

УДК 618.3-008.6-06:618.17/5-071.1

Н.Ю. Леміш

Соматичний та репродуктивний анамнез вагітних, які мали ускладнення із групи великих акушерських синдромів

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

Ukrainian Journal Health of Woman. 2022. 1(158): 18-24; doi 10.15574/HW.2022.158.18

For citation: Lemish NY. (2022). Somatic and reproductive history of pregnant, with complications from group of great obstetrical syndromes. Ukrainian Journal Health of Woman. 1(158): 18-24; doi 10.15574/HW.2022.158.18

Мета — провести ретроспективний клініко-статистичний аналіз соматичного, репродуктивного анамнезу в жінок, які мали ускладнення із групи великих акушерських синдромів (ВАС).

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний клініко-статистичний аналіз соматичного та репродуктивного анамнезу 239 вагітних жінок (I група — основна), які мали ускладнення з групи ВАС і залежно від цих ускладнень були поділені на три підгрупи: Ia підгрупа (n=103) — вагітні з тяжкою преєклампсією; Ib підгрупа (n=67) — вагітні з плацентарною недостатністю, клінічно верифікованою затримкою росту плода (ЗРП); Ic підгрупа (n=69) — вагітні зі спонтанними передчасними пологами в терміні гестації 22–34 тижні. Контрольну групу (КГ) становили 56 практично здорових вагітних жінок зі сприятливим репродуктивним анамнезом і неускладненим перебігом цієї вагітності. Статистичну обробку результатів досліджень проведено з використанням стандартних програм «Microsoft Excel 5.0» і «Statistica 6.0».

Результати. Виявлено, що в I групі достовірно більша кількість пацієнток мали спадковість, обтяжену серцево-судинною патологією — 69 (28,8%) жінок ($\chi^2=5,46$, $p=0,03$, ВШ=2,79, ДІ 95% 1,14–6,79), а у КГ — лише 4 (7,1%) пацієнтки. У підгрупі Ib (пацієнтки із ЗРП 2–3 ступеня) була більша середня кількість абортів і випадків невиношування вагітності в анамнезі — відповідно 0,83 (1,37) та 0,32 (0,59), а у КГ — 0,19 (0,85) та 0,07 (0,42), ($p<0,05$). Найбільш значущі відмінності порівняно з КГ відмічалися в пацієнток підгрупи Ia (пацієнтки зі спонтанними передчасними пологами). Найбільше пацієнток з ожирінням було в підгрупах Ia та Ib — 18 (17,5%) і 16 (23,2%), відмінності порівняно з КГ були статистично значущими ($p<0,01$). Звертало на себе увагу значне поширення анемії серед вагітних, особливо серед пацієнток з ускладненнями вагітності. У I групі анемія відмічалася в більшості пацієнток — у 179 (74,8%); у КГ — у кожній третій — у 18 (32,1%) жінок ($\chi^2=21,48$, $p<0,01$, ВШ=2,95, ДІ 95% 1,85–4,71). Дані КГ приблизно відповідали рівню цієї патології в популяції вагітних жінок в Україні. Хвороби, що характеризуються підвищеним кров'яним тиском, у I групі зустрічалися в кілька разів частіше (41 (17,1%) жінка) порівняно з КГ — 5 (8,9%) пацієнток ($\chi^2=11,1$, $p<0,01$, ВШ=6,08, ДІ 95% 1,84–20,1). У підгрупі Ia кількість пацієнток із цією патологією була найбільшою — 26 (25,2%) жінок ($\chi^2=20,78$, $p<0,01$, ВШ=11,03, ДІ 95% 3,21–37,9).

Висновки. Виявлені особливості соматичного та репродуктивного анамнезу у вагітних, які мали ускладнення із групи ВАС, можуть слугувати факторами високого ризику значного зростання акушерських і перинатальних ускладнень із боку матері та плода. Використовувані загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи недостатньо ефективні, що є переконливою підставою для розроблення нового підходу до зниження частоти й тяжкості розвитку ВАС у цих пацієнток, а попередження таких синдромів є актуальною проблемою сучасного акушерства.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення дослідження отримано інформовану згоду жінок.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

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

Somatic and reproductive history of pregnant, with complications from group of great obstetrical syndromes

N. Yu. Lemish

SHEI «Uzhgorod National University», Ukraine

Purpose — to conduct retrospective clinical and statistical analyses of somatic, reproductive history of women, with complications from the group of great obstetrical syndromes (GOS).

Materials and methods. We conducted retrospective clinical and statistical analyses of somatic and reproductive history of 239 pregnant women (Ist — main group), who had complications from the group of GOS, who were subdivided into 3 groups: Ia group (n=103) pregnant with severe preeclampsia, Ib group (n=67) pregnant with placenta insufficiency, with clinical manifestation by intrauterine growth retardation syndrome (IUGR); Ic group (n=69) pregnant with preterm delivery with gestational term 22–34 weeks. Control group (CG) was formed by 56 practically healthy pregnant with favourable reproductive history and non complicated course of current pregnancy. Statistical analyses was conducted by using standard programs Microsoft Excel 5.0 and Statistica 6.0.

Results. We stated, that in I group the incidence of complicated heredity of cardiovascular pathology was significantly higher: 69 (28.8%) in I group ($\chi^2=5.46$, $p=0.03$, OR=2.79, CI 95% 1.14–6.79), in CG this factor was diagnosed only in 4 (7.1%) of patients. In subgroup Ib (patients with IUGR of 2–3 stage) the incidence of abortions and miscarriages in history was higher: in subgroup Ib these parameters were 0.83 (1.37) and 0.32 (0.59) corresponding, and in CG — 0.19 (0.85) and 0.07 (0.42) corresponding ($p<0.05$). The most reasonable difference compared to CG were diagnosed in patients from Ic subgroup (patients with spontaneous preterm deliveries). The highest incidence of patients with obesity was diagnosed in subgroups Ia and Ic — 18 (17.5%) and 16 (23.2%), the difference compared to CG clinically significant ($p<0.01$). A high incidence of anemia was noted in pregnant, especially among the ones with pregnancy complications — in I group anemia was diagnosed in more than half of patients — in 179 (74.8%), in CG — every third — in 18 (32.1%) ($\chi^2=21.48$, $p<0.01$, OR=2.95, CI 95% 1.85–4.71). The data in CG are approximately the same as the incidence of this pathology in population of pregnant women of Ukraine. Diseases, characterized by elevated blood pressure in group I were diagnosed several times higher, compared to CG — 41 (17.1%) compared to 5 (8.9%) ($\chi^2=11.1$, $p<0.01$, OR=6.08, CI 95% 1.84–20.1). In subgroup Ia the incidence of patients with this pathology was the highest — 25.2% (n=26) ($\chi^2=20.78$, $p<0.01$, OR=11.03, CI 95% 3.21–37.9).

Conclusions. Peculiarities of somatic and reproductive history of pregnant were diagnosed in pregnant, who had complications from GOS group that may be high risk factors of significant increase of obstetrical and perinatal complications from maternal and fetal side. The usage of routine treatment and prophylactic measures were not effective enough, that is quite convincing reason for making up a new approach for decreasing the incidence and severity of GOS in these patients, and their prophylaxis is a relevant problem of modern obstetrics.

The research was conducted according to principles of Declaration of Helsinki. Protocol of research was proved by local ethical committee, mentioned in institution's work. A informed consent was collected in order to carry out the research.

No conflict of interests was declared by the author.

Key words: retrospective analysis, clinical and statistical analyses, somatic history, reproductive history, great obstetrical syndromes.

Основними характеристиками ускладнень із групи великих акушерських синдромів (ВАС) є: мультиетіологічність; тривала доклінічна стадія; висока частота порушення стану плода (frequent fetal involvement); адаптивний характер клінічних проявів [4,26]. Розвиток синдромів є наслідком складних взаємозв'язків між материнським і фетальним геномами та навколишнім середовищем [22–24,27,28]. До ВАС належать такі стани: передчасні пологи; передчасний розрив плодових оболонок; прееклампсія; затримка росту плода (ЗРП); макросомія; завмерла вагітність; мертвонародження; самовільні аборти; передчасне відшарування нормально розташованої плаценти [2,3,5–7,10,11,14,15,17,19–21,25,30,34,35].

Нещодавно з'явилися публікації про гестаційний діабет як один із ВАС [8]. Встановлено, що вплив на плід та ускладнення неонатального періоду — це наслідок метаболізму, що проєктується на плід через плацентарний інтерфейс. Отже, гестаційний діабет можна вважати одним із ВАС. ВАС характеризуються системним запаленням, дисфункцією ендотелію, підвищеним виробленням тромбіну, переважанням антиангіогенних факторів і часто призводить до ушкодження багатьох органів і систем [29]. За даними, опублікованими у 2011 р. вченими I. Brosens і співавт., в основі ВАС лежить патологія так званої глибокої плацентації [8,29]. При прееклампсії лише незначна частка спіральних артерій у центрі плацентарної площадки може мати ознаки повної трансформації зони з'єднання міометрального сегмента. Додатково, обструкція артерій (до прикладу, тромбоз, гострий атероз) може призводити або визначати ступінь тяжкості дефективної плацентації. Порушення плацентації («дефективна плацентація») із ранньою розкупоркою, разом з обмеженою інвазією спіральних артерій позаворсинчастим трофобластом, призводить до порушення ремоделювання і може спричинити ранній розвиток прееклампсії, яка часто поєднується із ЗРП, або до ЗРП без прееклампсії [1,29].

Триває пошук ефективних методик прогнозування ВАС для ранньої корекції порушень і 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, не розроблені єдині методичні підходи до ранньої діагно-

стики, відсутні стандарти обстеження і лікування вагітних із виявленими порушеннями [22–24,27,28]. Отже, прогнозування, профілактика та корекція порушень у разі розвитку ВАС набуває актуальності та своєчасності.

Мета дослідження — провести ретроспективний клініко-статистичний аналіз соматичного та репродуктивного анамнезу в жінок, які мали ускладнення із групи ВАС.

Матеріали та методи дослідження

На базі КНП «Ужгородський міський пологовий будинок» за період 2017–2021 рр. (клінічна база кафедри акушерства та гінекології медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет») проведено ретроспективний клініко-статистичний аналіз соматичного та репродуктивного анамнезу 239 вагітних жінок (І група — основна), які мали ускладнення із групи ВАС та були поділені на три підгрупи: Іа підгрупа (n=103) — вагітні з тяжкою прееклампсією; Іб підгрупа (n=67) — вагітні з плацентарною недостатністю, клінічно верифікованою ЗРП; Ів підгрупа (n=69) — вагітні зі спонтанними передчасними пологамі в терміні гестації 22–34 тижні. Контрольну групу (КГ) становили 56 практично здорових вагітних жінок зі сприятливим репродуктивним анамнезом і неускладненим перебігом цієї вагітності.

Статистичну обробку результатів досліджень проведено з використанням стандартних програм «Microsoft Excel 5.0» та «Statistica 6.0» [9,16,18,32]. Параметричні методи застосовано для кількісних ознак із нормальним розподілом. У цьому разі описувальна статистика передбачала розрахунок середніх арифметичних величин (М), середньоквадратичне відхилення (SD) та 95% довірчий інтервал (ДІ 95%).

Відмінності середніх величин прийнято значущими з рівнем імовірності не менше 95% ($p < 0,05$). Розраховано відношення шансів (ВШ) для дослідження «випадок-контроль» (ретроспективне дослідження). Для показників, що характеризують якісні ознаки, вказано абсолютне значення та відносну величину у відсотках. Частотний аналіз номінальних (якісних) ознак проведено за допомогою таблиць сполученості з оцінкою значущості за критерієм хі-квадрат (χ^2 Пірсона). Для бінарних ознак обчислено ВШ та ДІ 95%. Критичний рівень значущості відмінностей (p), у якому нульова гіпотеза про відсутність відмінностей від-

кидалася і приймалася альтернативна, встановлено рівним $p < 0,05$. Статистично значущими прийнято розбіжності при $p < 0,05$ [9,16,18,32].

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення дослідження отримано інформовану згоду жінок.

Результати дослідження та їх обговорення

Середній вік вагітних наведено в таблиці 1. У I групі та КГ середній вік пацієнток був однаковим і становив $30,2 \pm 5,36$ року та $30,4 \pm 5,26$ року.

Проаналізовано соціальний статус пацієнток досліджуваних груп (табл. 2). Статистично значущих відмінностей за соціальними характеристиками обстежених пацієнток I групи та КГ не виявлено. У підгрупі Ib встановлено достовірно більшу кількість домогосподарок (24 (34,8%) пацієнтки) порівняно з КГ (12 (21,4%) жінок), $p = 0,04$, $\chi^2 = 4,13$. У підгрупі Ia виявлено найбільше студенток — 5 (4,8%) жінок, а у КГ студенток не було.

Оскільки «ВАС оцінюються як патологія з генетичною схильністю [31–33], важливо оці-

Таблиця 1
Віковий склад обстежених вагітних ($M \pm m$)

Група	Середній вік, року	p
I група (n=239)	$30,2 \pm 5,36$	0,93
Підгрупа Ia (n=103)	$28,2 \pm 3,88$	0,11
Підгрупа Ib (n=67)	$28,3 \pm 5,12$	0,40
Підгрупа Ib (n=69)	$31,2 \pm 4,12$	0,35
Контрольна група (n=66)	$30,4 \pm 5,26$	–

нити спадковість серед пацієнток досліджуваних груп. Кількість пацієнток з обтяженою спадковістю в досліджуваних групах наведено в таблиці 3.

Найчастіше пацієнтки вказували на спадковість, обтяжену серцево-судинною патологією (гіпертонічна хвороба, інфаркти, інсульти, тромбоемболічні ускладнення), онкологічними захворюваннями, патологією щитоподібної залози і цукровим діабетом. За іншими станами (зокрема, ускладненнями вагітності) у всіх групах були лише поодинокі повідомлення про обтяжену спадковість. Виявлено, що в I групі, зокрема в підгрупах Ia та Ib, достовірно більша

Таблиця 2
Соціальний та сімейний стан обстежених вагітних (абс., %)

Соціальний та сімейний стан	I група (n=239)		Підгрупа Ia (n=103)		Підгрупа Ib (n=67)		Підгрупа Ib (n=69)		КГ (n=56)		P ₁₋₅	P ₂₋₅	P ₃₋₅	P ₄₋₅
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%				
Службовець	84	35,1	41	39,8	24	35,8	19	27,5	20	35,7	0,87	0,44	0,85	0,35
Робітник	80	33,4	29	28,1	27	40,3	24	34,8	24	42,8	0,11	0,05	0,67	0,25
Домогосподарка	66	27,6	28	27,2	14	20,9	24	34,8	12	21,4	0,28	0,51	0,81	0,04
Студентка	9	3,8	5	4,8	2	2,9	2	2,8	0	–	0,11	0,04	0,08	0,25
Шлюб не зареєстрований	38	15,9	17	16,5	10	14,9	11	15,9	6	10,7	0,47	0,31	0,91	0,82
Шлюб зареєстрований	201	84,1	86	83,5	57	85,1	58	84,1	50	89,3	0,47	0,31	0,91	0,82

Примітки: p₁₋₅ — рівень значущості між I групою та КГ, p₂₋₅ — між Ia та КГ, p₃₋₅ — між Ib та КГ, p₄₋₅ — між Ib та КГ, статистично достовірна різниця при $p < 0,05$.

Таблиця 3
Обтяжена спадковість в обстежених вагітних (абс., %)

Захворювання	I група (n=239)		Підгрупа Ia (n=103)		Підгрупа Ib (n=67)		Підгрупа Ib (n=69)		КГ (n=56)		P ₁₋₅	P ₂₋₅	P ₃₋₅	P ₄₋₅
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%				
Серцево-судинні	69	28,8	30	29,1	21	31,4	18	26,1	4	7,1	0,02	<0,01	0,03	0,38
Онкопатологія	16	5,9	7	6,8	5	7,5	4	5,8	2	3,6	0,37	0,25	0,51	0,54
Цукровий діабет	18	7,5	8	7,7	5	7,5	5	7,2	3	5,4	0,32	0,31	0,12	0,43
Захворювання щитоподібної залози	27	11,3	14	13,6	7	10,4	6	8,7	5	8,9	0,11	0,04	0,08	0,25

Примітки: p₁₋₅ — рівень значущості між I групою та КГ, p₂₋₅ — між Ia та КГ, p₃₋₅ — між Ib та КГ, p₄₋₅ — між Ib та КГ, статистично достовірна різниця при $p < 0,05$.

Таблиця 4

Акушерський анамнез обстежених вагітних (абс., %)

Акушерський анамнез	І група (n=239)		Підгрупа Іа (n=103)		Підгрупа Іб (n=67)		Підгрупа Ів (n=69)		КГ (n=56)		P ₁₋₅	P ₂₋₅	P ₃₋₅	P ₄₋₅
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%				
Вагітна вперше	66	27,6	36	34,9	24	35,8	6	8,7	12	21,4	0,54	0,04	0,1	0,01
Вагітна повторно	173	72,4	67	65,1	43	64,2	63	91,3	44	78,6	0,54	0,04	0,1	0,01
Не народжувала	95	39,7	54	52,4	31	46,3	10	14,5	21	37,5	0,96	0,07	0,26	<0,01
Народжувала	144	60,2	49	47,6	36	53,7	59	85,5	35	62,5	0,96	0,07	0,26	<0,01
Багато разів народжувала	39	16,3	12	11,6	9	13,4	18	26,1	5	8,9	0,67	0,13	0,41	<0,01
Артифіційні аборти	63	26,3	39	28,1	11	16,4	24	34,8	6	10,7	<0,01	0,6	0,33	<0,01
Невиношування вагітності	36	15,1	13	12,6	9	13,4	14	20,3	2	3,5	0,28	0,84	0,64	0,04
Середня кількість вагітностей M (SD)	3,06	2,28	2,46	2,085	2,76	2,06	4,28	2,5	2,68	1,5	0,09	0,38	0,75	<0,01
Середня кількість пологів M (SD)	2,01	1,15	1,7	0,96	1,66	0,91	2,55	1,08	0,94	0,9	0,27	0,04	0,74	<0,01
Середня кількість абортів M (SD)	0,82	1,45	0,56	1,26	0,83	1,37	1,31	1,85	0,19	0,85	<0,01	0,25	<0,01	<0,01
Середня кількість випадків невиношування M (SD)	0,22	0,59	0,16	0,42	0,32	0,59	0,34	0,7	0,07	0,42	<0,01	0,25	<0,01	<0,01

Примітки: p₁₋₅ — рівень значущості між І групою та КГ, p₂₋₅ — між Іа та КГ, p₃₋₅ — між Іб та КГ, p₄₋₅ — між Ів та КГ, статистично достовірна різниця при p<0,05.

кількість пацієнток мали спадковість, обтяжену серцево-судинною патологією: 69 (28,8%) жінок — у І групі ($\chi^2=5,46$, p=0,03, ВШ=2,79, ДІ 95% 1,14–6,79), 30 (29,1%) жінок — у підгрупі Іа ($\chi^2=8,94$, p<0,01, ВШ=4, ДІ 95% 1,53–10,45), 21 (31,1%) жінка — у підгрупі Іб ($\chi^2=4,71$, p=0,03, ВШ=3,1, ДІ 95% 1,07–8,96), а в КГ цей фактор виявлено тільки в 4 (7,1%) пацієнток. У таблиці 4 наведено результати аналізу акушерського анамнезу пацієнток досліджуваних груп.

Між пацієнтками досліджуваних груп відмічалися суттєві відмінності за деякими ключовими параметрами. Так, у І групі значно більше, ніж у КГ, було число пацієнток, які мають артифікаційний аборт в анамнезі — у 63 (26,3%) пацієнток порівняно з 6 (10,7%) жінками ($\chi^2=8,24$, p<0,01, ВШ=2,05, ДІ 95% 1,24–3,36). Також у І групі була більша середня кількість абортів на одну пацієнтку — 0,82 (SD=1,45) проти 0,19 (SD=0,85) у КГ (p<0,01), та середня кількість випадків невиношування вагітності в анамнезі — відповідно 0,22 (SD=0,59) та 0,07 (SD=0,42) випадку (p<0,01). У підгрупі Іа (пацієнтки з тяжкою прееклампсією) відмічалися такі значущі відмінності порівняно з КГ: частіше зустрічалися першовагітні пацієнтки (36 (34,9%) пацієнток порівняно з 12 (21,4%) жінками) і, відповідно, рідше повторновагіт-

ні (67 (65,1%) пацієнток та 44 (78,6%) жінки ($\chi^2=4,18$, p=0,04)). У підгрупі Іб (пацієнтки із ЗРП 2–3 ступеня) відмічалася більша порівняно з КГ середня кількість абортів та випадків невиношування вагітності в анамнезі — відповідно 0,83 (SD=1,37) та 0,32 (SD=0,59) проти відповідно 0,19 (SD=0,85) та 0,07 (SD=0,42) випадку (p<0,05). Найбільш значущі відмінності порівняно з КГ спостерігалися в пацієнток підгрупи Ів (пацієнтки зі спонтанними передчасними пологамі). У цій підгрупі відмінності за всіма показниками, наведеними у таблиці 4, виявилися статистично достовірними: 63 (91,3%) пацієнтки були повторно вагітні, 59 (85,5%) жінок повторно народжували, 18 (26,1%) осіб багато разів народжували (p<0,01). Це значно перевищувало аналогічні параметри як у КГ, так і в інших підгрупах І групи. Частка пацієнток, які мали в анамнезі аборти та втрати вагітності, також у цій групі виявилася найбільшою — відповідно 24 (34,8%) і 14 (20,3%) жінок. Середня кількість вагітностей, пологів, артифіційних абортів і випадків невиношування вагітності в анамнезі в цій групі була достовірно вищою, ніж у КГ. Припускаємо, що в І групі була найбільша кількість домогосподарок саме тому, що в анамнезі пацієнток було більше пологів, отже, вони мали більше ді-

Таблиця 5

Маса тіла обстежених вагітних (абс., %)

Маса тіла	І група (n=239)		Підгрупа Іа (n=103)		Підгрупа Іб (n=67)		Підгрупа Ів (n=69)		КГ (n=56)		P ₁₋₅	P ₂₋₅	P ₃₋₅	P ₄₋₅
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%				
Нормальна (ІМТ=18–25 кг/м ²)	135	56,5	58	56,3	42	62,7	55	79,7	35	62,5	0,13	0,18	0,73	0,08
Недостатня (ІМТ<18 кг/м ²)	14	5,8	5	4,8	6	8,9	3	4,3	2	3,6	0,22	0,9	0,06	0,27
Надмірна (ІМТ=25–30 кг/м ²)	50	20,9	22	21,4	13	19,4	15	21,7	15	21,7	0,15	0,27	0,38	0,45
Ожиріння (ІМТ >30 кг/м ²)	40	16,7	18	17,5	6	8,9	16	23,2	4	7,1	<0,01	<0,01	0,76	<0,01

Примітки: p₁₋₅ — рівень значущості між І групою та КГ, p₂₋₅ — між Іа та КГ, p₃₋₅ — між Іб та КГ, p₄₋₅ — між Ів та КГ, статистично достовірно різниця при p<0,05.

Таблиця 6

Соматична патологія в обстежених вагітних (абс., %)

Захворювання	І група (n=239)		Підгрупа Іа (n=103)		Підгрупа Іб (n=67)		Підгрупа Ів (n=69)		КГ (n=56)		P ₁₋₅	P ₂₋₅	P ₃₋₅	P ₄₋₅
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%				
Захворювання серцево-судинної системи	41	17,1	26	25,2	8	11,9	7	10,1	5	8,9	<0,01	<0,01	0,27	0,01
Захворювання нирок	44	18,4	21	20,4	14	20,9	9	13,1	5	8,9	0,03	<0,01	0,07	0,38
Захворювання дихальних шляхів	13	5,4	5	4,8	4	5,9	4	5,8	3	5,3	0,78	0,87	0,86	0,83
Захворювання шлунково-кишкового тракту	27	11,3	11	10,7	8	11,9	8	11,6	4	7,1	0,64	0,46	0,12	0,64
Захворювання щитоподібної залози	24	10,1	9	8,7	7	10,4	8	11,6	4	7,1	0,44	0,12	0,46	0,48
Захворювання крові	179	74,8	69	66,9	48	71,6	44	63,8	18	32,1	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Захворювання вен	13	5,4	4	3,9	3	4,5	6	8,7	5	8,9	0,25	0,06	0,48	0,78

Примітки: p₁₋₅ — рівень значущості між І групою та КГ, p₂₋₅ — між Іа та КГ, p₃₋₅ — між Іб та КГ, p₄₋₅ — між Ів та КГ, статистично достовірно різниця при p<0,05.

тей, і це вплинуло на їхній соціальний статус. У підгрупі Ів відмічалася, навпаки, істотно менша кількість пологів, ніж у КГ, — відповідно 1,66 (SD=0,91) та 0,94 (SD=0,9) випадку (p=0,04).

Важливими показниками здоров'я жінки є менструальна функція та гінекологічна захворюваність. Значних відмінностей за характеристиками менструальної функції та частотою наявності гінекологічної патології не виявлено.

Дані маси тіла згідно з індексом маси тіла (ІМТ) вагітних наведено в таблиці 5.

Кількість пацієнток із нормальною масою тіла в І групі та КГ становила відповідно 135 (56,5%) і 35 (62,5%) жінок ($\chi^2=1$, p=0,32). Найменша кількість пацієнток із нормальною масою тіла була в підгрупі Ів — усього 35 (50,7%) жінок ($\chi^2=3$, p=0,08). А от кількість пацієнток з ожирінням, навпаки, у І групі суттєво випереджала значення КГ — 40 (16,7%) проти 4 (7,1%) жінок ($\chi^2=8,53$, p<0,01, ВШ=3,05, 95% ДІ 95% 1,46–4,71). Найбільше пацієнток з ожирінням

спостерігалось в підгрупах Іа та Ів — 18 (17,5%) і 16 (23,2%) жінок, відмінності порівняно з КГ були статистично значущими (p<0,01). У підгрупі Іб таких пацієнток було 6 (6,9%), що не відрізнялося від КГ (p=0,76). Пацієнток з недостатньою масою тіла було набагато менше, ніж з ожирінням, — лише 14 (5,8%) жінок у І групі, 2 (3,6%) жінки у КГ (p>0,05). Найбільше пацієнток з ІМТ <18 кг/м² при встановленні на облік було у підгрупі Іб — 6 (8,9%) жінок, але відмінності порівняно з КГ були статистично незначущими (p=0,06, $\chi^2=3,44$).

Аналіз соматичної патології в досліджуваній групі показав, що до і під час вагітності всі хронічні захворювання в пацієнток перебували на стадії стійкої ремісії, за винятком захворювань крові та гіпертонічної хвороби (табл. 6).

Звертало на себе увагу значне поширення анемії серед вагітних, особливо серед пацієнток з ускладненнями вагітності. Так, у І групі анемія відмічалася в більшості пацієнток —

у 179 (74,8%) жінок, у КГ — у кожної третьої — у 18 (32,1%) жінок ($\chi^2=21,48$, $p<0,01$, ВШ=2,95, ДІ 95% 1,85–4,71). Дані КГ приблизно відповідали рівню цієї патології в популяції вагітних жінок в Україні. Частота анемії в підгрупах Ia, Ib, Iv становила 66,9% ($n=69$), 71,6% ($n=48$) та 63,8% ($n=44$) жінок ($p<0,01$ для всіх підгруп). За частотою патології ендокринної системи — хвороби щитоподібної залози, цукровий діабет — достовірних відмінностей між пацієнтками досліджуваних груп та підгруп не виявлено. Хвороби, що характеризуються підвищеним кров'яним тиском, у I групі спостерігалися в кілька разів частіше, ніж у КГ, — 41 (17,1%) порівняно з 5 (8,9%) жінками ($\chi^2=11,1$, $p<0,01$, ВШ=6,08, ДІ 95% 1,84–20,1). У підгрупі Ia кількість пацієнток із цією патологією була найбільшою — 26 (25,2%) жінок ($\chi^2=20,78$, $p<0,01$, ВШ=11,03, ДІ 95% 3,21–37,9). Статистично значущі відмінності порівняно з I групою також відмічалися в пацієнток підгрупи Iv, у них хвороби цього класу виявлялися в 7 (10,1%) випадках ($\chi^2=5,95$, $p=0,014$, ВШ=4,77, ДІ 95% 1,21–18,6). Значні відмінності виявлено також за частотою хвороб сечостатевої системи. Кількість пацієнток із цими захворюваннями в I групі становила 44 (18,4%), а в КГ — 5 (8,9%), ($\chi^2=4,65$, $p=0,031$, ВШ=2,1, ДІ 95% 1,02–4,33). Але серед окремих підгруп статистично значущі відмінності порівняно з КГ спостерігалися лише в пацієнток групи Ia, де частка хвороб сечостатевої системи була найбільшою — 20,4% ($n=21$), ($\chi^2=7,42$, $p<0,01$, ВШ=2,85, ДІ 95% 1,28–6,32). В основу поділу масиву пацієнток на групи та підгрупи лягла наявність таких ускладнень вагітності, як преєклампсія, ЗРП, передчасні пологи. Проте, інколи, ці патології «перетиналися». У підгрупі Ia (пацієнтки з преєклампсією) у 51 (49,5%) жінки також діагностувалася ЗРП.

У підгрупі Iv (пацієнтки зі спонтанними передчасними пологами) ЗРП відмічалася у 2 (2,9%) випадках.

На підставі проведеного ретроспективного клініко-статистичного аналізу виявлено фактори ризику виникнення ускладнень вагітності із групи ВАС. Слід зазначити, що визначення особливостей соматичного та репродуктивного анамнезу в жінок із розвитком ВАС є основою для зниження рівнів материнської та перинатальної захворюваності й смертності.

Висновки

Загальними анамнестичними факторами ризику ВАС є: спадковість, обтяжена серцево-судинною патологією, наявність артіфіційних абортів, повторювані випадки невиношування вагітності.

У пацієнток з ускладненим перебігом вагітності порівняно з пацієнтками з фізіологічним перебігом вагітності частіше спостерігається ожиріння (16,7% порівняно з 7,1%, $p<0,01$) та соматична патологія (анемія, хвороби, що супроводжуються підвищеним артеріальним тиском, захворювання сечостатевої системи).

Отже, виявлені особливості соматичного та репродуктивного анамнезу у вагітних, які мали ускладнення з групи ВАС, можуть слугувати факторами високого ризику значного зростання акушерських і перинатальних ускладнень із боку матері та плода. Використовувані загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи недостатньо ефективні, що є переконливою підставою для розроблення нового підходу до зниження частоти й тяжкості розвитку ВАС у цих пацієнток, а попередження таких синдромів є актуальною проблемою сучасного акушерства.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

1. Brosens I, Pijnenborg R, Vercruysse L, Romero R. (2011). The «Great obstetrical syndromes» are associated with disorders of deep placentation. *Am J Obstet Gynecol.* 204 (3): 193–201. doi: 10.1016/j.ajog.2010.08.009.
2. Chaiworapongsa T, Romero R, Gotsch F et al. (2008). Low maternal concentrations of soluble vascular endothelial growth factor receptor-2 in preeclampsia and small for gestational age. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 21 (1): 41–52.
3. Di Renzo GC. (2008). The role of an «anti-angiogenic state» in complications of pregnancy. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 21 (1): 3–7.
4. Di Renzo GC. (2009). The Great Obstetrical Syndromes. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine.* 22 (8): 633–635.
5. Erez O, Romero R, Hoppensteadt D et al. (2008). Tissue factor and its natural inhibitor in preeclampsia and SGA. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 21 (12): 855–869.
6. Espinoza J, Chaiworapongsa T, Romero R et al. (2007). Unexplained fetal death: another anti-angiogenic state. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 20 (7): 495–507.
7. Espinoza J, Romero R, Nien JK et al. (2007). Identification of patients at risk for early onset and/or severe preeclampsia with the use of uterine artery Doppler velocimetry and placental growth factor. *Am J Obstet Gynecol.* 196 (4): 326.e1–e13.
8. Gabbay—Benziv R, Baschat A. (2015). Gestational diabetes as one of the «great obstetrical syndromes» — the maternal, placental, and fetal dialog. *Best*

- Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 28 (2): 150–155.
9. Glants S. (1998). Mediko-biologicheskaya statistika. Per. s angl. Moskva: Praktika: 459. [Гланц С. (1998). Медико-біологічеська статистика. Пер. с англ. Москва: Практика: 459].
 10. Gordon A, Jeffery HE. (2008). Classification and description of stillbirths in New South Wales, 2002–2004. *Med J Aust*. 188 (11): 645–648.
 11. HAPO Study Cooperative Research Group. (2009). Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) Study: associations with neonatal anthropometrics. *Diabetes*. 58 (2): 453–459.
 12. Kim YM, Bujold E, Chaiworapongsa T et al. (2013). Failure of physiologic transformation of the spiral arteries in patients with preterm labor and intact membranes. *Am J Obstet Gynecol*. 189 (4): 1063–1069.
 13. Kim YM, Chaiworapongsa T, Gomez R et al. (2012). Failure of physiologic transformation of the spiral arteries in the placental bed in preterm premature rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol*. 187 (5): 1137–1142.
 14. Korteweg FJ, Gordijn SJ, Timmer A et al. (2008). A placental cause of intra-uterine fetal death depends on the perinatal mortality classification system used. *Placenta*. 29 (1): 71–80.
 15. Kusanovic JP, Romero R, Hassan SS et al. (2007). Maternal serum soluble CD30 is increased in normal pregnancy, but decreased in preeclampsia and small for gestational age pregnancies. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 20 (12): 867–878.
 16. Lang TA, Sesik M. (2011). Kak opisyivat statistiku v meditsine. *Rukovodstvo dlya avtorov, redaktorov i retsenzentov*. Moskva: Prakticheskaya Meditsina: 480. [Ланг ТА, Сесик М. (2011). Как описывать статистику в медицине. Руководство для авторов, редакторов и рецензентов. Москва: Практическая Медицина: 480].
 17. Metzger BE, Lowe LP, Dyer AR et al. (2008). Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med*. 358 (19): 1991–2002.
 18. Mintser AP. (2010). Statisticheskie metody issledovaniya v klinicheskoy meditsine. *Prakticheskaya meditsina*. 3: 41–45. [Минцер АП. (2010). Статистические методы исследования в клинической медицине. Практическая медицина. 3: 41–45].
 19. Ness RB, Sibai BM. (2006). Shared and disparate components of the pathophysiologies of fetal growth restriction and preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol*. 195 (1): 40–49.
 20. Redman CW, Sargent IL. (2015). Latest advances in understanding preeclampsia. *Science*. 308 (5728): 1592–1594.
 21. Roberts JM, Gammill HS. (2015). Preeclampsia: recent insights. *Hypertension*. 46 (6): 1243–1249.
 22. Romero R, Espinoza J, Gotsch F et al. (2006). The use of high-dimensional biology (genomics, transcriptomics, proteomics, and metabolomics) to understand the preterm parturition syndrome. *BJOG*. 113 (3): 118–135.
 23. Romero R, Espinoza J, Mazor M, Chaiworapongsa T. (2004). The preterm parturition syndrome. In: Critchely H, Bennett P, Thornton S, editors. *Preterm Birth*. London: RCOG Press: 28–60.
 24. Romero R, Mazor M, Munoz H et al. (1994). The preterm labor syndrome. *Ann NY Acad Sci*. 734: 414–429.
 25. Romero R, Nien JK, Espinoza J et al. (2008). 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*. 21 (1): 9–23.
 26. Romero R. (2009). Prenatal medicine: The child is the father of the man. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 22 (8): 636–639.
 27. Sibai B, Dekker G, Kupferminc M. (2015). Preeclampsia. *Lancet*. 365 (9461): 785–799.
 28. Sibai BM. (2004). Preeclampsia: an inflammatory syndrome? *Am J Obstet Gynecol*. 191 (4): 1061–1062.
 29. Soto E, Romero R, Kusanovic JP et al. (2012). Late-Onset Preeclampsia Is Associated with an Imbalance of Angiogenic and Anti-Angiogenic Factors in Patients with and without Placental Lesions Consistent with Maternal Underperfusion. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 25: 498–507. doi: 10.3109/14767058.2011.591461.
 30. Stella CL, Sibai BM. (2016). Preeclampsia: Diagnosis and management of the atypical presentation. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 19 (7): 381–386.
 31. Strauss JF, Romero R, Gomez—Lopez N et al. (2018). Spontaneous preterm birth: advances toward the discovery of genetic predisposition. *Am J Obstet Gynecol*. 218 (3): 294–314.
 32. Tsahilova SG, Akulenko LV, Kuznetsov VM. (2017). Geneticheskie prediktory preeklampsii (obzor literatury). *Problemy reproduktivnoy meditsiny*. 1: 110–114. [Цахилова СГ, Акуленко ЛВ, Кузнецов ВМ. (2017). Генетические предикторы преэклампсии (обзор литературы). Проблемы репродукции. 1: 110–114].
 33. Uzunm A, Schuster J, McGonnigal B et al. (2016). Targeted sequencing and meta-analysis of preterm birth. *PLoS One*. 11 (5): 194–199.
 34. Varli IH, Petersson K, Bottinga R et al. (2008). The Stockholm classification of stillbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 87 (11): 1202–1212.
 35. Yogev Y, Langer O. (2008). Pregnancy outcome in obese and morbidly obese gestational diabetic women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 137 (1): 21–26.

Відомості про авторів:

Леміш Наталія Юрївна — к.мед.н., доц. каф. акушерства та гінекології медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Адреса: м. Ужгород, пл. Народна, 3. <https://orcid.org/0000-0003-0893-8565>.

Стаття надійшла до редакції 18.11.2021 р.; прийнята до друку 08.03.2022 р.