

ОГЛЯДИ ЛІТЕРАТУРИ

УДК 618.1-007:613.24

Агаєва К. В.

ПРОБЛЕМА ПРЕЭКЛАМПСИИ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

Представлен обзор данных научной литературы за последние годы по вопросу развития преэклампсии во время беременности. Преэклампсия является одной из важнейших проблем в современном акушерстве. Частота развития преэклампсии составляет 2-8 % и не имеет тенденции к снижению. Несмотря на большое число исследований, этиологические факторы преэклампсии остаются неизвестными. В настоящее время наиболее приоритетной является плацентарная теория, которая объясняет возникновение преэклампсии в результате патологической плацентации. Основными факторами риска развития преэклампсии являются хронические заболевания почек (58,6%), сосудистая патология (51,7%), эндокринная патология (38,0%), метаболический синдром (24,0%), заболевания сердца (22,0%), заболевания желудочно-кишечного тракта (20,7%). Несмотря на проводимую профилактику и многократные попытки подбора терапии, не удалось добиться снижения частоты развития преэклампсии. Единственным радикальным методом лечения тяжелой преэклампсии на сегодняшний день является досрочное родоразрешение. Анализ современной литературы показывает, что проблема преэклампсии является чрезвычайно актуальной в акушерской практике, в особенности, проблема тяжелой преэклампсии, как потенциально жизнеугрожающего состояния для матери и ребенка. Значительная частота данного осложнения диктует необходимость проведения активных профилактических и лечебных мер у пациенток, находящихся в группе риска по развитию преэклампсии.

Ключевые слова: преэклампсия, беременность, роды.

Преэклампсия является одной из важнейших проблем в современном акушерстве, учитывая ее медицинское и социально-экономическое значение [1]. Наряду с недонашиванием беременности, задержкой роста плода и преждевременной отслойкой плаценты, преэклампсия относится к так называемым «большим акушерским синдромам», связанным с патологией плацентации [6;8]. Частота развития преэклампсии составляет 2-8 % и не имеет тенденции к снижению [8;15;17]. Распространенность преэклампсии в мире составляет от 2,3% до 23% [23]. По данным разных источников, частота преэклампсии варьирует от 5 % до 10 % в развитых странах, в развивающихся странах уровень заболеваемости выше, и колеблется от 4 до 18% [20;23;25].

Более 75% всех материнских потерь определяются четырьмя причинами: преэклампсией, экстрагенитальными заболеваниями, кровотечениями, и септическими осложнениями, причем нередко последние две обусловлены именно тяжелым течением преэклампсии [21]. Следует отметить, что вместе с акушерскими кровотечениями и инфекционными осложнениями преэклампсия составляет так называемую «смертельную триаду», которая является причиной подавляющего числа материнских смертей [8;21].

Преэклампсия – это патологическое состояние, которое осложняет течение беременности

и характеризуется нарушением нервной, сосудистой, иммунной, эндокринной систем и системы гемостаза, а также изменениями в функциях жизненно-важных органов, различными метаболическими изменениями адаптационных систем организма [2]. Преэклампсия – специфичный для беременности синдром, возникающий de novo после 20-й недели беременности, проявляется артериальной гипертензией в сочетании с протеинурией, нередко отеками и полиорганной недостаточностью [18].

В основе патогенетических изменений при преэклампсии лежит генерализованный спазм сосудов, нарушение коагуляционных и реологических свойств крови, гиповолемия, что приводит к снижению перфузии жизненно важных органов и, как следствие, развитию в них дистрофических необратимых изменений [9;17].

Несмотря на большое число исследований и публикаций, этиологические факторы преэклампсии остаются неизвестными. Существует более 30 аргументированных этиопатогенетических суждений о возникновении преэклампсии, однако, ни одно из них не объясняет однозначно и в полной мере многообразие происходящих при данном осложнении беременности морфофункциональных изменений и клинических манифестаций [3;6;8;15]. В настоящее время наиболее приоритетной является плацентарная теория, которая объясняет возникновение преэклампсии в результате патологической плацен-

тации, которая, в свою очередь, ведет к ишемии плаценты [8]. Так, полагают, что плацента является пусковым механизмом для возникновения повреждения эндотелиальных клеток [8]. Исследования показывают, что ишемизированная плацента продуцирует различные факторы, которые способны вызвать повреждение эндотелиальных клеток. Эти факторы блокируют действие фактора роста эндотелия сосудов (VEGF) и фактора роста плаценты (PIGF), что в свою очередь приводит к нарушению ангиогенеза [9, 12].

Диагностическим критерием преэклампсии является систолическое артериальное давление более 140 мм рт. ст. и/или диастолическое артериальное давление выше 90 мм рт. ст. при двукратном измерении с интервалом 6 часов [2]. Диагностический порог протеинурии составляет 300 мг в суточной моче. Определение белка в моче, собранной за 24 часа, является наиболее точным методом определения протеинурии [16].

В настоящее время предлагается следующее разделение преэклампсии: умеренно выраженная, тяжелая, а также преэклампсия, развившаяся на фоне хронической артериальной гипертензии [17;20]. Кроме того, выделяют преэклампсию с ранним началом, клинические проявления которой появляются с 20 по 27-34 недели гестации и позднюю преэклампсию [19]. Преэклампсия, начавшаяся до 32-34 недель гестации, встречается в 13-40% случаев [19]. Считается, что это тяжелая преэклампсия, при которой наиболее высок процент перинатальной и материнской заболеваемости и смертности [14;19;21]. Этот вариант течения заболевания ассоциируется с задержкой роста плода, патологическим плодово-маточным кровотоком, малым размером плаценты к моменту родов, более высокой частотой индуцированных преждевременных родов, неонатальной заболеваемостью и смертностью. Развитие ранней преэклампсии связано с нарушением инвазии трофобласта, незавершенной трансформацией спиральных маточных артерий, дезадаптацией иммунной системы, повышением уровня маркеров эндотелиальной дисфункции. При преэклампсии, развившейся до 24 недель беременности, HELLP-синдром имеет место в 61,5%, эклампсия развивается в 19%, отек легких - в 16%, а перинатальная смертность достигает 81% [22].

Поздняя преэклампсия составляет 75-80% всех случаев и связана с материнской заболеваемостью [14;19].

Установлено, что преэклампсия чаще встречается у молодых и нерожавших женщин (3-10%) [24;26]. У беременных с предстоящими повторными родами риск возникновения рассматриваемого осложнения беременности составляет 1,4-4% [24;26]. Однако, несмотря на то, что у женщин с предстоящими повторными родами преэклампсия развивается реже, у них при ее развитии повышается риск антенатальной гибели

плода [21;24;26]. Возрастные женщины подвержены большему риску развития хронической артериальной гипертензии с присоединившейся преэклампсией. Результаты анализа тяжелых форм преэклампсии и данные мультицентровых исследований в качестве факторов риска выделяют также отягощенный семейный анамнез, предшествующую эндотелиальную дисфункцию, наступление беременности с помощью современных репродуктивных технологий [26].

Основными факторами риска развития преэклампсии являются хронические заболевания почек (58,6%), сосудистая патология (51,7%), эндокринная патология (38,0%), метаболический синдром (24,0%), заболевания сердца (22,0%), заболевания желудочно-кишечного тракта (20,7%) [11;22].

В многочисленных исследованиях доказана прямая зависимость между риском развития преэклампсии и весом беременной. Установлено, что при повышении индекса массы тела частота встречаемости преэклампсии возрастает в 5,3 раз по сравнению с женщинами с нормальным весом [22;24;26]. Риску развития преэклампсии также подвержены женщины, имеющие это состояние при предыдущих беременностях [4;26]. Многоплодная беременность также является фактором риска развития преэклампсии. У женщин с двойней частота преэклампсии выше, чем при одноплодной беременности и достигает 6-31% [24;26].

В настоящее время считается, что преэклампсия – это генетически детерминированное, мультифакториальное заболевание, проявляющееся недостаточностью процессов адаптации материнского организма к новым условиям существования, возникающих с развитием беременности [6;8].

Недостаточная изученность патогенеза преэклампсии является существенным препятствием на пути к разработке эффективных методов заблаговременного прогнозирования и раннего выявления данного осложнения беременности. На сегодняшний день опубликовано значительное количество работ, освещающих вопросы профилактики, диагностики и лечения преэклампсии [5;7;10;13;15]. Существуют схемы коррекции иммунологических, гемореологических, метаболических расстройств, лежащих в основе этого осложнения беременности. Все эти методы предусматривают использование большого количества лекарственных средств, оказывающих не только положительное, но и побочное воздействие на организм матери и плода [7;18]. Несмотря на проводимую профилактику и многократные попытки подбора терапии, не удалось добиться снижения частоты развития преэклампсии. Единственным радикальным методом лечения тяжелой преэклампсии на сегодняшний день является досрочное родоразрешение [10]. В половине случаев тяжелой преэклампсии требуется родоразрешение в течение 24 часов с

момента поступления в стационар, что обусловлено тяжестью течения, отсутствием своевременной диагностики и запоздалыми сроками госпитализации [4;7]. Критериями для досрочного родоразрешения при тяжелой преэклампсии является прогрессирование клиники, изменения лабораторных показателей и появление признаков антенатального дистресса плода. В остальных случаях применение адекватной терапии снижает риск развития эклампсии, что позволяет некоторое время продлить беременность в интересах плода [18].

Значительная нагрузка медикаментозными препаратами увеличивает возможность ошибок и осложнений преэклампсии, а необоснованное назначение медикаментозной терапии приводит к нарушению маточно-плацентарного кровотока и синдрому задержки роста плода [19;25].

Таким образом, важными вопросами современного акушерства являются обоснованное использование лекарственных препаратов у беременных с преэклампсией, а также поиск новых, более эффективных методов лечения [17]. Несмотря на устранение причины преэклампсии путем родоразрешения, симптомы ее не исчезают в послеродовом периоде. После перенесенной преэклампсии риск развития экстрагенитальных заболеваний резко возрастает [11].

У женщин, перенесших преэклампсию, частота нарушения физического и психосоматического развития преждевременно рожденных детей достаточно высока, в последующем они страдают различными метаболическими, гормональными, сердечнососудистыми заболеваниями. Дети, рожденные от матерей с преэклампсией, имеют более высокое артериальное давление и индекс массы тела [4;8;14;15]. У новорожденных, родившихся от матерей, беременность которых была осложнена преэклампсией, во многих периферических органах эндокринной системы обнаруживаются разнообразные изменения. Преэклампсия отрицательно сказывается на эмбриогенезе эндокринных желез плода и становлении их функций [8]. Преэклампсия является главной причиной перинатальной заболеваемости, смертности, инвалидизации новорожденных [8;14;15].

Таким образом, анализ современной литературы показывает, что проблема преэклампсии является чрезвычайно актуальной в акушерской практике, в особенности, проблема тяжелой преэклампсии, как потенциально жизнеугрожающего состояния для матери и ребенка. Значительная частота данного осложнения диктует необходимость проведения активных профилактических и лечебных мер у пациенток, находящихся в группе риска по развитию преэклампсии.

Литература

1. Абдурахманова Д. Н. Преэклампсия - актуальная проблема в современном акушерстве / Д. Н. Абдурахманова, М. Ш. Мада-

минова, А. Ф. Садуллаева // International Scientific Review. - 2016. - № 5 (15). - С. 111-113.

2. Барановская Е. И. Гипертензия у беременных и преэклампсия / Е. И. Барановская // Медицинские новости. - 2017. - № 6 (273). - С. 4-7.

3. Галина Т. В. Преэклампсия: новые аспекты патогенеза, концепции скрининга и профилактики / Т. В. Галина, Е. А. Девятова, Ч. Г. Гагаев // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. - 2017. - № 3 (17). - С. 66-77.

4. Говсеев Д. А. Акушерские и перинатальные аспекты повторной преэклампсии / Д. А. Говсеев // Здоровье женщины. - 2015. - № 10 (106). - С. 163.

5. Девятова Е. А. Профилактика преэклампсии - это реально? / Е. А. Девятова // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. - 2015. - № 3. - С. 45-51.

6. Доброхотова Ю. Э. Преэклампсия: от истории до сегодняшнего дня / Ю. Э. Доброхотова, Л. С. Джохадзе, П. А. Кузнецов // Проблемы репродукции. - 2015. - Т. 21, № 5. - С. 120-126.

7. Доброхотова Ю. Э. Преэклампсия. Выбор акушерской тактики ведения / Ю. Э. Доброхотова, О. В. Макаров, Е. Ю. Лысюк, А. С. Оленев // Журнал акушерства и женских болезней. - 2016. - Т. 65, № 2. - С. 16-23.

8. Зарудий Ф. С. Преэклампсия (обзор литературы) / Ф. С. Зарудий, Л. С. Громакова, Р. Т. Рахманова, А. Л. Фролов // Вестник Башкирского государственного медицинского университета. - 2014. - № 3. - С. 19-35.

9. Курманова А. М. Иммунопатологические процессы при преэклампсии (обзор) / А. М. Курманова, Л. С. Дзоз, З. О. Базылбекова // Вестник Алматинского государственного института усовершенствования врачей. - 2015. - № 3-4. - С. 6-12.

10. Леваков С. А. Эффективная профилактика преэклампсии / С. А. Леваков, Е. И. Боровкова // Наука и Мир. - 2016. - Т. 1, № 7 (35). - С. 97-99.

11. Медведь В. И. Преэклампсия в клинике экстрагенитальной патологии / В. И. Медведь, Е. М. Дуда // Почки. - 2013. - № 3 (5). - С. 36-38.

12. Муминова К. Т. Поиск новых маркеров преэклампсии / К. Т. Муминова, О. В. Вавина, Е. С. Полушкина // Акушерство и гинекология. - 2016. - № 7. - С. 41-45.

13. Николаева А. Е. Преэклампсия. Возможности прогнозирования / А. Е. Николаева, И. А. Кайка // Акушерство и гинекология Санкт-Петербурга. - 2017. - № 1. - С. 8-11.

14. Сидорова И. С. Тяжелая преэклампсия и эклампсия - критические состояния для матери и плода / И. С. Сидорова, А. П. Милованов, Н. А. Никитина, А. В. Бардачова, А. А. Рзаева // Акушерство и гинекология. - 2013. - № 12. - С. 34-40.

15. Сидорова И. С. Преэклампсия в центре внимания врача-практика / И. С. Сидорова, Н. А. Никитина // Акушерство и гинекология. - 2014. - № 6. - С. 4-9.

16. Симанов И. В. Суточная динамика снижения основных клинических симптомов преэклампсии различной степени тяжести в послеродовом периоде / И. В. Симанов // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. - 2016. - Т. 33, № 5 (226). - С. 55-61.

17. Стрижаков А. Н. Преэклампсия сегодня: патогенез и возможности прогнозирования и лечения / А. Н. Стрижаков, Е. В. Тимохина, Е. Г. Пицхелаури // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2016. - Т. 15, № 3. - С. 24-31.

18. Снюднюкова Е. Г. Особенности анамнеза, течения беременности и родов у женщин с преэклампсией / Е. Г. Снюднюкова, Ю. В. Фартунина // Врач-аспирант. - 2015. - Т. 72, № 5. - С. 252-261.

19. Ходжаева З. С. Ранняя и поздняя преэклампсия: парадигмы патобиологии и клиническая практика / З. С. Ходжаева, А. М. Холин, Е. М. Вихляева // Акушерство и гинекология. - 2013. - № 10. - С. 4-11.

20. Частова Е. Н. Преэклампсия: современный взгляд на проблему / Е. Н. Частова // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2013. - Т. 3, № 3. - С. 656.

21. Шувалова М. П. Преэклампсия и эклампсия как причина материнской смертности / М. П. Шувалова, О. Г. Фролова, С. С. Ратушняк // Акушерство и гинекология. - 2014. - № 8. - С. 81-87.

22. Blazquez A. Is oocyte donation a risk factor for preeclampsia? A systematic review and meta-analysis / A. Blazquez, D. Garcia, A. Rodriguez [et al.] // J. Assist. Reprod. Genet. - 2016. - Vol. 33. - P. 855-863.

23. Dhariwal N.K. Update in the management of patients with preeclampsia / N.K. Dhariwal, G.C. Lynde // Anesthesiol. Clin. - 2017. - Vol. 35. - P. 95-106.

24. Ford J.B. Triggers for preeclampsia onset: a case-crossover study / J. B. Ford, K. Schemann, J. A. Patterson [et al.] // Pediatr. Perinatal. Epidemiol. - 2016. - Vol. 30. - P. 555-562.

25. Narayan B. Medical problems in pregnancy / B. Narayan, C. Nelson-Piercy // Clin. Med. - 2016. - Vol. 16 (6). - P. s110-116.

26. Paré E. Clinical Risk Factors for Preeclampsia in the 21st Century / E. Paré, S. Parry, F. Thomas // Obstetrics & Gynecology. - 2014. - Vol. 124 (4). - P. 763-770.

Реферат

ПРОБЛЕМА ПРЕЕКЛАМПСІЇ В СУЧАСНОМУ АКУШЕРСТВІ

Агаєва К. В.

Ключові слова: преєклампсія, вагітність, пологи.

Представлений огляд даних наукової літератури за останні роки з питання розвитку преєклампсії під час вагітності. Преєклампсія є однією з найважливіших проблем в сучасному акушерстві. Частота розвитку преєклампсії складає 2-8 % і не має тенденції до зниження. Незважаючи на велике число досліджень, етіологічні чинники преєклампсії залишаються невідомими. Нині найбільш пріоритетною є плацентарна теорія, яка пояснює виникнення преєклампсії в результаті патологічної плацентациї. Основними чинниками ризику розвитку преєклампсії є хронічні захворювання нирок (58,6%), судинна патологія (51,7%), ендокринна патологія (38,0%), метаболічний синдром (24,0%), захворювання серця (22,0%), захворювання шлунково-кишкового тракту (20,7%). Незважаючи на профілактику, що проводиться, і багатократні спроби підбору терапії, не вдалося добитися зниження частоти розвитку преєклампсії. Єдиним радикальним методом лікування важкої преєклампсії на сьогодні є дотрокове розродження. Аналіз сучасної літератури показує, що проблема преєклампсії є надзвичайно актуальною в акушерській практиці, особливо проблема важкої преєклампсії, яка потенційно загрожує життю матері і дитини. Значна частота цього ускладнення диктує необхідність проведення активних профілактичних і лікувальних заходів у пацієнток, що знаходяться в групі ризику по розвитку преєклампсії.

Summary

PRE-ECLAMPSIA IN CONTEMPORARY OBSTETRIC PRACTICE

Agayeva K. V.

Key words: pre-eclampsia, pregnancy, birth.

This review article highlights the analysis of recent literature data on the development of pre-eclampsia during pregnancy. Pre-eclampsia is one of the most serious problems in modern obstetrics. The incidence of pre-eclampsia makes up 2-8% and does not tend to decrease. Despite a large number of studies, the etiological factors of pre-eclampsia are still remaining unknown. Nowadays, the placental theory that explains the occurrence of pre-eclampsia as a result of pathological placentation is considered to be the most acknowledged. The main risk factors for the development of pre-eclampsia are chronic kidney diseases (58.6%), vascular pathology (51.7%), endocrine pathology (38.0%), metabolic syndrome (24.0%), and heart disease (22.0%), diseases of the gastrointestinal tract (20.7%). Despite the ongoing prevention and multiple attempts to select therapy, there have been little results in reduce the incidence of pre-eclampsia. Today, the only radical treatment for severe preeclampsia is pre-term delivery. Analysis of modern literature has shown that the problem of pre-eclampsia is extremely relevant in obstetric practice, and, in particular, the problem of severe pre-eclampsia, as a potentially life-threatening condition for the mother and child. A significant frequency of this complication dictates the necessity to implement active preventive and curative measures for patients at risk of developing pre-eclampsia.