

Pre-eclampsia - actual problem in modern obstetrics
Madaminova M.¹, Abdurahmanova D.², Sadullaeva A.³ (Republic of Uzbekistan)
Преэклампсия – актуальная проблема в современном акушерстве
Мадаминова М. Ш.¹, Абдурахманова Д. Н.², Садуллаева А. Ф.³ (Республика Узбекистан)

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

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

³Садуллаева Амина Файзуллаевна / *Sadullayeva Amina* - студент,
лечебный факультет,

Ташкентская медицинская академия, Ургенчский филиал, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Аннотация: в данной статье отражены показатели материнской смертности по данным ВОЗ, которые показывают, что преэклампсия остается актуальной проблемой современного акушерства во всем мире. Также, в статье рассмотрены современные аспекты к прогнозированию, тактике ведения и профилактике беременных с преэклампсией.

Abstract: this article reflects the maternal mortality according to the WHO, showing that pre-eclampsia is an actual problem of modern obstetrics worldwide. Also in the article modern aspects to forecasting, tactics and prevention of pregnant women with pre-eclampsia.

Ключевые слова: преэклампсия, эклампсия, беременность, материнская смертность.

Keywords : pre-eclampsia, eclampsia, pregnancy, maternal mortality.

Актуальность: Преэклампсия относится к наиболее сложным и важным проблемам научного и практического акушерства. В мире преэклампсия осложняет течение беременности в 2,8 % случаев и является одной из главных причин заболеваемости и смерти матери и плода, а частота преждевременных родов при этом доходит до 15 % [1, 4]. Уровень заболеваемости новорожденных на фоне преэклампсии колеблется от 64 % до 78 %, а перинатальная смертность составляет 18-30 % [2,5]. По данным ВОЗ, у каждого пятого ребенка, родившегося с преэклампсией, нарушается физическое и психоэмоциональное развитие, выше уровень заболеваемости в младенческом и раннем детском возрасте [2, 3, 6]. По данным ВОЗ преэклампсия диагностируется у 28 % беременных, составляя основную часть всех гипертензивных состояний во время беременности. Преэклампсия осложняет от 1,3 % до 6,7 % всех беременностей и остается одной из ведущих причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности во всем мире [1]. По данным ВОЗ преэклампсия диагностируется у 28 % беременных, составляя основную часть всех гипертензивных состояний во время беременности. В высокоразвитых странах мира материнская смертность от гипертензивных нарушений составляет в среднем 20 %. Согласно статистическим данным, в странах СНГ в структуре материнской смертности преэклампсия занимает третье место после экстрагенитальных заболеваний и кровотечений [4].

Факторами риска являются: преэклампсия/эклампсия во время предыдущей беременности, преэклампсия в семейном анамнезе, многоплодная беременность, а при тяжелой форме преэклампсии: тяжелая гипертензия + протеинурия, гипертензия любой степени тяжести + протеинурия + один из следующих симптомов – сильная головная боль, нарушение зрения, боль в эпигастральной области и/или тошнота, рвота, судорожная готовность, генерализованные отеки, олигоурия (менее 30 мл/час или менее 50 мл мочи за 24 часа), болезненность при пальпации печени, количество тромбоцитов ниже 100×10^9 г/л, повышение уровня печеночных ферментов, HELLP-синдром [3].

Преэклампсия является одной из основных причин, ведущих к развитию плацентарной недостаточности, частота которой при этом колеблется от 26,8 % до 37,2 % [2, 6]. Также преэклампсия опасна в послеродовом периоде, одинаково опасна для жизни матери и ребёнка. При преэклампсии нарушаются функции жизненно важных органов: почек, головного мозга, печени, лёгких, что нередко приводит к развитию полиорганной недостаточности. Последствия перенесённой преэклампсии проявляются не только в раннем послеродовом периоде, но и в последующие годы жизни женщины, и прежде всего это касается функций головного мозга.

Ссылки к патогенезу. Их патогенез окончательно не изучен, а диагностика и прогнозирование до настоящего времени представляют собой трудную задачу. На сегодня принято считать, что гипертензивные нарушения во время беременности (преэклампсия) – это комплексная эндотелиальная дисфункция (эндотелиоз), при котором происходит нарушение роста, дифференцировки и функционирования сосудов плаценты, связанное с неадекватной продукцией сосудисто-эндотелиального фактора роста, а также нарушение свертывающего потенциала крови с развитием хронического варианта ДВС-синдрома.

В настоящее время установлено, что система плацентарных факторов роста регулирует рост и функцию сосудов плаценты. Одной из основополагающих причин, приводящих к развитию гипертензивных нарушений (преэклампсии) по мере прогрессирования беременности, является нарушение процессов клеточной регуляции, обусловленное изменением продукции и функционирования факторов роста, обеспечивающих рост, развитие плаценты и формирование ее сосудистой системы. С одной стороны, они являются стимуляторами ангиогенеза (сосудисто-эндотелиальный фактор роста, фактор роста плаценты), с другой - посредством аутокринного механизма регулируют метаболическую активность трофобласта [2, 5]. В ряде работ показано, что вероятность

возникновения преэклампсии снижается при улучшении гликемического контроля перед зачатием и в ранние сроки беременности. Повышенный уровень гомоцистеина приводит к повреждению сосудистых структур организма за счет целого ряда патологических механизмов. Гомоцистеин оказывает непосредственное цитотоксическое влияние на эндотелий, вызывая повреждение сосудистой стенки, усиливает потребление оксида азота, вызывает гиперагрегацию тромбоцитов и действует как прокоагулянтный агент, активируя XII фактор, V фактор и тканевой фактор. На более поздних сроках беременности гипергомоцистеинемия становится причиной развития хронической фетоплацентарной недостаточности и хронической гипоксии плода, а также генерализованной микроангиопатии, клинически проявляющейся в виде преэклампсии.

Подходы к лечению и ведению. Анализ первичной медицинской документации во всех случаях материнской смертности показывает, что имели место: недооценка тяжести состояния на амбулаторно-поликлиническом уровне, несвоевременная госпитализация, недооценка степени тяжести заболевания, необоснованное длительное лечение, несоблюдение протокола и стандартов, запоздалое родоразрешение, неготовность стационаров к оказанию неотложной помощи при эклампсии [2, 4]. В настоящее время, в связи с усовершенствованием методов лечения, акушерской тактики, появлением новых методов интенсивной терапии и реанимации, значительно увеличилась продолжительность жизни родильниц, страдавших преэклампсией [1, 5, 6].

Базовым препаратом при лечении преэклампсии и эклампсии является сернокислая магнезия, вводимая в концентрации 25 %. Магнезиальная терапия должна проводиться в непрерывном режиме при любом сроке беременности, в родах и послеродовом периоде. Несмотря на это, применение сульфата магния – неокончательное лечение тяжелой преэклампсии. Родоразрешение является единственным эффективным методом лечения тяжелой преэклампсии [4, 6].

На современном этапе родоразрешение через естественные родовые пути при тяжелой преэклампсии становится альтернативой оперативному родоразрешению [1, 4]. Также важной проблемой при преэклампсии является определение показаний к экстренному родоразрешению и срока беременности, при котором осложнения для детей будут минимальными. В связи с этим мнения ученых разделились. Некоторые ученые отстаивают тактику досрочного родоразрешения во избежание осложнений со стороны матери (эклампсия, отслойка плаценты, HELLP-синдром, кровоизлияние в мозг, острая почечная недостаточность и прочие) [5, 6]. Другие ученые отстаивают тактику пролонгирования беременности во избежание осложнений со стороны плода, связанных с его незрелостью (респираторный дистресс-синдром, кровоизлияние в мозг, некротический энтероколит и другие) [1, 4, 6]. Характерные для преэклампсии изменения гемодинамики под влиянием родового стресса могут приобретать прогрессирующий характер, в частности, у женщин с гипертензивными нарушениями в анамнезе в течение трехлетнего срока после родов обнаружены: гипертоническая болезнь (48,7 %), миопия (18,7 %), пиелонефрит (13,7 %), нарушение жирового обмена (6,2 %), и только в 12,5 % случаев пациентки остались практически здоровы [2, 3, 6].

Прогнозирование преэклампсии. Для прогнозирования отдаленных послеродовых осложнений у женщин, перенесших преэклампсию, используются показатели центральной и церебральной гемодинамики, получаемые с помощью метода интегральной реографии тела и реоэнцефалографического исследования мозгового кровотока. В настоящее время ни один из методов прогнозирования преэклампсии не может быть рекомендован в качестве универсального скринингового теста для определения степени риска преэклампсии, потому что имеется 40 теорий этиологии и патогенеза преэклампсии [7, 8]. Таким образом, среди множества проблем, связанных с преэклампсией и эклампсией, проблема диагностики, прогнозирования и оценки степени тяжести занимает одно из важнейших мест и имеет большое значение как для акушеров-гинекологов, так и для анестезиологов-реаниматологов.

Для снижения материнской смертности от преэклампсии и эклампсии необходимо: учитывать и выявлять факторы риска по развитию преэклампсии, обеспечить должный мониторинг беременных с группой риска по преэклампсии, соблюдать критерии диагностики преэклампсии при установлении диагноза, соблюдать принципы регионализации при преэклампсии, строгое выполнение протоколов при проведении магнезиальной и инфузионной терапии, соблюдение стандартов родоразрешения при преэклампсии и эклампсии, диспансеризация женщин с экстрагенитальными заболеваниями, их реабилитация и лечение, интеграция перинатальных центров с многопрофильными больницами [4].

Литература

1. Кокрановское руководство: Беременность роды / под ред. Г. Т. Сухих; пер. с англ. – М.: Логосфера, 2010. – 410 с.
2. Alanis M. C, Johnson D. D. Early initiation of severe preeclampsia induction of labor is versus elected cesarean delivery and newborn // American Journal of Obstetrics and Gynecology 2008; 199 (3): 262. e1. - 262. e 6.
3. Aydin T., Varol F. G., Sayin N. C. Third trimester maternal plasma total fibronectin levels in pregnancy-induced hypertension: results of a tertiary center // Clin. Appl. Thromb. Hemost. 2006. Vol. 12, № 1. P. 33–39.
4. WHO recommendations for Prevention and treatment of preeclampsia and eclampsia. World Health Organization (Geneva) in 2011; 38.
5. Prevention of reproductive losses: strategy and tactics. Featured Media Education Seminar «Innovation in obstetric and gynecology from the stand point of evidence-based medicine» // Newsletter / ed. V. E Radzinsky. - M: Editorial Board Status Praesens, 2014. - 24 p.