

**Features of clinical symptoms of preeclampsia in pregnant women
living in the Aral sea region**
Abdurakhmanov D.¹, Madaminov M.² (Republic of Uzbekistan)
**Особенности клинической симптоматики преэклампсии у беременных,
проживающих в регионе Приаралья**
Абдурахманова Д. Н.¹, Мадаминова М. Ш.² (Республика Узбекистан)

¹Абдурахманова Дилноза Наримановна / Abdurakhmanova Dilnoza - ассистент,
кафедра акушерства, гинекологии и онкологии;

²Мадаминова Малика Шавкатовна / Madaminova Malika - студент,
педиатрический факультет,

Ташкентская медицинская академия, Ургенчкий филиал, г. Ургенч, Республика Узбекистан

Аннотация: сегодня проблема диагностики, лечения и профилактики гипертензивных состояний, особенно преэклампсии легкой и тяжелой степени в акушерстве является одной из важнейших задач для акушера-гинеколога. Преэклампсия относится к наиболее сложным и важным проблемам научного и практического акушерства. По данным ВОЗ, преэклампсия диагностируется у 28 % беременных, составляя основную часть всех гипертензивных состояний во время беременности. В статье собраны данные собственных исследований, которые проведены с целью оценки и изучения клинических симптомов преэклампсии у беременных, проживающих в регионе Приаралья.

Abstract: nowadays, the problem of diagnosis, treatment and hypertensive states prevention, especially preeclampsia mild to severe in obstetrics is one of the most important tasks for the obstetrician-gynecologist. Preeclampsia is among the most complex and important problems of scientific and practical obstetrics. According to the WHO preeclampsia is diagnosed in 28 % of pregnant women, accounting for the majority of all hypertensive conditions during pregnancy. The article contains information from own studies which have been held in order to evaluate and study the clinical symptoms of preeclampsia in pregnant women living in the Aral Sea region.

Ключевые слова: преэклампсия, факторы риска, экстрагенитальная патология, регион Приаралья.
Keywords: pre-eclampsia, risk factors, extragenital pathology, Aral Sea zone.

Особенности условий жизни в регионе Приаралья, которые объединяют в себе негативные факторы экологии (соли в питьевой воде, атмосферные грязи и др.) и социально-экономическое неблагополучие, безусловно, отрицательно влияют на состояние здоровья населения, особенно для беременных женщин и детей, проживающих в этом регионе. Преэклампсия относится к наиболее сложным и важным проблемам научного и практического акушерства. По данным ВОЗ, преэклампсия диагностируется у 28 % беременных, составляя основную часть всех гипертензивных состояний во время беременности. Преэклампсия осложняет от 1,3 % до 6,7 % всех беременностей и остается одной из ведущих причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности во всем мире [1, 3]. Сегодня проблема диагностики, лечения и профилактики гипертензивных состояний, особенно преэклампсии легкой и тяжелой степени в акушерстве, является одной из важнейших задач как для акушера-гинеколога. Это связано с ростом акушерской и экстрагенитальной патологии (хронические заболевания мочевыводящих путей, анемия – которая особо связана с этим регионом, заболевание эндокринной системы и др.) у беременных, высоким удельным весом преэклампсии в структуре материнской и перинатальной смертности [2, 3].

Согласно новой классификации, преэклампсия - это такое состояние, при котором после 20 недель беременности развивается артериальная гипертензия наряду с протеинурией. Оказание своевременной квалифицированной помощи при преэклампсии легкой и тяжелой степени врачами акушерского комплекса и реанимации требует от врача соответствующих знаний в постановке правильного диагноза и навыков в оказании помощи. Сложность постановки правильного диагноза связана с тем, что у беременной после 20 недель появляются симптомы разного характера: головной боли, тошноты и рвоты, боль и дискомфорт в надчревной области, мелькание мушек перед глазами, шум в ушах, слабость, диспепсии вводит в заблуждение врача акушера-гинеколога при постановке правильного и своевременного диагноза тяжелой преэклампсии и влечет за собой ряд организационных ошибок в плане ведения беременной. Вышеизложенные клинические проявления у беременной необходимо связывать, скорее всего, с нарастанием тяжести преэклампсии, даже при нормальных цифрах АД, а не отдавать предпочтение другим экстрагенитальным заболеваниям. Наиболее выраженным проявлением изменений со стороны нервной системы является судорожный экламптический приступ. Часто, еще накануне, особенно при высоких цифрах АД беременные указывают на головную боль, головокружение, отмечают нарушение зрения, вплоть до его потери, что связано с отслойкой сетчатки глаза. [3]. Если вышеуказанные симптомы слабо выражены или остаются незамеченными врачом из-за незнания или недостаточного внимания, то приступ развивается внезапно. Среди множества проблем, связанных с

преэклампсией и эклампсией, проблема диагностики, прогнозирования и оценки степени тяжести занимает одно из важнейших мест и имеет большое значение как для акушеров-гинекологов, так и для анестезиологов-реаниматологов. Снижение перинатальной и материнской заболеваемости и смертности остается основной задачей акушеров-гинекологов. Ее решение невозможно без надежных методов прогноза течения беременности и состояния новорожденных, предполагающих своевременное применение лечебно-профилактических мероприятий для исключения неблагоприятных исходов беременности и родов.

Цель исследования: оценить клинические симптомы преэклампсии и изучить особенности их проявлений у беременных, проживающих в регионе Приаралья.

Материалы и методы: Исследование проводилось у 185 беременных в Хорезмском областном перинатальном центре в течение 6 месяцев (с сентября 2015 г. до февраля 2016 г). Беременные были разделены на две группы. В первую группу входят 78 беременных с диагнозом тяжелой преэклампсии в возрасте от 17 до 29 лет (средний возраст $23 \pm 4,5$ года). Во вторую группу включено 107 беременных с легкой преэклампсией в возрасте от 18 до 32 лет (средний возраст $25 \pm 4,2$ года). Средний гестационный возраст в обеих группах составил 36 ± 3 недели. Проанализирован клинический симптомокомплекс преэклампсии: головные боли, головокружение, тошнота и рвота, боль и дискомфорт в надчревной области, мелькание мушек перед глазами, шум в ушах, слабость, диспепсии. Так как для региона Приаралья свойственна анемия, изучены симптомы анемии и степень тяжести. Лечение преэклампсии проводилось стандартными методами и включало магнезиальную, инфузионную, симптоматическую терапию, коррекцию нарушений в системе мать–плацента–плод.

Результаты исследования и их обсуждение

У 48 % женщин данная беременность была первой, 2 и более беременностей в анамнезе имели 52 % женщин. Из 185 беременных, которые разделены на две группы: у 78 - тяжелая преэклампсия и у 107 - легкая преэклампсия. Несмотря на интенсивное наблюдение и уход, у 36 беременных (46,2 %) легкая преэклампсия перешла в тяжелую степень. Анализ клинических симптомов показал следующие особенности для первой группы: головная боль отмечалась у 76 (97,4 %), мелькание мушек перед глазами у 52 (66,7 %), головокружение у 7 (8,9 %), боль и дискомфорт в эпигастрии у 49 (62,8 %), тошнота у 36 (46,2 %), рвота 12 (15,4 %), шум в ушах 24 (30,8 %), общая слабость у 42 (53,8 %), диспепсия у 18 (23 %) случаев. У второй группы отмечалась следующая характерная особенность: головокружение отмечалось у 26 (24,3 %), общая слабость у 87 (81,3 %). Головокружение отмечалось 3 раза, часто легкой степени тяжести, скорее всего, это может быть связано с нарушением микроциркуляции, что беременная не связывает со своей болезнью, или же как симптом железодефицитной анемии, которая, в свою очередь, усложняет течение данной патологии. Свидетельством этому мнению является развитие ПОНРП у 5 (71,4 %) беременных, которые жаловались на головокружения в первой группе, и у 18 (69,2 %) беременных, которые жаловались на головокружения во второй группе.

Отек нижних конечностей у 109 (58,4 %) беременных из двух групп. Этот симптом не входит в ведущие критерии, но отмечалась устойчивость течения высокой степени тяжести преэклампсии у 28 (77,8 %) беременных, 36 которых перешли в тяжелую степень; отмечались отеки нижних конечностей.

Анализ крови показал гипохромную анемию ($Hb < 90$ г/л) у 164 (88,6 %) исследуемых беременных. Согласно классификации ВОЗ: 1 (легкая) степень анемии отмечалась у 41 (25 %) беременной, 2 (средняя) степень у 37 (22,6 %) беременной и 3 (тяжелая) степень у 86 (52,3 %) беременной. Самыми частыми симптомами анемии были: тахикардия (исключая органические изменения) у 69 (42,1 %), сердцебиение (часто при ходьбе на короткое расстояние) у 104 (63,4 %), ортостатический коллапс у 78 (47,6 %) беременных обеих групп. Вариабельность сердечного ритма при тахикардии составила в первой группе 82–98 уд. в мин. и 78–93 уд. в мин. у пациенток контрольной группы.

Сравнительный анализ исходов показал значительное преобладание осложнений течения беременности и неблагоприятного исхода родов для матери и плода. В первой группе беременность закончилось срочными родами у 74,5 % женщин, преждевременные роды были у 32,8 %, внутриутробная гипоксия и инфицирование плода наблюдалось в 21,6 % случаев. Среди осложнений преобладали несвоевременное излитие околоплодных вод (40,2 %), аномалии родовой деятельности (26,5 %), аномалии отделения плаценты (22,4 %). У беременных контрольной группы несвоевременное излитие околоплодных вод составило 7,6 %, аномалии родовой деятельности – 8,9 %, аномалии отделения плаценты – 5,4 %. Асфиксия новорожденных выявлена в 25 % случаях в первой группе, во второй группе она была в 2 раза меньше и составляла 13,3 %. Внутриутробное инфицирование новорожденных встречалось в 30 % случаев в первой и в 10 % случаев – во второй группе.

Таким образом, описанная выше патология при беременности требует от врача определенных знаний, своевременной диагностики и правильного адекватного оказания неотложной, а в некоторых ситуациях - и реанимационной помощи на раннем этапе, что будет способствовать снижению материнских и перинатальных потерь.

Выводы.

1. Особенностью проявлений клинических симптомов для этого региона является частая встречаемость симптомов угрожающей эклампсии – головные боли сильного характера, мелькание мушек перед глазами, головокружение, боль и дискомфорт в эпигастрии, тошнота.

2. При появлении начальных клинических симптомов преэклампсии легкой или тяжелой степени тяжести необходима госпитализация и лечение в стационарных условиях.

3. Исходя от экологических условий Приаралья, осложнение беременности в виде преэклампсии развивается на фоне анемии, которая характерна для этого региона и часто осложняет течение преэклампсии.

Литература

1. *Alanis M. C., Johnson D. D.* Early initiation of severe preeclampsia induction of labor is versus elected cesarean delivery and newborn//American Journal of Obstetrics and Gynecology 2008; 199 (3): 262. e1. - 262. e 6.
2. Кокрановское руководство: Беременность роды / под ред. Г. Т. Сухих; пер. с англ. – М.: Логосфера, 2010. – 410 с.
3. *Aydin T., Varol F. G., Sayin N. C.* Third trimester maternal plasma total fibronectin levels in pregnancy-induced hypertension: results of a tertiary center // Clin. Appl. Thromb. Hemost. 2006. Vol. 12, № 1. P. 33–39.