

УДК 618.4:616-005.98.12-008.331.1

СУТОЧНАЯ ДИНАМИКА СНИЖЕНИЯ ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ПРЕЭКЛАМПСИИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

DAILY DYNAMICS OF DECREASE IN THE MAIN CLINICAL SYMPTOMS OF PREECLAMPSIYA OF VARYING SEVERITY IN THE POSTNATAL PERIOD

И.В. Симанов
I.V. Simanov

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Родильный дом»
Россия, 357500, г. Пятигорск, проспект Калинина, 29*

*State budgetary institution of health care of Stavropol Krai «Maternity hospital»
Russia, 357500, Pyatigorsk, Kalinin Av., 29*

E-mail: simigor1@rambler.ru

Ключевые слова: гипертензия, отеки, протеинурия, преэклампсия.
Keywords: hypertension, hypostases, proteinuria, preeclampsia.

Аннотация. В данной статье представлены данные проспективного анализа результатов обследования 300 родильниц, перенесших преэклампсию различной степени тяжести в течение 7–10 суток после родов. Результаты исследования установили, что сосудистые расстройства и нарушения микроциркуляции, свойственные преэклампсии и проявляющиеся триадой клинических симптомов имели место быть и в послеродовом периоде. Кроме того, проведенное исследование показало, что регресс основных клинических симптомов преэклампсии после родов зависел от их выраженности во время беременности, степени ее тяжести и характера экстрагенитальной патологии. В частности, у родильниц, перенесших преэклампсию легкой степени тяжести, в послеродовом периоде ее клинические проявления сохранялись в течение 4–6 суток, средней – до 7–10 суток, а тяжелой – более 10 суток. В результате исследования показана целесообразность проведения у данных лиц в послеродовом периоде восстановительной терапии, а также динамический амбулаторный контроль после выписки из акушерского стационара в течение последующих лет жизни.

Resume. Data of the prospective analysis of results of inspection of 300 women in childbirth who had a preeclampsia of varying severity within 7–10 days after the delivery are presented in this article. Results of research established that vascular disorders and disturbance of microcirculation, peculiar to preeclampsia, and shown in a triad of clinical symptoms took place also in the postnatal period. Besides, the conducted research showed that regress of the main clinical symptoms of a preeclampsia after the delivery depended on their expressiveness during pregnancy, degree of its weight and character of extragenital pathology. In particular, a women in childbirth who suffered a preeclampsia of less severity, in the postnatal period its clinical manifestations remained within 4–6 days, average – till 7–10 days, and severe – more than 10 days. The result of research shows the expediency of carrying out recovery therapy on these persons in the postnatal period, and also dynamic out-patient control after a discharge from the obstetric hospital within the next years of life.

Введение

Многочисленные проблемы течения послеродового периода у родильниц, перенесших преэклампсию различной степени тяжести, по-прежнему остаются актуальными для практического акушерства. Несмотря на внедрение новых методов диагностики и терапии преэклампсии, прекращение беременности не решает полностью проблемы качества здоровья женщин после родов. Кроме того, не происходит полного восстановления нарушенных функций, а остаются системные нарушения, преимущественно сосудисто-почечного генеза. Увеличивается риск развития осложнений в послеродовом периоде, формирование экстрагенитальной патологии и возникновение преэклампсии при повторных беременностях [Макаров и др., 2006; Савельева, 2008; Сидорова и др., 2008; Mostello et al., 2010].

В настоящее время большинство исследований направлены на изучение особенностей течения преэклампсии во время беременности, а также на выработку основных методов ее лечения, в то



же время нет единого подхода к тактике ведения таких пациенток после родов [Вихляева, 2009; Bruinse et al., 2013; Chapelle, 2014].

Актуальность данного исследования не вызывает сомнения, поскольку сосудистые расстройства и нарушения микроциркуляции, свойственные преэклампсии, могут иметь прогрессирующий характер под влиянием родового стресса. Кроме того, в доступной литературе недостаточно сведений о снижении отеков, протеинурии, гипертензии после родов в зависимости от их выраженности во время беременности и характера экстрагенитальной патологии. Причем каждый из симптомов классической триады данной патологии имеет свои отличительные сроки регресса после родов. Знание этих процессов, на мой взгляд, позволит разработать оптимальную восстановительную терапию в послеродовом периоде, что может улучшить «отдаленный» прогноз.

Цель

Цель исследования – изучить суточную динамику снижения основных клинических симптомов преэклампсии после родов в зависимости от ее степени тяжести и характера экстрагенитальной патологии.

Задачи исследования:

1. Дать суточную оценку динамики снижения отеков после родов в зависимости от их выраженности во время беременности, степени тяжести преэклампсии и характера экстрагенитальной патологии.
2. Проанализировать динамику снижения протеинурии после родов в зависимости от ее выраженности во время беременности, степени тяжести преэклампсии и характера экстрагенитальной патологии.
3. Изучить показатели снижения систолического и диастолического артериального давления после родов в зависимости от степени тяжести преэклампсии и характера экстрагенитальной патологии.

Материалы и методы исследования

Для определения динамики снижения основных клинических симптомов преэклампсии в послеродовом периоде было обследовано 300 родильниц в течение 7–10 суток после родов. Отдельно проанализированы показатели у 80 (26.7%) родильниц, перенесших «чистые», и у 220 (73.3%) – «сочетанные» формы преэклампсии.

У 57 пациенток с «чистой» преэклампсией и у 120 – с «сочетанной» во время беременности были отмечены легкие формы, у 23 и у 37, соответственно, средние, у 63 – тяжелая преэклампсия.

Возраст у 225 (75%) родильниц составил от 19 до 25 лет (в среднем 22 ± 3 лет), у 24 (8%) – до 18 лет (в среднем 17 ± 1 лет), у 51 (17%) – старше 30 лет (в среднем 35 ± 4 лет).

У 77 (35%) пациенток с «сочетанной» преэклампсией различной степени тяжести в анамнезе был отмечен хронический пиелонефрит, у 41 (18.6%) – гипертоническая болезнь, у 70 (31.8%) – нарушение жирового обмена, у 21 (9.5%) – пороки сердца, у 11 (5.1%) – ревматизм.

Основным способом родоразрешения у 218 (72.7%) беременных были роды через естественные родовые пути, у 82 (27.3%) – оперативные, из них у 16 (19.5%) – досрочное родоразрешение по поводу тяжелого состояния. Следует отметить, что с увеличением степени тяжести преэклампсии возрастало количество оперативных и преждевременных родов.

В послеродовом периоде дана суточная оценка динамики регресса основных клинических симптомов преэклампсии: отеков, протеинурии, гипертензии. При этом отеки на голенях расценивались, как отеки 1 степени, отеки на голенях в сочетании с отеками на передней брюшной стенке – 2 степени, а генерализованные – 3 степени.

Поскольку определение количества белка в разовой порции мочи не дает нам точной картины о степени тяжести протеинурии, потому что уровень белка может меняться в течение суток и зависит от многих факторов (режима питания, физической нагрузки и др.), то целесообразно определять количество белка в суточной порции мочи. При этом за норму белка в моче принято считать 50–100 мг/сутки. В проведенном исследовании определение суточного количества белка в моче проведено на 3, 5, 7 и 10 сутки после родов. При этом суточное количество белка в моче от 300 мг/сутки до 1 гр/сутки было расценено как протеинурия легкой степени, от 1 до 3 гр/сутки – умеренная, более 3 гр/сутки – тяжелая.

Для более детального определения степени тяжести протеинурии после родов были проанализированы в указанные выше сроки соотношение протеинурия/креатинин. При этом показателе от 0.6 до 3 рассматривалось как легкая протеинурия, от 3 до 4 – умеренная, свыше 4 – тяжелая.

Анализ регресса гипертензии после родов проводился благодаря многократным измерениям артериального давления (АД) в течение суток. Отдельно было отмечено снижение систолического и диастолического АД.

Одновременно дана оценка течения послеродового периода у 50 рожениц после неосложненной беременности.

Результаты и их обсуждение

На современном этапе существуют различные точки зрения, касающиеся сроков регресса основных клинических симптомов преэклампсии в послеродовом периоде. Ряд авторов считали [Вихляева, 2009; Макаров и др., 2006], что исчезновение клинических проявлений преэклампсии происходило до 30 и более суток после родов, другие придерживались мнения о быстрой регрессии симптомов [Calix et al., 2015; Rodrigue et al., 2014].

В проведенном исследовании в послеродовом периоде снижение отеков зависело от их выраженности во время беременности, степени тяжести преэклампсии и характера экстрагенитальной патологии. Регресс отеков после родов при «чистой» преэклампсии в большей мере определялся ее степенью тяжести, а при «сочетанной» – от характера экстрагенитальной патологии.

При «чистой» преэклампсии легкой степени тяжести и наличии до родов отеков 1 степени у 58% рожениц снижение отеков было отмечено в течение 2 суток после родов, у 24.7% – на 4 сутки, у 17.3% – на 6.

При «сочетанной» преэклампсии легкой степени тяжести на фоне гипертонической болезни у 73.3% пациенток отеки 1 степени снизились в течение 3–4 суток, у остальных – на 6.

У 72.1% пациенток с нарушением жирового обмена с данной формой преэклампсии после родов имелись отеки 1 степени, которые исчезли в течение 3–4 суток, а у 27.9% обследуемых были отмечены отеки 2 степени, которые уменьшились на 6 сутки.

При хроническом пиелонефрите у 64.4% обследуемых, перенесших «сочетанную» преэклампсию легкой степени тяжести, после родов наблюдались отеки 1 степени, которые уменьшились в течение 5 суток, а у 35.6% пациенток были отмечены отеки 2 степени, которые сохранялись в течение 7 суток.

Таким образом, наиболее стойкие отеки после родов с данной формой преэклампсии были у пациенток с хроническим пиелонефритом и нарушением жирового обмена. Следует отметить, что снижение отеков 1 степени у пациенток, перенесших легкую преэклампсию, наблюдалось в течение 3–4 суток, а 2 степени – 6–7 суток.

При «чистой» преэклампсии средней степени тяжести до родов и после были отмечены преимущественно отеки 2 степени, которые в течение 2 суток у 81.7% рожениц не имели тенденции к снижению. Следует отметить, что у 67.7% пациенток данной группы, у которых отеки сохранялись более 2 суток после родов, дальнейшее их снижение было отмечено в течение 5 суток, у остальных – на 7 сутки.

У пациенток с «сочетанной» преэклампсией средней степени тяжести снижение отеков после родов в большей мере определялось характером экстрагенитальной патологии.

При «сочетанной» преэклампсии средней степени тяжести и наличии в анамнезе гипертонической болезни до родов и после отеки на голенях сочетались с отеками на передней брюшной стенке, которые у 79.8% обследуемых снизились в течение 5 суток, а у остальных сохранялись до 7 суток. У 68.7% обследуемых с нарушением жирового обмена при данной форме преэклампсии после родов снижение отеков 2 степени наблюдалось в течение 5–6 суток, у остальных – на 7 сутки.

Следует отметить, что при хроническом пиелонефрите с данной формой преэклампсии снижение отеков после родов зависело от их выраженности во время беременности. Так, при наличии отеков 1 степени до родов, которые были отмечены у 33.4% обследуемых при данном заболевании, их дальнейшее снижение наблюдалось на 4–5 сутки после родов, у остальных пациенток были отеки 2 степени, которые снизились в течение 7 суток.

Нельзя согласиться с мнением ученых [Calix et al., 2015; Rodrigue et al., 2014], которые считали, что при тяжелой преэклампсии отеки быстро исчезали в первые дни послеродового периода вследствие устранения сосудистого спазма и восстановления функции почек. Тогда как Савельева с соавт. [2008, 2009] доказали, что в первые сутки после родов, особенно у пациенток с тяжелым течением данной патологии, усиливаются явления вазоконстрикции и гемоконцентрации, а также наблюдается гипопроотеинемия и протеинурия, что не может привести к быстрой регрессии отеков.

В проведенном исследовании при «сочетанной» тяжелой преэклампсии до родов и после были отмечены преимущественно отеки 3 степени, которые в течение 4 суток после родов не имели тенденции к снижению у всех обследуемых данной группы. Следует отметить тот факт, что только на 7 сутки вышеуказанные отеки снизились у 21.7% пациенток, у остальных сохранялись более 7 суток.



У 35.7% пациенток с данной формой преэклампсии и наличии в анамнезе гипертонической болезни и у 24.8% – с нарушением жирового обмена снижение отеков 3 степени было отмечено на 7 сутки, у остальных отеки сохранялись более 7 суток.

Следует отметить, что наиболее стойкие отеки после родов были у пациенток с «сочетанной» тяжелой преэклампсией на фоне хронического пиелонефрита. У 15.4% обследуемых с данным заболеванием снижение отеков 3 степени было отмечено в течение 7 суток, у остальных пациенток отеки не имели тенденции к снижению на протяжении всего срока пребывания в акушерском стационаре и сохранялись более 7 суток.

Интересен факт появления отеков после родов у пациенток, перенесших неосложненную беременность. Очевидно, на мой взгляд, данное явление связано с перераспределением объема циркулирующей крови после родов и преходящим нарушением функции почек матери в результате родового стресса.

Данные проведенного исследования показали, что у большинства пациенток, перенесших неосложненную беременность, отеки после родов не наблюдались. Анализ данных показал, что у каждой десятой обследуемой данной группы были отмечены преимущественно отеки 1 степени на 2–3 сутки после родов, которые быстро исчезли в течение последующих 3 суток. Следует отметить, что отеки не сопровождались какими-либо лабораторными изменениями.

Вторым не менее важным клиническим симптомом преэклампсии является протеинурия. По данным литературы, протеинурия наиболее стойкий клинический симптом преэклампсии после родов [Calix et al., 2015; Rodrigue et al., 2014; Chappelle, 2014].

В проведенном исследовании анализ данных показал, что регресс протеинурии в послеродовом периоде при «чистых» формах зависел от степени тяжести преэклампсии, а при «сочетанных» в большей мере определялся характером экстрагенитальной патологии.

При «чистой» преэклампсии легкой степени тяжести и наличии до родов незначительной протеинурии при определении уровня белка в суточной порции мочи на 3 сутки после родов у всех обследуемых он в среднем составил 500 ± 100 мг/сутки, а соотношение протеинурия/креатинин – 0.8 ± 0.3 , что соответствует параметрам легкой протеинурии. На 5 сутки после родов у 89.4% обследуемых данной группы белок в моче качественными реакциями не определялся, у остальных находился в пределах легкой протеинурии с последующим ее снижением на 7 сутки.

У 82.3% обследуемых при «сочетанной» преэклампсии легкой степени тяжести и наличии в анамнезе гипертонической болезни снижение уровня белка в суточной порции мочи в среднем до 75 ± 12.5 мг/сутки и соотношения протеинурия/креатинин – до 0.3 ± 0.1 было отмечено на 5 сутки после родов, у остальных – на 7 сутки.

У 72.3% пациенток с нарушением жирового обмена и у 64.7% – с хроническим пиелонефритом с данной формой преэклампсии снижение уровня белка в суточной порции мочи было отмечено только на 5 сутки, у остальных – на 7.

Анализ данных исследования показал, что с увеличением степени тяжести перенесенной преэклампсии после родов было отмечено длительное снижение уровня белка в моче.

Так результаты проведенного исследования показали, что при «чистой» преэклампсии средней степени тяжести и наличии до родов умеренной протеинурии на 3 сутки после родов уровень белка в суточной порции мочи у всех обследуемых не имел тенденции к снижению и в среднем составил 1.2 ± 0.2 гр/сутки. Следует отметить, что у 81.5% пациенток с «чистой» формой преэклампсии средней степени тяжести максимальное снижение количества белка в моче в среднем до 90 ± 15 мг/сутки и соотношения протеинурия/креатинин – до 0.5 ± 0.2 было отмечено на 7 сутки, у остальных на 10 сутки.

При «сочетанной» преэклампсии средней степени тяжести и наличии в анамнезе гипертонической болезни регресс протеинурии в среднем до 0.1 ± 0.05 гр/сутки и соотношения протеинурия/креатинин – до 0.4 ± 0.2 был отмечен в течение 7 суток, а при нарушении жирового обмена – на 10 сутки. У 78.9% пациенток с хроническим пиелонефритом при данной форме преэклампсии высокие цифры белка в моче после родов сохранялись в течение 7–8 суток, у остальных – 10 суток.

Анализ данных исследования показал, что наиболее высокие цифры белка в моче после родов были выявлены у пациенток, перенесших тяжелую преэклампсию.

Так данные проведенного исследования показали, что у пациенток с «сочетанной» преэклампсией тяжелой степени тяжести и наличии до родов высокой протеинурии на 3 и 5 сутки после родов концентрация белка в суточной порции мочи в среднем составила более 3 гр/сутки.

У 67.3% обследуемых максимальное снижение уровня белка в суточной порции мочи в среднем до 0.06 ± 0.02 гр/сутки и соотношения протеинурия/креатинин – до 0.6 ± 0.2 было отмечено на 10 сутки, у остальных – более 10 суток.

При «сочетанной» тяжелой преэклампсии снижение уровня белка в моче после родов зависело, в основном, от характера экстрагенитальной патологии.

Так у 88.7% пациенток с гипертонической болезнью при данной форме преэклампсии снижение суточного количества белка в моче в среднем до 0.03 ± 0.01 гр/сутки и соотношения протеинурия/креатинин – до 0.5 ± 0.2 было отмечено на 10 сутки, у остальных – более 10 суток.

У 74.5% родильниц с нарушением жирового обмена с данной формой преэклампсии снижение уровня белка в моче наблюдалось на 10 сутки, у остальных – более 10 суток. При хроническом пиелонефрите протеинурия после родов имела наиболее стойкий характер у большинства родильниц и сохранялась более 10 суток.

Следует отметить факт появления белка в моче после родов у пациенток, перенесших неосложненную беременность. У каждой десятой обследуемой данной группы на 3 сутки после родов при проведении лабораторного исследования выявлена незначительная протеинурия, которая не сопровождалась какими-либо клиническими симптомами. При проведении повторного лабораторного исследования на 5 сутки после родов у каждой третьей из них в моче оставались следы белка, у остальных белок в моче качественными реакциями не определялся.

Таким образом, появление белка в моче после родов у пациенток, перенесших неосложненную беременность, требует дальнейшего обследования данных лиц после выписки из акушерского стационара на предмет скрытой экстрагенитальной патологии.

Третий из классической триады симптомов преэклампсии – гипертензия.

Несмотря на то, что многие авторы [Айламазян, Мозговая, 2008; Савельева, 2009] отмечают наличие артериальной гипертензии у 80–95% беременных с преэклампсией, в послеродовом периоде ее регресс имеет свои отличительные особенности. По данным литературы, сроки нормализации артериального давления (АД) находятся в прямой зависимости от степени тяжести перенесенной преэклампсии [Макаров и др., 2006; Доклад рабочей группы ВНОК по высокому артериальному давлению при беременности, 2007; Bruinse et al., 2013].

Некоторые ученые [Макаров и др., 2006; Prado et al., 2010; Bruinse et al., 2013] считали, что снижение артериального давления после родов происходило только через 6 недель. Причем, по их мнению, при исчезновении гипертензии через 6 недель после родов следовало считать, что женщина перенесла «чистые» формы преэклампсии, а если высокие цифры артериального давления сохранялись более 6 недель, то существовала большая вероятность наличия экстрагенитальной патологии, которая латентно протекала до беременности, способствовала развитию преэклампсии и продолжала прогрессировать после родоразрешения.

В проведенном исследовании при неосложненной беременности в послеродовом периоде у 84.6% обследуемых не было отмечено каких-либо достоверных колебаний цифр систолического артериального давления (САД), значения их в среднем составили 112.5 ± 15.7 мм.рт.ст.. Следует отметить, что у 15.4% пациенток данной группы на 2–3 сутки после родов было отмечено кратковременное повышение уровня САД в среднем до 155.6 ± 17.8 мм.рт.ст., что на 10–15% превышало контрольные показатели до родов. Факт повышения артериального давления после родов у данных обследуемых, на мой взгляд, связан с последствиями родового стресса, но нельзя исключить наличия скрытой соматической патологии, что требует дальнейшего обследования. Снижение артериального давления после родов у пациенток перенесших «чистые» формы преэклампсии зависело от ее степени тяжести, а при «сочетанных» – определялось характером экстрагенитальной патологии.

У 78.9% пациенток с «чистой» преэклампсией легкой степени тяжести снижение САД в среднем до 112.3 ± 11.4 мм.рт.ст. было отмечено в течение 2 суток после родов, у остальных – на 4 сутки. У 83.3% родильниц с «сочетанной» преэклампсией легкой степени тяжести САД снизилось в среднем до 114.2 ± 11.3 мм.рт.ст. в течение 3–4 суток, у остальных – на 5 сутки.

У всех пациенток исследуемой группы с «чистой» преэклампсией средней степени тяжести в первые двое суток после родов величина систолического артериального давления (САД) в среднем составила 145.3 ± 12.2 мм.рт.ст., что оказалось достоверно выше, чем перед родоразрешением. Причем у 83.5% пациенток с данной формой преэклампсии снижение САД в среднем до 112.5 ± 11.3 мм.рт.ст. было отмечено на 6 сутки, у остальных – на 7 сутки.

У всех пациенток с «сочетанной» умеренной преэклампсией в течение 3 суток после родов величина САД в среднем составила 155.3 ± 3.2 мм.рт.ст., что оказалось достоверно выше, чем перед родоразрешением. Следует отметить, что у 69.6% пациенток с данной формой преэклампсии снижение САД в среднем до 112.5 ± 11.3 мм.рт.ст. было отмечено на 5–6 сутки, у остальных – на 7 сутки.

Ряд ученых [Савельева и др., 2009; Айламазян, Мозговая, 2008; Вихляева, 2009] считали, что наиболее стойкая гипертензия после родов наблюдалась у пациенток с «сочетанной» тяжелой преэклампсией.

Проведенное исследование установило, что при данной форме преэклампсии у всех родильниц в течение 5 суток после родов величина САД в среднем составила 165.2 ± 11.3 мм.рт.ст., что оказалось достоверно выше, чем перед родоразрешением. Затем у 27.8% пациенток данной группы происходило постепенное снижение САД в среднем до 130.5 ± 12.1 мм.рт.ст. к 7–8 суткам после родов, у остальных родильниц полная нормализация САД наблюдалась более 10 суток.

Важным значением для пациенток с преэклампсией после родов имело снижение диастолического артериального давления (ДАД).

При неосложненной беременности показатели диастолического артериального давления у здоровых родильниц статистически достоверно не отличались от показателей перед родоразрешением, значения их в среднем составили 81.7 ± 10.4 мм.рт.ст.



В группе пациенток, перенесших «чистую» преэклампсию легкой степени тяжести, ДАД в течение суток после родов в среднем составило 105.3 ± 15.4 мм.рт.ст., что было достоверно выше, чем перед родоразрешением. Причем дальнейшая его нормализация в среднем до 78.2 ± 12.4 мм.рт.ст. была отмечена на 5 сутки после родов.

У пациенток, перенесших «чистую» преэклампсию средней степени тяжести в течение 2–3 суток после родов, диастолическое артериальное давление (ДАД) в среднем составило 117.0 ± 13.5 мм.рт.ст., что было достоверно выше, чем перед родоразрешением. Причем полная нормализация ДАД у данных лиц была отмечена только на 7 сутки.

При тяжелых «сочетанных» формах преэклампсии снижение диастолического артериального давления (ДАД) происходило очень медленно и даже на 10 сутки после родов в среднем составило 114.2 ± 15.6 мм.рт.ст., что статистически достоверно превышало контрольные показатели. Так у 77.5% пациенток с данной формой преэклампсии и наличии в анамнезе нарушения жирового обмена и у 65.2% – с хроническим пиелонефритом снижение уровня ДАД происходило более 10 суток после родов. Следует отметить, что наиболее стойкая гипертензия в послеродовом периоде была отмечена у пациенток с гипертонической болезнью. Причем снижение цифр артериального давления у данных лиц до показателей компенсации наблюдалось более 10 суток после родов.

Таким образом, сосудистые расстройства и нарушения микроциркуляции, свойственные преэклампсии, проявляющиеся триадой клинических симптомов, имели место быть и в послеродовом периоде. Следовательно, по данным проведенного исследования установлено, что клинические симптомы преэклампсии после родов сохранялись и, возможно, формировали начальные патофизиологические звенья развития в дальнейшем экстрагенитальных заболеваний.

Следует отметить факт появления отеков, протеинурии, кратковременного повышения артериального давления у пациенток, перенесших неосложненную беременность. Хотя процент данных пациенток невелик, но это все равно является поводом для дальнейшего изучения данной проблемы.

Из вышеизложенного следует необходимость проведения у данных лиц в послеродовом периоде восстановительной терапии. Также в связи с большим риском развития экстрагенитальной патологии после родов все пациентки, перенесшие преэклампсию, и те, у которых выявлены лабораторные и клинические изменения после родов, подлежат обязательному амбулаторному наблюдению в течение последующих лет жизни.

Выводы

1. У родильниц, перенесших преэклампсию различной степени тяжести, ее клинические проявления после родов сохранялись при легком течении в течение 4–6 суток, при среднем – 7–10 суток, а при тяжелом – более 10 суток. Наиболее стойким клиническим симптомом преэклампсии после родов была протеинурия, на втором месте – гипертензия, на третьем – отеки.

2. Отеки сохранялись у родильниц, перенесших преэклампсию легкой степени до 4–6 суток, средней – до 7 суток, а тяжелой – более 7 суток. При этом регресс отеков 1 степени был отмечен на 4–5 сутки после родов, 2 степени – на 7 сутки, 3 степени – более 7 суток. Наиболее стойкие отеки после родов были у пациенток с хроническим пиелонефритом.

3. При преэклампсии легкой степени тяжести в послеродовом периоде отмечалась незначительная протеинурия (в среднем 0.06 ± 0.02 гр/сутки), которая к 7 суткам не выявлялась. При преэклампсии средней степени тяжести протеинурия после родов была умеренной (в среднем 1.5 ± 0.2 гр/сутки) и сохранялась до 10 суток. При тяжелой преэклампсии отмечалась высокая протеинурия (в среднем 3.4 ± 0.7 гр/сутки), которая сохранялась более 10 суток. Наиболее высокие цифры белка в моче после родов были отмечены у пациенток с хроническим пиелонефритом.

4. Нормализация уровня артериального давления у пациенток с преэклампсией легкой степени тяжести в послеродовом периоде наблюдалась в течение 4–5 суток, средней – на 6–7 сутки, а тяжелой – более 10 суток. Наиболее стойкая гипертензия после родов была отмечена у пациенток с гипертонической болезнью.

Список литературы References

- Айламазян Э.К. 2009. Акушерство. Национальное руководство. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 1200.
Ajlamazyan E.H.K. 2009. Akusherstvo. Natsional'noe rukovodstvo [Obstetrics. National management]. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 1200. (in Russian)
- Айламазян Э.К., Мозговая Е.В. 2008. Гестоз: теория и практика. М.: «МЕДпресс-информ», 264.
Ajlamazyan E.H.K., Mozgovaya E.V. 2008. Gestoz: teoriya i praktika [Gestoz: theory and practice]. М.: «МЕДпресс-информ», 264. (in Russian)
- Вихляева Е.М. 2009. Доклинические проявления системных нарушений, клинические исходы и отдаленные последствия преэклампсии. Акушерство и гинекология.(3), 1: 6.



Vikhlyaeva E.M. 2009. Doklinicheskie proyavleniya sistemnykh narushenij, klinicheskie iskhody i otdalennye posledstviya preeklampsii [Preclinical manifestations of system violations, clinical outcomes and remote consequences of a preeclampsia]. *Akusherstvo i ginekologiya* (3), 1: 6. (in Russian)

Доклад Рабочей группы Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) по высокому артериальному давлению при беременности. 2007. Москва.

Doklad Rabochej grupy Vserossijskogo nauchnogo obshhestva kardiologov (VNOK) po vysokomu arteri-al'nomu davleniyu pri beremennosti [The report of the Working group of the All-Russian Scientific Organization of Car-diologists (ARSOC) on high arterial pressure at pregnancy]. 2007. Moskva. (in Russian)

Макаров О.В., Николаев Н.Н., Волкова Е.В. 2006. Артериальная гипертензия у беременных. Только ли гестоз? М.: ГЭОТАР-Медиа, 173.

Makarov O.V., Nikolaev N.N., Volkova E.V. 2006. Arterial'naya gipertenziya u beremennykh. Tol'ko li gestoz? [Arterial hypertension at pregnant women. Whether only gestoz?]. М.: ГЭОТАР-Медиа, 173. (in Russian)

Однокозова О.С., Василенко Л.В., Зрячкин Н.И. 2009. Течение беременности, родов и состояние здоро-вья новорожденных после превентивного лечения гестозов у беременных группы риска. Саратовский научно-медицинский журнал. (4), 5: 533–536.

Odnokozova O.S., Vasilenko L.V., Zryachkin N.I. 2009. Tечenie beremennosti, rodov i sostoyanie zdorov'ya novorozhdyonnykh после preventivnogo lecheniya gestozov u beremennykh группы риска [The course of pregnancy, childbirth and state of health of newborns after preventive treatment of gestoz at pregnant women of group of risk]. Sara-tovskij nauchno-meditsinskij zhurnal. (4), 5: 533–536. (in Russian)

Савельева Г.М. 2008. Акушерство. М.: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 651.

Savel'eva G.M. 2008. Akusherstvo [Obstetrics]. М.: Izdatel'skaya группа «ГЭОТАР-Медиа», 651. (in Russian)

Савельева Г.М., Серов В.Н., Сухих Г.Т. 2009. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 868.

Savel'eva G.M., Serov V.N., Sukhikh G.T. 2009. Klinicheskie rekomendatsii [Clinical recommendations]. Akush-erstvo i ginekologiya. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 868. (in Russian)

Сидорова И.С., Боровкова Е.И., Мартынова И.В., Солоницын А.Н., Рыкунова О.В., Шемонаева Т.В. 2007. Роль окислительного стресса в патогенезе гестоза. Акушерство и гинекология. 3: 3–5.

Sidorova I.S., Borovkova E.I., Martynova I.V., Solonicyн A.N., Rykunova O.V., Shemonaeva T.V. 2007. Rol' okis-litel'nogo stressa v patogeneze gestozа [Role of an oxidizing stress in pathogenesis of a gestoz]. *Akusherstvo i ginekologi-ya*. 3: 3–5. (in Russian)

Сидорова И.С., Кулаков В.И., Макаров И.О. 2008. Оценка степени тяжести гестоза (по данным литерату-ры). Акушерство и гинекология. 3: 40–43.

Sidorova I.S., Kulakov V.I., Makarov I.O. 2008. Otsenka stepeni tyazhesti gestozа (po dannym literatury) [As-sessment of severity of a gestoz (according to literature)]. *Akusherstvo i ginekologiya*. 3: 40–43. (in Russian)

Сидорова И.С., Турина О.И., Милованов А.П., Никитина Н.А., Бардачова А.В. 2008. Патогенез гестоза как проявление иммунокомплексной патологии эндотелия (острый иммунный эндотелиоз). Акушерство и гине-кология. 6: 13.

Sidorova I.S., Turina O.I., Milovanov A.P., Nikitina N.A., Bardachova A.V. 2008. Patogeneze gestozа kak proyavlenie immunokompleksnoj patologii ehndoteliya (ostryj immunnij ehndoteliоз) [Pathogenesis of a gestoz as mani-festation of immunocomplex pathology endoteliya (acute immune endoteliоз)]. *Akusherstvo i ginekologiya*. 6: 13. (in Rus-sian)

Сидорова И.С., Зайратьянц О.В., Никитина Н.А. 2008. Гестоз и материнская смертность. Акушерство и гинекология. 2: 13–15.

Sidorova I.S., Zajrat'janc O.V., Nikitina N.A. 2008. Gestoz i materinskaya smertnost' [Preeclampsia and mater-nal mortality]. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2: 13–15. (in Russian)

Шемонаева Т.В., Сидорова И.С., Турина О.И., Боровкова Е.И. 2008. Прогностическая значимость моле-кул адгезии клеток сосудов в оценке степени тяжести гестоза. Акушерство и гинекология. 2: 16–18.

Shemanaeva T.V., Sidorova I.S., Turina O.I., Borovkova E.I. 2008. Prognosticheskaya znachimost' molekul adgezii kletok сосудов v otsenke stepeni tyazhesti gestozа [Prognostic significance of adhesion molecules of vascular cells in assessing the severity of preeclampsia]. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2: 16–18. (in Russian)

Calix R., Xavier R., Zenon Jr. et al. Protein-Creatinine Ratio for the Diagnosis of Preeclampsia: Same Cutoff Val-ue for Everyone? [131]. 2015. *Obstetrics & Gynecology*. 25: 47.

Mostello D., Jen C., Jen A. et al. Recurrent Preeclampsia: The Effect of Weight Change Between Pregnancies. 2010. *Obstetrics & Gynecology*. 116(3): 667–672.

Prado A., Piovesan D., Deise M. et al. Association of Anticardiolipin Antibodies With Preeclampsia: A Systematic Review and Meta-Analysis. 2010. *Obstetrics & Gynecology*. 116(6): 1433–1443.

Paré E., Parry S., Thomas F. Clinical Risk Factors for Preeclampsia in the 21st Century. 2014. *Obstetrics & Gyne-cology*. 124(4): 763–770.

Rijn B., Nijdam M., Bruinse H. Cardiovascular Disease Risk Factors in Women With a History of Early-Onset Preeclampsia. 2013. *Obstetrics & Gynecology*. 121(5): 1040–1048.

Rodrigue C., Weyer Z., Katherine L. et al. Comparison of Timed Urine Collection to Protein-Creatinine Ratio for the Diagnosis of Preeclampsia. 2014. *Obstetrics & Gynecology*. 123: 76–77.

So J., Chappelle J. Laboratory Evaluation in the Workup of Preeclampsia. 2014. *Obstetrics & Gynecolog*. 123: 80–81.