры плода в сочетании с тазовым предлежанием и затяжная активная фаза родов. Всего родилось 28 новорожденных, из них 12 были оценены по шкале Апгар в 8-9 баллов, 13 - в 7-8 баллов, 2 - в 6-7 баллов и 1 - в 4-5 баллов. Таким образом, профилактическая терапия в сочетании омега-3 и тивортина корректирует нарушенные обменные процессы, уменьшает частоту преэклампсии и значительно предотвращает развитие более тяжелых форм, создавая предпосылки для оптимального течения родового акта и исхода последнего для матери и плода.

#### **Выводы**

Преэклампсия при ожирении развивается в среднем у 40% беременных, являясь непосредственной или косвенной причиной многих акушерских осложнений при беременно-

сти и в родах. Риск развития, тяжесть преэклампсии зависят от степени нарушения жирового обмена. Гестационная гипертензия у женщин с ожирением развивается на 22 неделе, а преэклампсия легкой и тяжелой степени – на сроках 28-32 недели беременности. Выраженность микроциркуляторных расстройств и их частота у беременных с ожирением нарастают по мере прогрессирования степени тяжести заболевания, а так же ожирение у беременных сопровождается глубокими нарушениями обмена липидов, являющихся структурными компонентами клеточных мембран. Применение комбинированной терапии у беременных с ожирением позволяет снизить частоту развития гестационной гипертензии в 3,1 раза и преэклампсии легкой степени в 3,7 раза, преэклампсия тяжелой степени не наблюдалась ни разу за счет отсрочки манифестации симптомов до более поздних сроков гестации.

### Литература

1. Зокирходжаева Д.А. К механизмам терапевтического действия актовегина и липостабила на антитоксическую функцию плаценты / Д.А. Зокирходжаева // Центрально-Азиатский научно-практический журнал дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – Ташкент, 2004. – ЖЗ. – С. 19-21.
2. Оценка фетоплацентарного состояния плаценты у беременных женщин с ОПГ-гестозом / Д.А. Зокирходжаева [и др.] // Центрально-Азиатский научно-практический журнал дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – 2005. – № 2. – С. 60-62.
3. Активность системы детоксикации плаценты у рожениц перенесших различную степень, тяжести ОПГ-гестоза / Д.А. Зокирходжаева // V Международный медицинский конгресс студентов и молодых ученых – Тернополь (Украина). – 2001. – № 10-12. – С. 61.
4. Кабочкин А.А. Течение беременности и родов с учетом медицинской активности и диспансерного наблюдения женщин / А.А. Кабочкин // Рос. медико-биолог. вестн. им. акад. И.П. Павлова. – 2014. – № 3. – С. 93-97.
5. Кабочкин А.А. К вопросу об эффективности диспансеризации беременных / А.А. Кабочкин, Е.А. Пивень // Рос. медико-биолог. вестн. им. акад. И.П. Павлова. – 2014. – № 2. – С. 91-93.
6. Коваленко М.С. Особенности течения беременности и родоразрешения первородящих критических возрастных групп / М.Г. Ефремова, Ю.В. Окороchkova // Наука молодых.– Eruditio Juvenium. – 2014. – № 1. – С. 94-99.
7. Кожухметов А.Н. Влияние реамберина на показатели РААС при комплексной терапии преэклампсии / А.Н. Кожухметов, В.С. Козлов // Материалы конференции «Актуальные проблемы акушерства, гинекологии и перинатологии»

гии». – Алматы, 2007. – С. 62-65.

8. Кокрановское руководство: Беременность роды: пер. с англ. / под ред. Г.Т. Сухих. – М.: Логосфера, 2010. – 410 с.

9. Петрова Е.И. Состояние и перспективы развития лечебно-профилактической помощи беременным и новорожденным в Рязанской об-

ласти / Е.И. Петрова // Наука молодых. – Eruditio Juvenium. – 2013. – № 1. – С. 46-50.

10. Петрова Е.И. Здоровье беременных, рожениц, родильниц и новорожденных (по материалам Рязанской области) / Е.И. Петрова // Наука молодых. – Eruditio Juvenium. – 2013. – № 2. – С. 53-58.

---

#### СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Султонова Н.А. – магистр 3 курса кафедры акушерства и гинекологии Ташкентской медицинской академии, г. Ташкент, Узбекистан.  
E-mail: sultonova-nodira@mail.ru

Наврззов Э.Р. – студент 7 курса Ташкентской медицинской академии, г. Ташкент, Узбекистан.

Расуль-заде Ю.Г. – д-р мед. наук, проф. кафедры акушерства и гинекологии Ташкентской медицинской академии, г. Ташкент, Узбекистан.