

# РАННЯЯ И ПОЗДНЯЯ ПРЕЭКЛАМПСИЯ- РИСК, ФАКТОРЫ И ИСХОДЫ ДЛЯ МАТЕРИ И РЕБЁНКА

Н.А.Тишабаева.<sup>1</sup>, Ш.Д.Бабажанова.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ферганский медицинский институт общественного здоровья,

<sup>2</sup>Республиканский перинатальный центр.

Для цитирования: © Тишабаева Н.А., Бабажанова Ш.Д.

РАННЯЯ И ПОЗДНЯЯ ПРЕЭКЛАМПСИЯ- РИСК, ФАКТОРЫ И ИСХОДЫ ДЛЯ МАТЕРИ И РЕБЁНКА. ЖКМП.-2023.-Т.4.-№4.-С

Поступила: 20.09.2023

Одобрена: 23.09.2023

Принята к печати: 05.12.2023

**Аннотация:** Учитывая данные о факторах риска ранней и поздней преэклампсии, мы сравнивали показатели исходов осложнений для матери, плода и новорожденного. В результате исследования 423 женщин с поздней и 224 женщин с ранней преэклампсией, было выявлено, что риск осложнений для матери, плода и новорожденного в группе с ранней преэклампсией выше, чем в группе с поздней преэклампсией.

**Ключевые слова:** преэклампсия, эклампсия, перинатальная смертность.

# ERTA VA KECHGI PREEKLAMPSIYA - ONA VA BOLA UCHUN XAVF OMILLARI VA NATIJALARI

Н.А.Тishabayeva.<sup>1</sup>, Sh.D.Babajanova.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti,

<sup>2</sup>Respublika perinatal markazi.

Izoh: © Tishabayeva N.A., Babajanova Sh.D.

ERTA VA KECHGI PREEKLAMPSIYA - ONA VA BOLA UCHUN XAVF OMILLARI VA NATIJALARI. KPTJ.-2023-N.4.-№4-M

Qabul qilindi: 20.09.2023

Ko'rib chiqildi: 23.09.2023

Nashrga tayyorlandi: 05.12.2023

**Аннотация:** Erta va kech preeklampsi uchun xavf omillari to'g'risidagi ma'lumotlarni hisobga olgan holda, biz ona, homila va yangi tug'ilgan tug'ilgan tug'ilish asoratlari uchun natijalarni solishtirdik. Kechiktirilgan 423 ayol va erda preeklampsi bilan 224 ayolni o'rganish natijasida, ona, homila va yangi tug'ilgan chaqaloq uchun asoratlar xavfi kech preeklampsi bilan guruhga qaraganda erda preeklampsi bo'lgan guruhda yuqori ekanligi aniqlandi.

**Калит so'zlar:** preeklampsi, eklampsi, perinatal o'lim.

# EARLY AND LATE PRE-ECLAMPSIA - RISK, FACTORS AND OUTCOMES FOR MOTHER AND CHILD

Н.А.Тishabaeva.<sup>1</sup>, Sh.D.Babazhanova.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fergana medical institute of public health,

<sup>1</sup>Republican Perinatal Center.

For situation: © Tishabaeva N.A., Babazhanova Sh.D.

EARLY AND LATE PRE-ECLAMPSIA - RISK, FACTORS AND OUTCOMES FOR MOTHER AND CHILD. JCPM.-2023.P.4.№4-A

Received:20.09.2023

Revised: 23.09.2023

Accepted: 05.12.2023

**Annotation:** Given data on risk factors for early and late preeclampsia, we compared outcome rates for maternal, fetal, and newborn complications. As a result of a study of 423 women with late-onset and 224 women with early preeclampsia, the risk of complications for the mother, fetus, and newborn was found to be higher in the group with early preeclampsia than in the group with late preeclampsia.

**Keywords:** preeclampsia, eclampsia, perinatal mortality.

**Актуальность исследований:** Преэклампсия является серьезным осложнением, поражающим 2-8% всех беременностей. Ежегодно во всём мире более 287 000 женщин умирают по причинам, связанным с беременностью, из которых 10-15% приходится на преэклампсию. Преэклампсия является гетерогенным синдромом)[2,3] и многие авторы на сегодняшний день различают ПЭ с ранним началом (ранняя преэклампсия - РПЭ), гестационный возраст при родах <34 недель) и преэклампсию с поздним началом (поздняя преэклампсия - ППЭ, ≥ 34 недель)[1]

**Материалы и методы исследования:** Проведено когортное исследование женщин с РПЭ и ППЭ, поступивших в РПЦ в 2016-2018г. В 1 группу вошли 224 пациентов с РПЭ, во 2 группу - 423 пациентов с ППЭ.

**Результаты исследования:**

**Таблица 1. Характеристики пациентов с ранней и поздней преэклампсией.**

*	РПЭ-244		ППЭ-423		OR	95% CI
	абс	%	абс	%		
<b>Возрастная структура</b>						
Менее 20 лет	4	1,7	11	2,6	0.624	0.197-1.982
20-24 лет	85	34,8	176	41,6	0.750	0.541-1.040
25-29 лет	54	22,1	117	27,7	0.743	0.514-1.076
30-34 лет	56	22,9	69	16,3	1.528	1.030-2.267*
35 и выше лет	45	18,5	50	11,8	1.687	1.089-2.614*
<b>Паритет</b>						
1 роды	120	49,2	249	58,8	0.676	0.493-0.929*
Первая беременность	94	38,5	220	52	0.578	0.420-0.797*
Повторные роды	124	50,8	174	41,2	1.479	1.077-2.030*
<b>Гестационный срок родоразрешения</b>						
22-27 недель	38	15,6	-	-		
28-31 недель	115	47,1	-	-		
32-33 недель 6 дней	91	37,3				
34-36 недель	-	-	193	45,6		
37 недель и более	-	-	230	54,4		
<b>Метод родоразрешения</b>						
Кесарево сечение	193	79,1	274	64,8	1.660	1.145-2.408*
Вагинальные роды	51	20,9	149	35,2	0.486	0.337-0.702*
Родовозбуждение	71	29	137	32,4	0.857	0.608-1.208
Самопроизвольные роды	1	0,4	38	8,9	0.042	0.006-0.306*
Преждевременные роды	244	100	193	45,6		
Срочные роды	0	0	230	54,4		
Длительность пребывания в стационаре	21,4±4,23 дней		10,7±3,36 дней		t-крит. Стьюдента: p=0.042121*	

\*-статистически значимый достоверный результат.

По возрастной категории – женщины в возрасте 30-34 лет (22,9%) и 35 лет и старше (18,5%) в группе с РПЭ встречались достоверно чаще, чем в группе с ППЭ (16,3% и 11,8%). По паритету – первобеременные (52%) и первородящие (58,8%) в группе с ППЭ встречались достоверно чаще, чем в группе с РПЭ (38,5% и 49,2%), в группе с РПЭ было больше повторнородящих (50,8%). В обеих группах большинство беременных (79,1% и 64,8%) были родоразрешены путем КС, но в группе с РПЭ (79,1%) таких женщин было значимо больше, чем в группе с ППЭ (64,8%). В группе с РПЭ все роды были преждевременными, в группе ППЭ – 45,6%. Родильницы с РПЭ достоверно дольше находились в стационаре (21±4,23 дней),

чем родильницы с ППЭ (10±3,36 дней. p=0.042121).

**Таблица 2. Акушерские состояния и соматические заболевания.**

*	РПЭ-244		ППЭ-423		OR	95% CI
	абс	%	абс	%		
Эклампсия	7	2,9	11	2,6	1.106	0.423-2.892
ОЖГБ	7	2,9	4	0,9	3.094	3.094-10.678
HELLP	4	1,6	3	0,7	2.333	0.518-10.513
Отек легких	7	2,9	2	0,5	6.217	1.281-30.171*
Почечная недостаточность	16	6,5	8	1,9	3.640	1.534-8.637*
Печеночная недостаточность	12	4,9	7	1,6	3.074	1.194-7.916*
Хроническая гипертензия	145	59,4	126	29,7	3.452	2.483-4.801*
ПОНРП	38	15,5	27	6,4	2.706	1.606-4.557*
Послеродовые кровотечения	29	11,8	25	5,9	2.147	1.227-3.759*
Сахарный диабет	12	4,9	18	4,3	1.164	0.551-2.459
Ожирение	27	11,0	64	15,1	0.698	0.432-1.128
Заболевания ССС	24	9,8	31	7,32	1.379	0.790-2.410
Варикозная болезнь	28	11,4	57	13,4	0.832	0.514-1.349
АФС	11	4,5	6	1,4	3.281	1.198-8.987*
ИМТ	59	24,1	133	31,4	0.695	0.486-0.995*
Гломерулонефрит	12	4,9	6	1,4	3.595	1.332-9.704*
Тромбоцитопения (<100000)	48	19,6	31	7,32	3.097	1.910-5.020*
Анемия тяжелая	16	6,5	11	2,6	2.628	1.199-5.760*
Анемия средней степени	41	16,8	68	16,1	1.054	0.690-1.612
СОРП менее 10 перцентили	113	46,3	78	18,4	3.815	2.684-5.424*
СОРП менее 5 перцентили	67	27,4	35	8,3	4.196	2.687-6.553*
Нарушение МППК 3 степени	45	18,4	31	7,3	2.859	1.755-4.659*
Гемотрансузия	22	9,0	13	3,1	3.125	1.545-6.324*
Гистерэктомия	5	2,1	2	0,5	4.404	0.848-22.873
Перевязка сосудов матки	112	45,9	99	23,4	2.777	1.981-3.893*
Послеродовая инфекция	11	4,5	10	2,36	1.950	0.816-4.660

\*- статистически значимый достоверный результат.

По данным нашего исследования, беременные с РПЭ и ППЭ по таким акушерским осложнениям, как эклампсия, ОЖГБ и HELLP синдром, статистически значимо не различались, но такие осложнения ПЭ и родов, как отек легких (2,9%), печеночная (4,9%) и почечная (6,5%) недостаточность, ПОНРП (15,5%), ПРК (11,8%), в группе с РПЭ встречались достоверно чаще. Среди соматической патологии, у беременных с РПЭ достоверно чаще, чем при ППЭ были выявлены АФС (4,5%), гломерулонефрит (4,9%), тяжелая анемия (6,5%), тромбоцитопения (19,6%), хроническая гипертензия (59,4%). У беременных с ППЭ чаще, чем у беременных с РПЭ были выявлены ожирение (15,1%), ИМТ(31,4%). Синдром отставания роста плода (СОРП) и критическое нарушение плодово-плацентарного кровотока)[6,7] достоверно в 3 раза чаще определены у

беременных с РПЭ, чем у беременных с ППЭ (OR 3.815 95% CI 2.684-5.424).

Таблица 3. Исходы новорожденного.

*	РПЭ-244		ППЭ-423		OR	95% CI
	абс	%	абс	%		
Вес ребенка						
500-999г	56	22,9	3	0,7	41.702	12.889-134.928*
1000-1499г	74	30,3	16	3,8	11.073	6.267-19.565*
1500-1999г	77	31,6	36	8,5	4.957	3.207-7.660*
2000-2499г	29	11,9	88	20,8	0.513	0.326-0.808*
2500-2999г	8	3,3	122	28,9	0.084	0.040-0.174*
≥3000 г	0	0	158	37,5		
Апгар менее 7б на 5 минуте	51	20,9	31	7,3	3.341	2.071-5.392*
Апгар менее 7б на 1 минуте	119	48,7	45	10,6	7.997	5.370-11.908*
Апгар менее 3 б на 5 минуте	26	10,6	8	1,9	6.187	2.754-13.897*
Асфиксия новорожденного	52	21,3	34	8,0	3.099	1.945-4.936*
РДС новорожденного	85	34,8	42	9,9	4.850	3.207-7.332*
ВУ пневмония новорожденного	92	37,7	81	19,1	2.556	1.793-3.643*
МГСВ новорожденного	195	79,9	132	31,2	8.773	6.031-12.761*
Перевод в ОАРИТ	207	84,8	55	13,0	37.433	23.864-58.718*
Интранатальная гибель плода	4	1,6	2	0,5	3.508	0.638-19.297
Антенатальная гибель плода	14	5,7	3	0,7	8.522	2.424-29.961*
Ранняя неонатальная смертность	35	162‰	7	16,7‰	9.952	4.347-22.786*
Поздняя неонат. смертность	4	18,5‰	2	4,8‰	3.508	0.638-19.297
Перинатальная смерть	53	217‰	12	28,4‰	9.504	4.963-18.199*

\*- статистически значимый достоверный результат.

В группе РПЭ в весовых категориях 500-999г., 1000-1499г., 1500-1999г. новорожденных родилось достоверно больше, чем в группе ППЭ, где большинство новорожденных были в весовых категориях 2000-2499г., 2500 и более. В группе с РПЭ у новорожденных асфиксия определена в 3 раза больше, чем в группе с ППЭ (OR 3.0991. 95% CI 945-4.936) и результат статистически значим. Также, достоверно чаще в группе с РПЭ рождались новорожденные с оценкой по Апгар менее 7 баллов на 1 и 5 минуте, менее 3 баллов на 5 минуте. В группе с РПЭ достоверно 8 раз больше родились новорожденные с малым к гестационному сроку весом (OR 8.773. 95% CI 6.031-12.761), перевод новорожденных в ОАРИТ наблюдался чаще (84,8%), чем в группе с ППЭ (13,0%). Антенатальная гибель плода, ранняя неонатальная смертность и перинатальная смертность достоверно в 9 раз чаще имело место у плодов и новорожденных, родившихся в группе РПЭ (OR 9.504. 95%

CI 4.963-18.199). Таким образом, гестационный срок на момент родов в сочетании с тяжестью течения ПЭ обусловили крайне неблагоприятные показатели состояния новорожденных при рождении и в раннем неонатальном периоде, что привело к значимому росту перинатальной и ранней неонатальной смертности.

**Выводы:** Таким образом, ранняя ПЭ в отличие от поздней ПЭ ассоциируется с возрастом пациенток более 30 лет, тогда как поздняя ПЭ возникает чаще в более молодом возрасте. Фактором ассоциированным с поздней ПЭ является избыточная масса тела и ожирение, чаще встречались ИМТ и варикозная болезнь, тогда как при ранней ПЭ чаще выявлялись хроническая гипертензия, гломеруло-нефрит)[4,5], тяжелая анемия)[8],тромбоцитопения, АФС. Показания к досрочному родоразрешению и выбор кесарева сечения имело место в обеих форм ПЭ, однако необходимость досрочно завершить беременность оперативным путем появлялась на 60% чаще при раннем начале заболевания. Это в свою очередь обусловило значимо большее количество преждевременных родов и малый вес при рождении среди новорожденных у пациенток с ранней ПЭ, чем при позднем начале заболевания. В группе с РПЭ достоверно 8 раз больше родились новорожденные с малым к гестационному сроку весом, достоверно в 3 раза чаще выявлена асфиксия, 4.8 раз чаще определен РДС новорожденного, перевод новорожденных в ОАРИТ наблюдался чаще (84,8%), чем в группе с ППЭ (13,0%). Антенатальная гибель плода, ранняя неонатальная смертность и перинатальная смертность достоверно в 9 раз чаще имело место у плодов и новорожденных, родившихся в группе с ранним началом преэклампсии.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Brown M. et al. The classification and diagnosis of the hypertensive disorders of pregnancy: statement from the International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP). Hypertension in pregnancy: official journal of the International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy. 2001; IX—XIV.
2. Steegers E.A.P. et al. Pre-eclampsia. Lancet. 2010; 376 (9741): 631—44.
3. Young B.C., Levine R.J., Karumanchi S.A. Pathogenesis of preeclampsia. Ann. Rev. Pathol. 2010; 5: 173—92.
4. Granger J.P. et al. Reduced uterine perfusion pressure (RUPP) model for studying cardiovascular-renal dysfunction in response to placental ischemia. Methods Mol. Med. 2006; 122: 383—92.

5. Makris A. et al. Uteroplacental ischemia results in proteinuric hypertension and elevated sFLT-1. Kidney Int. 2007; 71 (10): 977—84.
6. Chaiworapongsa T. et al. Pre-eclampsia part 1: current understanding of its pathophysiology. Nat. Rev. Nephrol. 2014; 10 (8): 466—80.
7. Naljayan M. V., Karumanchi S.A. New Developments in the Pathogenesis of Preeclampsia. Adv. Chronic Kidney Dis. 2013; 20 (3): 265—270.
8. Tishabaeva N.A., IRON DEFICIENCY ANEMIA AS AN ACTUAL PROBLEM IN MEDICAL PRACTICE, Theoretical & Applied Science 2022; 4(108):653-656

**Информация об авторх:**

© ТИШАБАЕВА Н.А. - Ферганский медицинский институт общественного здоровья, г. Фергана.

© БАБАЖАНОВА Ш.Д. - Республиканский перинатальный центр. г.Ташкент, Узбекистан.

**Muallif haqida ma'lumot:**

© TISHABAYEVA N.A. – Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti, Farg'ona. sh.

© BABAJANOVA SH.D. – Respublika perinatal markazi, Toshkent sh, O'zbekiston.

**Information about the authors:**

© TISHABAEVA N.A. – Fergana medical institute of public health, Fergana.

© BABAZHANOVA SH.D. – Republican Perinatal Center, Tashkent, Uzbekistan.