

DOI: 10.52705/2788-6190-2021-3-3  
УДК 618.3-008.6-06-036.1-07

# Клінічна характеристика жінок із високим ризиком щодо розвитку великих акушерських синдромів

Н.Ю. Леміш

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

**Мета дослідження:** провести клініко-статистичний аналіз соматичного, репродуктивного анамнезу у жінок із групи ризику щодо розвитку великих акушерських синдромів (ВАС).

**Матеріали та методи.** Проведено клініко-статистичний аналіз соматичного, репродуктивного анамнезу 200 вагітних із групи високого ризику щодо розвитку ВАС, які були розподілені методом випадкового вибору на дві групи: I (основна) група – 100 вагітних, що в подальшому дослідженні підлягали прегравідарній підготовці, акушерському та перинатальному супроводженню і розродженню згідно з розробленими нами медико-організаційними алгоритмами, прогностичною методикою та лікувально-профілактичними схемами; II група – 100 вагітних, що отримували загальноприйнятні та лікувально-профілактичні заходи та III група (контрольна) – 50 практично здорових вагітних із благополучним репродуктивним анамнезом і неускладненим перебігом даної вагітності. Обробка даних проводилась з використанням програмного пакета StatSoft Statistica 8.0.

**Результати.** У I та II групах пацієнтки були віком понад 30 років, а саме: 32,0% і 34,0% випадків, порівняно з 18% у здорових вагітних ( $p < 0,05$ ), що узгоджується з даними, які відзначають вищу ймовірність розвитку ВАС у старших за віком вагітних. Вагітні із групи ризику щодо розвитку ВАС достовірно частіше ( $p < 0,05$ ) хворіли інфекційними захворюваннями, такими, як гостра респіраторна вірусна інфекція, захворюваннями дихальних шляхів (пневмонії, бронхіти), захворюваннями нирок, а також захворюваннями щитоподібної залози (ЩЗ), цукрового діабету та артеріальної гіпертензією. Останнє дозволяє припустити, що в патогенезі розвитку ВАС певну роль відіграє наявність в анамнезі соматичної патології. Запальні захворювання статевих органів 12,0% проти 28,0% та 31,0% відповідно ( $p < 0,05$ ), дисплазія шийки матки 4,0% проти 17,0% та 19,0% відповідно ( $p < 0,05$ ). Наведені дані свідчать про певну роль гінекологічних захворювань в анамнезі у виникненні ранніх порушень плацентації, розвитку плацентарної дисфункції, а в подальшому – порушенні розвитку плода.

Високі рівні обтяженого соматичного та репродуктивного анамнезу, на нашу думку, можуть бути факторами ризику щодо розвитку ВАС у цих вагітних. Ці дані свідчать про необхідність подальшого удосконалення заходів, спрямова-

**Перинатологія та репродуктологія:** від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

них на планування вагітності, прегравідарну підготовку, антенатальну охорону плода та зниження частоти ускладнень з боку матері і плода у цих вагітних. **Заключення.** При співставленні отриманих даних після проведеного аналізу преморбідного фону, соматичного та репродуктивного анамнезу у жінок із групи ризику щодо розвитку великих акушерських синдромів, суттєві розбіжності між основною та групою порівняння були відсутні, що дає нам змогу порівнювати їх між собою у подальшому дослідженні.

**Ключові слова:** клініко-статистичний, соматичний та репродуктивний анамнез, великі акушерські синдроми.

Основні задачі акушерства – створення оптимальних умов для здійснення жінкою функції материнства, збереження її психічного та фізичного здоров'я і забезпечення народження здорового потомства. Зниження, що спостерігається в Україні, народжуваності і зростання смертності великою мірою обумовлений соціально-економічними причинами (нестабільна економічна ситуація, напружена психологічна обстановка, зниження рівня та якості життя) і не може бути вирішена тільки зусиллями установ охорони здоров'я [1]. Однак у цих умовах головним завданням є зниження перинатальної захворюваності і смертності. Незважаючи на низку яскравих досягнень акушерства і перинатології, основними з яких є зниження материнської і перинатальної захворюваності і смертності, відзначається постійна тенденція до збільшення кількості вроджених захворювань, детермінованих морфофункціональними порушеннями у фетоплацентарній системі, насамперед у матерів з обтяженим акушерсько-гінекологічним і соматичним анамнезом, а також ускладненим перебігом вагітності [1].

Перинатальна смертність в Україні, незважаючи на деяке зниження протягом останніх років, залишається високою порівняно з іншими економічно розвинутими країнами і перевищує 12‰ [2, 3]. Не меншу значущість із медичної і соціальної точок зору має показник перинатальної захворюваності, що дотепер залишається досить високим. Акушерські ускладнення, що спричиняють перинатальну захворюваність і смертність – це синдроми, отже вони можуть називатися «великі акушерські синдроми (ВАС)». Даний термін широко увійшов у клінічну практику після 2009 р. завдяки роботам G.C. Di Renzo та R. Romero.

ВАС – це назва декількох ускладнень гестації, що спостерігається при близько 15% вагітностей. Вони можуть спричинити важкі ускладнення гестаційного періоду та призвести до фетальної та материнської смертності, тому ці синдроми потребують надзвичайної уваги, постійного моніторингу та лікування [4,5,6].

Ризик розвитку основних акушерських синдромів, таких, як прееклампсія, затримка розвитку плоду (ЗРП) та передчасні пологи у жінок, які завагітніли вперше, обернено пропорційний до їхнього віку [7,8]. Триває пошук ефективних методик прогнозування ВАС з метою ранньої корекції порушень та зниження негативних наслідків для матері та плода. Незважаючи на достатню вивченість проблеми, дотепер не існує єдиної точки зору на особливості патогенезу порушень функціонального стану фетоплацентарного комплексу, які є основою для розвитку ВАС. До того ж не розроблені єдині методичні підходи до ранньої діагностики, відсутні стандарти обстеження і лікування вагітних з виявленими порушеннями [9,10]. Отже, прогнозування, профілактика і корекція порушень при розвитку ВАС набуває актуальності та своєчасності.

**Мета дослідження:** провести клініко-статистичний аналіз соматичного, репродуктивного анамнезу у жінок із групи ризику щодо розвитку великих акушерських синдромів.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети, на базі КНП «Ужгородський міський пологовий будинок» за період з 2020 до 2021 р. (клінічна база кафедри акушерства та гінекології медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет») проведено клініко-статистичний аналіз соматичного, репродуктивного анамнезу та перебігу першої половини вагітності 200 вагітних із групи високого ризику щодо розвитку ВАС, які були розподілені методом випадкового вибору на дві групи:

- I (основна) група – 100 вагітних, що підлягали прегравідарній підготовці, акушерському та перинатальному супроводженню і розродженню згідно з розробленими нами медико-організаційними алгоритмами, прогностичною методикою та лікувально-профілактичними схемами;
- II група – 100 вагітних, що отримували загальноприйняті прогностичні та лікувально-профілактичні заходи;
- III група (контрольна) – 50 практично здорових вагітних з благополучним репродуктивним анамнезом і неускладненим перебігом даної вагітності.

При підрахунку результатів виконували методи, прийняті медико-біологічної статистикою, викладені в керівництві Гланц [11]. Оброблення даних проводили з використанням програмного пакета StatSoft Statistica 8.0.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Усім вагітним було проведено комплексне клінічне обстеження з урахуванням скарг, даних анамнезу, об'єктивних та додаткових методів обстеження (табл. 1). З даних табл. 1 видно, що за віковим складом вагітні основної і контрольної груп не відрізнялися ( $p > 0,05$ ).

Слід звернути увагу, що вік жінок I та II груп був понад 30 років, а саме: у 32,0% та 34,0% випадків порівняно з 18% у здорових вагітних ( $p < 0,05$ ), що узгоджується з даними, які відзначають вищу ймовірність розвитку ВАС у старших за віком вагітних. ВАС також частіше виникає у вагітних юного віку [14, 15]. Однак за нашими даними, серед вагітних з цим ускладненням жінок до 18 років не було. Як свідчать основні показники преморбідного фону обстежених жінок, їх середній вік вірогідно не відрізнявся по групах і становив у середньому  $25,4 \pm 2,3$  року ( $p > 0,05$ ). Водночас у I та II групах у  $32,7 \pm 2,1\%$  спостережень жінки були старше 36 років, що надалі розглядали як один з суттєвих факторів ризику розвитку ВАС.

Таблиця 1

Віковий склад обстежених вагітних (абс.ч., %)

| Вік вагітних, роки | Групи жінок            |                |                 |
|--------------------|------------------------|----------------|-----------------|
|                    | Контрольна група, n=50 | I група, n=100 | II група, n=100 |
| До 18 років        | -                      | -              | -               |
| 19–25              | 23 (46,0%)             | 24 (24,0%)     | 22 (22,0%)      |
| 26–30              | 18 (36,0%)             | 38 (38,0%)     | 36 (36,0%)      |
| 31–35              | 7 (14,0%)              | 32 (32,0%)*    | 34 (34,0%)*     |
| ≥36                | 2 (4,0%)               | 6 (6,0%)       | 8 (8,0%)        |

Примітка: \* –  $p < 0,05$  – вірогідність значень порівняно з контрольною групою.

**Перинатологія та репродуктологія:** від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

Для виключення негативного впливу різноманітних виробничих факторів усі жінки контрольної групи були домогосподарками. Порівняно з цим, у двох основних групах достовірних відмінностей по соціальному статусу не встановлено ( $p > 0,05$ ). Частіше інших обстежених жінок були службовцями різноманітних фірм і банків ( $32,5 \pm 2,0\%$ ); робітниками торгівлі ( $22,5 \pm 2,0\%$ ) і студенти вищих навчальних закладів ( $22,0 \pm 2,0\%$ ). Усі інші професії зустрічалися в поодиноких випадках.

Серед основних фахових моментів, що негативно впливають на репродуктивну функцію, можна зазначити тривалу роботу з персональним комп'ютером ( $42,4 \pm 2,2\%$ ), психоемоційну напругу ( $31,2 \pm 2,3\%$ ) і шкідливі звички ( $28,2 \pm 2,4\%$ ).

У табл. 2 відображена частота факторів ризику в обстежених нами вагітних:

- соціально-гігієнічних (погані матеріально-побутові умови; мати або обоє батьків – учні; праця матері, пов'язана із професійними шкідливостями; низький рівень загальної і санітарної культури сім'ї);
- медико-демографічні (неповні сім'ї; вік матері  $\geq 36$  років; багатодітні сім'ї; сім'ї де є дитина з вродженими захворюваннями, дефектами розвитку; сім'ї в яких є випадок смерті дитини раннього віку або мертвонародження);

Таблиця 2

### Характеристика соціальних факторів ризику щодо розвитку ВАС в обстежених жінок (абс.ч.,%)

| Фактори ризику         | Групи жінок            |                |                 |
|------------------------|------------------------|----------------|-----------------|
|                        | Контрольна група, n=50 | I група, n=100 | II група, n=100 |
| Соціально-гігієнічні   | 3 (6,0%)               | 12 (12,0%)*    | 10 (10,0%)*     |
| Медико-демографічні    | 1 (2,0%)               | 9 (9,0%)*      | 11 (11,0%)*     |
| Соціально-психологічні | 2 (4,0%)               | 12 (12,0%)*    | 10 (10,0%)*     |

Примітка: \* –  $p < 0,05$  – вірогідність значень порівняно з контрольною групою.

Таблиця 3

### Перенесені захворювання в анамнезі в обстежених вагітних (абс.ч.,%)

| Захворювання                                              | Групи жінок            |                |                 |
|-----------------------------------------------------------|------------------------|----------------|-----------------|
|                                                           | Контрольна група, n=50 | I група, n=100 | II група, n=100 |
| Гострі респіраторно-вірусні інфекції                      | 9 (18,0%)              | 33 (33,0%)*    | 31 (31,0%)*     |
| Захворювання ССС (ГХ, вади серця)                         | -                      | 11 (11,0%)     | 9 (9,0%)        |
| Захворювання нирок                                        | 2 (4,0%)               | 9 (9,0%)*      | 8 (8,0%)*       |
| Захворювання дихальних шляхів (бронхіти, пневмонія)       | 3 (6,0%)               | 12 (12,0%)*    | 11 (11,0%)*     |
| Захворювання травного тракту (гастрит, коліт, холецистит) | 2 (4,0%)               | 8 (8,0%)       | 6 (6,0%)        |
| Захворювання щитоподібної залози                          | 5 (10,0%)              | 24 (24,0%)*    | 22 (22,0%)*     |
| Цукровий діабет                                           | -                      | 3 (3,0%)       | 2 (2,0%)        |

Примітка: \* –  $p < 0,05$  – вірогідність значень порівняно з контрольною групою.

- соціально-психологічні (зловживання алкоголем, наркотиками, куріння; сім'ї, в яких дитина небажана; несприятливий психологічний клімат; сім'ї, в яких є тяжкохворі).

У порівнянні з вагітними контрольної групи, всі три показники були значно вищими ( $p < 0,05$ ), що свідчить про суттєве значення цих факторів у виникненні цього ускладнення вагітності.

Дані про перенесені захворювання в анамнезі наведені в табл. 3.

Слід зазначити, що вагітні із групи ризику щодо розвитку ВАС, достовірно частіше ( $p < 0,05$ ) хворіли інфекційними захворюваннями, такими, як гостра респіраторна вірусна інфекція, захворюваннями дихальних шляхів (пневмонії, бронхіти), захворюваннями нирок, а також захворюваннями щитоподібної залози, цукровим діабетом та артеріальною гіпертензією. Останнє дозволяє припустити, що в генезі розвитку ВАС певну роль відіграє наявність в анамнезі соматичної патології.

Різноманітні порушення менструальної функції (гіпоменструальний синдром, аномальні маткові кровотечі, гіперполіменорея, альгодисменорея у вагітних I та II груп зустрічалися достовірно частіше ( $p < 0,05$ ), ніж у жінок, які не мали цього ускладнення вагітності (табл. 4).

Так, нормальна менструальна функція у жінок контрольної групи зафіксована у 84,0% випадків проти 38% та 40,0% у вагітних із I та II груп ( $p < 0,05$ ). Запальні захворювання статевих органів – в 12,0% проти 28,0% та 31,0% випадків відповідно ( $p < 0,05$ ), дисплазія шийки матки – 4,0% проти 17,0% та 19,0% відповідно ( $p < 0,05$ ). Наведені дані свідчать про певну роль гінекологічних захворювань в анамнезі у виникненні ранніх порушень плацентації, розвитку плацентарної дисфункції, а в подальшому – порушенні розвитку плода, що знайшло відображення в роботах А.П. Милованова, Т.Г. Романенко [12,13].

Аналіз репродуктивного анамнезу в обстежених вагітних наведені в табл. 5.

За даними табл. 5, відсоток жінок з першими пологами був меншим, ніж з повторними як серед вагітних з плацентарною недостатністю, так і серед жінок контрольної групи ( $p > 0,05$ ). У вагітних I та II груп в анамнезі на відміну від жінок

Таблиця 4

## Гінекологічні захворювання в анамнезі в обстежених вагітних (абс.ч.,%)

| Захворювання                           | Групи жінок            |                |                 |
|----------------------------------------|------------------------|----------------|-----------------|
|                                        | Контрольна група, n=50 | I група, n=100 | II група, n=100 |
| Нормальна менструальна функція         | 42 (84,0%)             | 38 (38,0%)*    | 40 (40,0%)*     |
| Альгодисменорея                        | 8 (16,0%)              | 21 (21,0%)     | 28 (28,0%)      |
| Аномальні маткові кровотечі            | -                      | 3 (3,0%)       | 4 (4,0%)        |
| Дисплазія шийки матки                  | 2 (4,0%)               | 17 (17,0%)*    | 19 (19,0%)*     |
| Запальні захворювання статевих органів | 6 (12,0%)              | 28 (28,0%)*    | 31 (31,0%)*     |
| Пухлини яєчників                       | -                      | 2 (2,0%)       | 3 (3,0 %)       |
| Лейоміома матки                        | -                      | 3 (3,0%)       | 4 (4,0%)        |
| Безпліддя в анамнезі                   | -                      | 4 (4,0%)       | 5 (5,0%)        |

Примітка: \* –  $p < 0,05$  – вірогідність значень порівняно з контрольною групою.

контрольної групи зареєстровані мертвонародження (1,0% та 2,0% відповідно). За наявності плацентарної недостатності в анамнезі відзначалась досить висока частота ускладнень вагітності та пологів, про що свідчать дані, наведені в табл. 6. У цих вагітних частота ранніх гестозів становила 8,0% проти 27,0% та 29,0% відповідно; преєклампсії – 4,0% проти відповідно 16,0% та 15,0% у жінок I та II груп ( $p<0,05$ ). Загроза переривання вагітності у жінок із групи ризику щодо виникнення ВАС спостерігалася в анамнезі в 40,0% та 39,0% випадків проти 10,0% у жінок контрольної групи ( $p<0,05$ ), частіше відбувалися мимовільні викидні.

Таблиця 5

**Репродуктивний анамнез в обстежених вагітних (абс.ч.,%)**

| Захворювання                        | Групи жінок            |                |                 |
|-------------------------------------|------------------------|----------------|-----------------|
|                                     | Контрольна група, n=50 | I група, n=100 | II група, n=100 |
| Завагітніли вперше                  | 23 (46,0%)             | 12 (12,0%)     | 14 (14,0%)      |
| Завагітніли повторно                | 27 (54,0%)             | 88 (88,0%)     | 86 (86,0%)      |
| Народжують вперше                   | 24 (48,0%)             | 40 (40,0%)     | 38 (38,0%)      |
| Народжують повторно                 | 26 (52,0%)             | 60, (60,0%)    | 62 (62,0%)      |
| Мертвонародження                    | -                      | 1 (1,0%)       | 2 (2,0%)        |
| Народження дітей з малою масою тіла | 1 (2,0%)               | 8 (8,0%)*      | 7 (7,0%)*       |

Примітка: \* –  $p<0,05$  – вірогідність значень порівняно з контрольною групою.

Таблиця 6

**Ускладнення вагітності і пологів в анамнезі в обстежених жінок (абс.ч.,%)**

| Ускладнення                    | Групи жінок            |                |                 |
|--------------------------------|------------------------|----------------|-----------------|
|                                | Контрольна група, n=50 | I група, n=100 | II група, n=100 |
| Ранній гестоз                  | 4 (8,0%)               | 27 (27,0%)*    | 29 (29,0%)*     |
| Преєклампсія                   | 2 (4,0%)               | 16 (16,0%)*    | 15 (15,0%)*     |
| Загроза переривання вагітності | 5 (10,0%)              | 40 (40,0%)*    | 39 (39,0%)*     |
| Мимовільний викидень           | -                      | 8 (8,0%)       | 6 (6,0%)        |
| Частота відшарування хоріону   | -                      | 14 (14,0%)     | 16 (16,0%)      |
| Анемія вагітних                | 8 (16,0%)              | 42 (42,0%)*    | 39 (39,0%)*     |
| Гестаційний діабет             | -                      | 5 (5,0%)       | 6 (6,0%)        |
| Передчасні пологи              | 1 (2,0%)               | 18 (18,0%)*    | 16 (16,0%)*     |
| ПРПО                           | 2 (4,0%)               | 12 (12,0%)*    | 14 (14,0%)*     |
| Слабкість пологової діяльності | 1 (2,0%)               | 9 (9,0%)       | 7 (7,0%)        |
| Дистрес плода в пологах        | 1 (2,0%)               | 13 (13,0%)*    | 18 (18,0%)*     |
| Інтранатальна загибель плода   | -                      | 1 (1,0%)       | 2 (2,0%)        |
| КР                             | 3 (6,0%)               | 31 (31,0%)*    | 36 (36,0%)*     |

Примітка: \* –  $p<0,05$  – вірогідність значень порівняно з контрольною групою.

Ускладнений перебіг пологів (табл. 6) зафіксовано майже у кожній третій жінки I та II груп, а саме: передчасні пологи становили 18,0% та 16,0% відповідно проти 2,0% в контрольній групі ( $p<0,05$ ); несвоєчасний вилив навколоплідних вод 12,0% та 14,0% відповідно проти 4,0% ( $p<0,05$ ), дистрес плода – 13,0% та 18,0% відповідно проти 2,0% ( $p<0,05$ ).

Ускладнений перебіг вагітності і пологів у жінок із групи ризику щодо розвитку ВАС обумовив високу частоту оперативного втручання в пологах. Частота кесарева розтину становила 31,0% та 36,0% відповідно проти 6,0% в контрольній групі ( $p<0,05$ ).

У табл. 7 наведені дані щодо стану новонароджених, а саме: в задовільно-му стані народилося 65,0% та 68,0% новонароджених від жінок I та II груп проти 90,0% від жінок контрольної групи ( $p<0,05$ ); оцінка за шкалою Апгар 7–5 балів при народженні у 26,0 та 32,0% дітей проти 8,0% в контрольній групі ( $p<0,05$ ), менше 5 балів (тяжкий стан) – у 9,0% та 10,0% проти 2,0% відповідно в контрольній групі ( $p<0,05$ ).

Таблиця 7

#### Стан новонароджених в анамнезі в обстежених жінок (абс.ч.,%)

| Ускладнення | Групи жінок               |                   |                    |
|-------------|---------------------------|-------------------|--------------------|
|             | Контрольна група,<br>n=50 | I група,<br>n=100 | II група,<br>n=100 |
| 10–8        | 45 (90,0%)                | 65 (65,0%)*       | 68 (68,0%)*        |
| 7–5         | 4 (8,0%)                  | 26 (26,0%)*       | 32 (32,0%)*        |
| менше 5     | 1 (2,0%)                  | 9 (9,0%)*         | 10 (10,0%)*        |

Примітка: \* –  $p<0,05$  – вірогідність значень порівняно з контрольною групою.

Резюмуючи клінічний аналіз соматичного та репродуктивного анамнезу у вагітних із групи ризику щодо розвитку ВАС, слід відзначити відсутність достовірних розходжень за основними параметрами між I та II групами ( $p>0,05$ ). Високий рівень обтяженого соматичного та репродуктивного анамнезу, на нашу думку, можуть бути факторами ризику щодо розвитку ВАС у цих вагітних. Ці дані свідчать про необхідність подальшого удосконалення заходів, спрямованих на планування вагітності, прегравідарну підготовку, антенатальну охорону плода та зниження частоти ускладнень з боку матері і плода у цих вагітних.

### ВИСНОВКИ

У ході порівняння отриманих даних після проведеного аналізу преморбідного фону, соматичного та репродуктивного анамнезу у жінок із групи ризику щодо розвитку великих акушерських синдромів, суттєві розбіжності між основною та групою порівняння були відсутні, що дає нам змогу порівнювати їх між собою у подальшому дослідженні.

## Клиническая характеристика женщин с высоким риском развития больших акушерских синдромов

**Н.Ю. Лемиш**

**Цель исследования:** провести клинико-статистический анализ соматического, репродуктивного анамнеза у женщин из группы риска по развитию больших акушерских синдромов (БАС).

**Материалы и методы.** Проведено клинико-статистический анализ соматического, репродуктивного анамнеза 200 беременных из группы высокого риска по развитию БАС, которые были разделены методом случайного выбора на две группы: I (основная) группа – 100 беременных, которые в дальнейшем исследовании подлежали прегравидарной подготовке, акушерскому и перинатальному сопровождению и родоразрешению согласно разработанной нами медико-организационных алгоритмов, прогностической методики и лечебно-профилактических схем; II группа – 100 беременных, получавших общепринятые прогностические и лечебно-профилактические мероприятия и III группа (контрольная) – 50 практически здоровых беременных с благополучным репродуктивным анамнезом и неосложненным течением данной беременности. Обработка данных проводилась с использованием программного пакета StatSoft Statistica 8.0.

**Результаты.** В I и II группах женщины были старше 30 лет, а именно: в 32,0% и 34,0% случаев по сравнению с 18% здоровых беременных контрольной группы ( $p < 0,05$ ), что свидетельствует о высокой вероятности развития БАС у старших по возрасту беременных. Беременные из группы риска по развитию БАС достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) болели инфекционными заболеваниями, такими, как острая респираторная вирусная инфекция, заболеваниями дыхательных путей (пневмонии, бронхиты), заболеваниями почек, а также заболеваниями щитовидной железы (ЩЖ), сахарного диабета и артериальной гипертензией. Последнее позволяет предположить, что в патогенезе развития БАС определенную роль играет наличие в анамнезе соматической патологии. Воспалительные заболевания половых органов 12,0% против 28,0% и 31,0% соответственно ( $p < 0,05$ ), дисплазия шейки матки 4,0% против 17,0% и 19,0% соответственно ( $p < 0,05$ ).

Приведенные данные свидетельствуют об определенной роли гинекологических заболеваний в анамнезе в возникновении ранних нарушений плацентации, развития плацентарной дисфункции, а в дальнейшем – нарушении развития плода.

Высокие уровни отягощенного соматического и репродуктивного анамнеза, по нашему мнению, могут быть факторами риска развития БАС у этих беременных. Приведенные данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего совершенствования мероприятий, направленных на планирование беременности, прегравидарную подготовку, антенатальную охрану плода и снижение частоты осложнений со стороны матери и плода у этих беременных.

**Заключение.** При сравнении полученных данных после проведенного анализа преморбидного фона, соматического и репродуктивного анамнеза у женщин из группы риска по развитию больших акушерских синдромов существенные расхождения между основной и группой сравнения отсутствовали, что дает нам возможность сравнивать их между собой в дальнейшем исследовании.

**Ключевые слова:** клинико-статистический, соматический и репродуктивный анамнез, большие акушерские синдромы.

## Clinical characteristics of women with high risk of Great obstetrical syndromes

**N. Y. Lemish**

**The objective:** to conduct clinical and statistical analyses of somatic and reproductive history of women of Great obstetrical syndromes (GOS) high risk group.

**Materials and methods.** We have conducted clinical and statistical analyses of somatic and reproductive history of 200 pregnant women of GOS high risk group, who were divided by a random selection into 2 groups: I (main) group – 100 pregnant women, that further during research



undergone pregravid preparation, obstetrical and perinatal support and delivery according to our method of medical and organization algorithms, prognostication, treatment and prophylactic schemes; II group – 100 pregnant women, who received routine prognostication and treatment and prophylactic measures and III group (control group) -50 almost healthy pregnant women with positive reproductive history and noncomplicated course of this pregnancy. Statistical analyses was conducted using program package StatSoft Statistica 8.0.

**Results.** In I and II groups the age more than 30 was observed in 32,0% and 34,0% respectively, compared to 18% of healthy pregnant, ( $p < 0,05$ ), that corresponds to the data, that indicate higher incidence of GOS in pregnant women of older patients. It should be noted, that pregnant of GOS risk group, had significantly higher incidence of infectious diseases ( $p < 0,05$ ), such as diseases of respiratory tract (pneumonia, bronchitis), renal diseases and also pathology of thyroid gland, diabetes mellitus and arterial hypertension. Later might indicate, that somatic pathology in history can play a role in GOS pathogenesis. The incidence of genital inflammatory diseases was 12,0% compared to 28,0% and 31,0% respectively ( $p < 0,05$ ), cervical intraepithelial neoplasia 4,0% compared to 17,0% and 19,0% respectively ( $p < 0,05$ ).

Mentioned data suggest that gynecological diseases play a specific role in early placentation disorders, development of placental disfunction and further to fetal development pathology.

High level of complicated somatic and reproductive history, as we suppose, may be GOS risk factors in these pregnant women. Shown data indicate the need of further improvement of measures, aimed on pregnancy planning, pregravid preparation, antenatal fetal guard and decrease of incidence of complications from maternal and fetal side in these pregnant.

**Conclusions.** When analyzing data after conducted research of premorbid background, somatic and reproductive history of women from GOS risk group, no significant difference was found, that gives us the possibility to further compare them in ongoing research.

**Key words:** *clinical and statistical, somatic and reproductive history, great obstetrical syndromes.*

### Інформація про автора

**Леміш Наталія Юрївна** – Кафедра акушерства та гінекології медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет», 88000, м. Ужгород, пл. Народна, 3, тел.: (050) 560-05-17. E-mail: [lemishny@gmail.com](mailto:lemishny@gmail.com)  
ORCID: 0000-0003-0893-8565

### Информация об авторе

**Лемиш Наталья Юрьевна** – Кафедра акушерства и гинекологии медицинского факультета Государственного высшего учебного заведения «Ужгородский национальный университет», 88000, г. Ужгород, пл. Народная, 3, тел.: (050) 560-05-17. E-mail: [lemishny@gmail.com](mailto:lemishny@gmail.com)  
ORCID: 0000-0003-0893-8565

### Information about the author

**Lemish Nataliya Yuriyivna** – Department of obstetrics and gynecology, medical faculty, SHEI “Uzhgorod national university”, 88000, Uzhgorod, Narodna square, tel.: (050) 560-05-17. E-mail: [lemishny@gmail.com](mailto:lemishny@gmail.com)  
ORCID: 0000-0003-0893-8565

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Кюмерле ХП. Клиническая фармакология при беременности. Том 1. Москва; 2011. С. 21–22.
2. Савельева ГМ, Джигилева ГД, Шалина РИ, Фирсов НН. Гемореология в акушерстве. Москва; 2011. 224 с.
3. Шаповаленко СА. Комплексная диагностика и лечение плацентарной недостаточности у беременных на разных стадиях гестации. Вестн. Росс. ассоциации акушеров-гинекологов. 2010; 2:43–6.
4. Beguin F. Diagnosis and surveillance of high-risk pregnancy and labor. Rev Med Suisse Romande. 1981; 101(5): 347-9.
5. Di Renzo GC. The Great Obstetrical Syndromes. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. 2009; 22(8):633–5.

6. Romero R. Prenatal medicine: The child is the father of the man. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2009; 22(8):636–9.
7. Goddard KA, Tromp G, Romero R et al. Candidate-gene association study of mothers with pre-eclampsia, and their infants, analyzing 775 SNPs in 190 genes. *Hum Hered.* 2007; 63(1):1–16.
8. Romero R, Espinoza J, Kusanovic JP et al. The preterm parturition syndrome. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 2012; 113 (3): 17–42.
9. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet.* 2008; 371(9606): 75–84.
10. Romero R, Nien JK, Espinoza J et al. A longitudinal study of angiogenic (placental growth factor) and anti-angiogenic (soluble endoglin and soluble vascular endothelial growth factor receptor-1) factors in normal pregnancy and patients destined to develop preeclampsia and deliver a small for gestational age neonate. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2008; 21(1):9–23.
11. Гланц С. Медико-биологическая статистика. Москва: Практика; 1999. 459 с.
12. Милованов АП. Патология системы «мать–плацента–плод». Москва: Медицина; 1999. С. 55 – 107.
13. Романенко ТГ. Плацентарна дисфункція як предиктор невиношування вагітності. *Репродуктивна ендокринологія.* 2017; 1(33): 77-82
14. Венцківський БМ, Дудка СВ. Прогнозування невиношування вагітності шляхом комплексної оцінки соматотипологічного та психологічного статусу вагітної. *Педіатрія, акушерство та гінекологія.* 2011; 6:70-2.
15. Белокрыницкая ТЯ, Федосеева НА, Турков ОВ. Факторы риска и пути профилактики хронической фетоплацентарной недостаточности. *Актуальные проблемы медицинской практики.* 2006; 16-8.