

УДК 618.3-06:616-036.8
DOI: 10.36979/1694-500X-2025-25-1-13-16

ПРЕЭКЛАМПСИЯ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ КАК РИСК МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Г.К. Жалиева, А.А. Аскеров

Аннотация. Тяжелая преэклампсия – проблема, которая не теряет свою актуальность, несмотря на проводимые профилактические и лечебные мероприятия, и по-прежнему остается в числе важнейших причин перинатальной заболеваемости и смертности. Проанализированы показатели тяжелой преэклампсии, наличие сопутствующего диагноза тяжелой преэклампсии, группы акушерских стационаров оказания медицинской помощи. При ретроспективном исследовании причин, потенциально оказывающих влияние на риск развития данного заболевания у женщин выявлены некоторые прогностически значимые критерии. Тяжелое течение преэклампсии зависит от возраста женщины – наиболее часто она встречается у беременных в возрастной группе от 40 лет и старше, дана клинико-anamnestическая характеристика женщин с данной патологией.

Ключевые слова: тяжелая преэклампсия; материнская смертность; артериальная гипертензия; преждевременные роды; индукция родов.

ООР ПРЕЭКЛАМПСИЯ – ЭНЕЛЕРДИН ӨЛҮМ КОРКУНУЧУ КАТАРЫ

Г.К. Жалиева, А.А. Аскеров

Аннотация. Оор преэклампсия – жүргүзүлүп жаткан профилактикалык жана дарылоо чараларына карабастан актуалдуулугун жоготпогон көйгөй жана дагы эле перинаталдык оорулардын жана өлүмдүн эң маанилүү себептеринин бири бойдон калууда. Оор преэклампсия көрсөткүчтөрү, оор преэклампсия менен коштолгон диагноздун болушу, медициналык жардам көрсөтүүчү төрөт стационарларынын топтору талданды. Аялдарда бул оорунун пайда болуу коркунучуна потенциалдуу таасир этүүчү себептерди ретроспективдүү изилдөө кээ бир прогностикалык маанилүү критерийлерди аныктады. Преэклампсиянын оор өтүшү аялдын жашына жараша болот, ал көбүнчө 40 жаштан ашкан кош бойлуу аялдарда кездешет, бул патологиясы бар аялдардын клиникалык жана анамнестикалык мүнөздөмөлөрү берилген.

Түйүндүү сөздөр: оор преэклампсия; энелердин өлүмү; артериялык гипертензия; эрте төрөт; төрөттүн индукциясы.

SEVERE PREECLAMPSIA AS A RISK OF MATERNAL MORTALITY

G.K. Zhalieva, A.A. Askerov

Abstract. Severe preeclampsia is a problem that does not lose its relevance, despite ongoing preventive and therapeutic measures, and remains one of the most important causes of perinatal morbidity and mortality. Indicators of severe preeclampsia, the presence of a concomitant diagnosis of severe preeclampsia, and groups of obstetric hospitals providing medical care were analyzed. A retrospective study of the causes potentially influencing the risk of developing this disease in women identified some prognostically significant criteria. The severe course of preeclampsia depends on the age of the woman; it most often occurs in pregnant women in the age group of 40 years and older; clinical and anamnestic characteristics of women with this pathology are given.

Keywords: severe preeclampsia; maternal mortality; arterial hypertension; preterm birth; induction of labor.

Введение. Преэклампсия тяжелой степени (ПТС) – является одной из ведущих причин материнской смертности (МС) в мире. В Кыргызской Республике тяжелая форма ПЭ включена в перечень мониторируемых критических акушерских состояний.

На сегодняшний день во всем мире материнская заболеваемость и смертность недопустимо высоки. Подготовка женщины к выполнению роли матери – это сложный, многофакторный процесс, который затрагивает физиологические, социальные, психологические аспекты. Ведение беременности требует мультидисциплинарного подхода. Несмотря на принимаемые меры в Кыргызской Республике, показатель МС остается относительно высоким.

Диагностика и ведение беременных с тяжелой ПЭ подробно регламентированы в действующих клинических рекомендациях [1, 2].

Внедрен инструмент оценки и улучшения качества стационарной помощи женщинам и новорожденным для снижения материнской и неонатальной смертности. Данный инструмент структурирован и содержателен [3]. Документ состоит из пяти основных частей:

- 1) система поддержки больницы;
- 2) медицинская помощь при основных клинических состояниях;
- 3) политика и организация предоставления помощи в учреждении;
- 4) интервью с медицинскими работниками и пациентами (женщины во время беременности и родов);
- 5) подведение итогов оценки и разработка плана действий.

До сегодняшнего дня противоречивы сведения об определении степени риска развития неблагоприятных исходов у пациенток с тяжелой преэклампсией (ПЭ). Формирование шкал риска неблагоприятного исхода ПЭ, по мнению многих исследователей, всегда сопровождалось обсуждением необходимости учета повышенного артериального давления. Артериальная гипертензия являлась фактором, снижающим риск неблагоприятного исхода, а артериальная гипотензия (шок) повышающим, критерии Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) материнской near-miss (несостоявшаяся материнская

смертность) включает дополнительные критерии органной недостаточности, характерные для тяжелой ПЭ (тромбоцитопения, билирубинемия, повышение АЛТ, АСТ).

Индекс тяжести материнского состояния включает тяжелую ПЭ как протективный фактор, снижающий индекс степени тяжести состояния пациента. В качестве аргумента объяснения данного статистического факта указывается, что тяжелая ПЭ является временным, преходящим фактором, завершающим свое негативное влияние на гомеостаз после родоразрешения [4].

Цель исследования – изучение клинико-анамнестических особенностей женщин с тяжелым течением ПЭ.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 120 случаев ПТС историй родов в следующих родильных домах: Чуйский областной родильный дом, Баткенский областной родильный дом, Ысык-Кульский областной родильный дом, родильный дом НЦОМид.

Был использован регистр родовспомогательных организаций с учетом принадлежности к уровням оказания перинатальной помощи, листы маршрутизации беременных с осложнениями беременности, критерии перенаправления и показаний к госпитализации на стационарный уровень в зависимости от уровня оказания перинатальной помощи.

Согласно реестру, все беременные с тяжелой ПЭ должны были находиться в организациях здравоохранения II уровня «Б» класса.

Проанализированы следующие показатели:

- ведущий критерий при поступлении – тяжелая ПЭ, эклампсия;
- наличие сопутствующего диагноза тяжелой ПЭ при иных ведущих критериях критической акушерской ситуации;
- стандарт оказания акушерской помощи согласно международным рекомендациям;
- группы акушерских стационаров оказания медицинской помощи.

Результаты. Возраст всех беременных варьировал от 19 до 43 лет, 61 % беременных в возрасте 35 лет + 6 мес; дебют артериальной гипертензии во II триместре – 68 (56,6 %) пациенток, в III триместре – 22 (18,3 %) пациенток.

Таблица 1 – Акушерский анамнез женщин с преэклампсией

Группа	Преэклампсия в анамнезе	Преждевременные роды
Женщины с ранней ПЭ (82)	4	58
Женщины с поздней ПЭ (38)	18	24

Таблица 2 – Экстрагенитальные заболевания у беременных с преэклампсией

Группа	Варикозная болезнь	Хроническая артериальная гипертензия
Женщины с ранней ПЭ (82)	6	14
Женщины с тяжелой ПЭ (38)	2	4

Таблица 3 – Ведущий критерий при поступлении с диагнозом «тяжелая преэклампсия»

Ведущий критерий	Количество
Артериальная гипертензия	110 (91,6%)
Госпитализация в отделение анестезиологии и реанимации	74 (61,6%)
Тромбоцитопения	5 (4,1%)
Повышение АСТ/АЛТ	4 (3,3%)
Кровотечение (ПОНРП)	22 (20%)
Послеродовые (послеоперационные септические осложнения)	2 (1,6%)
Релапаротомия	4(3,3%)
Геморрагический инсульт	2 (1,6%)
Перенаправление со стационара первичного уровня	17 (14,1%)

Индекс массы тела (ИМТ) при постановке на учет варьировал в широком диапазоне от 17,5 до 40 кг/м². Оценка менструальной функции показала, что возраст наступления менархе у исследуемых варьировал в диапазоне от 11 до 17 лет. При анализе репродуктивного анамнеза, паритета беременностей – 28 (23,3 %) пациенток – первая беременность, 32 (26,6 %) – повторно беременные. При анализе гестационных осложнений предыдущих беременностей в группе с тяжелой ПЭ чаще встречались ПЭ в 19 случаях (15,8 %) в анамнезе. Социальный аспект – 13 (10,8 %) женщин повторно вступили в брак, у которых в предыдущих беременностях ПЭ не наблюдалась (таблица 1).

В структуре гинекологических заболеваний 4 (3,3 %) пациентки по причине первичного бесплодия подвергались вспомогательным репродуктивным технологиям в том числе и с использованием донации яйцеклеток; эндометриоз органов малого таза – в 6 (5 %) случаях.

При изучении экстрагенитальных заболеваний беременных выявлено, что у пациенток с ранней тяжелой ПЭ имела хроническая артериальная гипертензия в 12 (10 %) случаях; варикозная болезнь вен нижних конечностей – 22

(18,3 %) пациентки; сахарный диабет 2-го типа – 3 (2,5 %) беременных; анемия беременных – 57 (47,5 %) случаев; инфекции почек и мочевыводящих путей – 12 (10 %) пациенток (таблица 2).

При анализе срока гестации беременных на момент первичной явки к семейному врачу было выявлено, что сроки варьировали от 8 до 26 недель. Более поздняя явка – это безвозвратно упущенная возможность проведения раннего пренатального скрининга и формирование групп высокого риска и, конечно, начала своевременной профилактики ПЭ. Ранняя явка до 12-й недели беременности была у 42 (35 %) женщин. Прием ацетилсалициловой кислоты в рекомендуемой дозе 150 мг/сут получили 13 (10,8 %) женщин [5]. Первый скрининг был выполнен у 79 (65,8 %) из числа всех обследуемых беременных. При оценке течения текущей беременности в первом триместре железодефицитная анемия диагностирована у 57 (47,5 %) беременных [1].

Ведущие критерии при поступлении пациенток в стационар с диагнозом «тяжелая преэклампсия» представлены в таблице 3.

Методики диагностики и ведения пациенток с ПЭ довольно подробно описаны в действующем клиническом руководстве «Тяжелая

Таблица 4 – Методы родоразрешения при преэклампсии

Группа	Химическая индукция родов	Кесарево сечение
Женщины с ранней ПЭ (82)	60	22
Женщины с поздней ПЭ (38)	53	7

преэклампсия», при этом выявлены существенные несоответствия: во-первых, они зачастую не выполняются, во-вторых, сделан акцент на антигипертензивную терапию, где первое место в лекарственных назначениях отдано препаратам метилдопы, которые по фармакологическим свойствам не устраняют главный механизм ПЭ – периферическую вазоконстрикцию и не оказывают своего влияния на судорожный синдром [5].

Все пациентки с тяжелой ПЭ были родоразрешены на базе областных родильных домов. При этом большая часть из них была родоразрешена до развития жизнеугрожающего состояния, таких как HELLP-синдром, эклампсии, отслойки плаценты. С целью индукции родов и подготовки родовых путей во всех случаях применялась химическая индукция мезопрестолом (таблица 4).

Значимым прогностически важным результатом было нарушение маршрутизации беременных с ПЭ в стационар I уровня, при наличии показаний для госпитализации – в акушерский стационар более высокого уровня.

Преждевременными родами завершились беременности в 82 (68,3 %) случаях, неонатальная смертность зарегистрирована в 22 (18,3 %) случаях, основными причинами смертности среди мертворождений в интранатальный период явились материнские заболевания, в частности – тяжелая ПЭ. Состояния и заболевания среди матерей, чьи новорожденные дети умерли в неонатальном периоде, стали причиной преждевременных родов вследствие индукции родов по причине тяжелого течения ПЭ. Для более четкого понимания потенциальных причин неонатальной смертности проведена дезагрегация по весу новорожденных по сравнению с гестационным, имели место недоношенность и рождение с низкой массой по сравнению с нормальным весом. Антенатальная гибель плода в 8 (6,6 %)

случаях [4]. Кроме того, у 2-х (1,6 %) пациенток были диагностированы поздние сердечно-сосудистые осложнения, такие как ишемический инсульт [6, 7].

Заключение. Прегравидарная избыточная масса тела и ожирение, хроническая артериальная гипертензия, варикозная болезнь нижних конечностей, дебют артериальной гипертензии во II триместре беременности, возраст женщины старше 35 лет, ПЭ в анамнезе, повторный брак, поздняя явка на учет по беременности, индуцированная беременность путем вспомогательных репродуктивных технологий – все эти факторы риска развития ПЭ с тяжелым течением.

Поступила: 04.12.24; рецензирована: 18.12.24; принята: 20.12.24.

Литература

1. Индукция родов: клинические рекомендации. Кыргызская Республика. Бишкек, 2022.
2. Преэклампсия. Эклампсия: клинические рекомендации. Кыргызская Республика. Бишкек, 2024.
3. Прогресс и аспекты смертности новорожденных в Кыргызстане. Бишкек, 2019.
4. Пачаева А.Т. Преэклампсия как причина развития критических акушерских состояний в период беременности, родов и после родоразрешения / А.Т. Пачаева, М.Ю. Нестерина // Научный медицинский вестник Югры. 2023. Т. 36. № 2. С. 112–114.
5. Кравцова О.М. Ацетилсалициловая кислота как единственный медикаментозный метод профилактики преэклампсии / О.М. Кравцова, П.А. Кузнецов // Гинекология. 2023. Т. 25. № 2. С. 239–244.
6. Инструмент для оценки и улучшения качества стационарной помощи женщинам и новорожденным. Вторая редакция (2014).
7. Аскеров А.А. Акушерский практикум: клинические рекомендации для врачей акушеров-гинекологов / А.А. Аскеров. Бишкек, 2023. С. 3–10.