

Здоровье Семьи



тема номера

Эклампсия

Резолюция международной конференции, организованной Институтом здоровья семьи и Правительством Омской области, «Охрана здоровья семьи на современном этапе: проект «Мать и дитя»», г. Омск, 26—29 июня 2007 года 1

Методические и технические вопросы диагностики, профилактики и лечения преэклампсии и эклампсии 2

Профилактика преэклампсии 5

Выявление факторов риска преэклампсии 6

Лечение преэклампсии 7

Ведение преэклампсии в послеродовом периоде 11

Динамика перинатальной смертности при преэклампсии 11

Патогенез и лечение синдрома HELLP 12

ИЗС

**Институт
Здоровья
Семьи**

Институт здоровья семьи (ИЗС) – российская негосударственная организация, работающая в области здравоохранения и социальной защиты, основной целью которой является улучшение здоровья женщин, мужчин, детей и семьи в целом. ИЗС разрабатывает и внедряет проекты, направленные на повышение знаний и навыков медицинских и социальных работников, руководителей здравоохранения, преподавателей медицинских вузов и колледжей по оказанию современной качественной практической и консультативной помощи. В своей деятельности ИЗС основывается на данных доказательной медицины; проводит работу в соответствии с российским законодательством и нормативными требованиями с широким привлечением руководителей здравоохранения разного уровня и ведущих российских специалистов. Сотрудниками и консультантами ИЗС являются специалисты, имеющие большой опыт в области общественного здоровья, клинической медицины и ВИЧ/СПИДа.

С более подробной информацией о деятельности ИЗС можно ознакомиться на веб-сайте: www.ifhealth.ru

Во втором номере Вестника ИЗС вашему вниманию представлены материалы, посвященные, наверное, самой интересной и интригующей акушерской загадке — эклампсии. Состоянию, которое справедливо называется «болезнью теорий». Осложнению беременности, которое до сих пор, в основном в развивающихся странах, ежегодно забирает жизни более 50 тысяч молодых женщин и сотен тысяч младенцев. К сожалению, и в нашей стране гипертензивные расстройства при беременности и их осложнения остаются одной из лидирующих причин материнской смертности.

Данная тема является одной из наиболее обсуждаемых в медицинских журналах, в разных концах света постоянно проводится большое количество исследований. Их главная цель — узнать причину развития этого грозного осложнения беременности, научиться предупреждать и лечить его. Увы, чаще всего результаты исследований лишь подтверждают неэффективность большинства практик, используемых в акушерстве с целью профилактики и лечения преэклампсии/эклампсии.

Но акушеры, в основном по природе своей оптимисты, верят в науку, которая обязательно найдет «противоядие». А в данный момент, используя те знания, которые у нас уже есть, они пришли к единогласно принятому во всем мире заключению: лечения преэклампсии/эклампсии не существует, а значит, главным компонентом помощи при данном осложнении являются своевременная диагностика, адекватная симптоматическая терапия с целью выиграть время для профилактики респираторного дистресс-синдрома недоношенных детей, перевода женщины в учреждение более высокого уровня оказания помощи и подготовки к родоразрешению оптимальным способом.

Итак, вашему вниманию предлагается перевод последней редакции кокрановских обзоров по теме «Гипертензивные расстройства при беременности» из Библиотеки репродуктивного здоровья ВОЗ (RHL) № 10, выпущенной в 2007 году, наиболее значимых статей за предыдущие годы и наиболее интересных за 2006 год. Источники — самые авторитетные медицинские журналы.

Резолюция международной конференции, организованной Институтом здоровья семьи и Правительством Омской области, «Охрана здоровья семьи на современном этапе: проект “Мать и дитя”», г. Омск, 26—29 июня 2007 года

Цель конференции: представление интегрированной системы оказания эффективной медицинской помощи семье, разработанной проектом «Мать и дитя», для повышения качества медицинских услуг, снижения материнской и младенческой смертности и числа аборт.

Задачи конференции:

1. Определение приоритетных направлений деятельности для совершенствования медицинской помощи семье, женщинам и детям.
2. Представление современных подходов к организации перинатальной помощи.
3. Представление современных требований к соблюдению прав семьи, уязвимых групп населения и медицинских работников.
4. Определение подходов к повышению качества медицинского образования.

В конференции приняли участие 250 представителей 20 регионов, руководители службы охраны материнства и детства, ведущих научно-исследовательских институтов и медицинского образования, представители Минздравсоцразвития России, Росздравнадзора, Агентства США по международному развитию. В конференции также приняли активное участие руководители здравоохранения Казахстана и Узбекистана, представители Украины, эксперты Всемирной организации здравоохранения.

Участники конференции отметили большое внимание, которое Президент и Правительство Российской Федерации уделяют улучшению демографической ситуации в России путем создания условий, благоприятствующих рождению и воспитанию ребенка. Одним из таких неотъемлемых условий является повышение качества медицинской помощи ма-

Фотография на обложке: участники международной конференции «Охрана здоровья семьи на современном этапе: проект “Мать и дитя”».

терям и детям. Этому призвано способствовать улучшение материально-технического оснащения учреждений родовспоможения, детских поликлиник и муниципальных учреждений здравоохранения. Другой важнейшей составляющей является обучение работников здравоохранения современным медицинским практикам и организация эффективной медицинской помощи в регионах.

В течение семи лет работы проекта «Мать и дитя», проводимого Институтом здоровья семьи в сотрудничестве с Минздравсоцразвития России и руководителями здравоохранения 20 регионов, накоплен большой опыт по внедрению современных практик оказания медицинской помощи женщинам и детям. Основные направления работы проекта включают: ведение беременности, родов, послеродового периода; уход и вскармливание новорожденных; репродуктивное здоровье. Многие медицинские учреждения, участвующие в проекте «Мать и дитя», добились значительных успехов в снижении перинатальной, младенческой, материнской смертности и заболеваемости, значительно повысилась удовлетворенность клиентов.

Следующим этапом работы проекта «Мать и дитя» должно явиться распространение практик, основанных на доказательной медицине и современных международных рекомендациях, на большее число учреждений и российских регионов.

Участники конференции также отметили, что существуют резервы повышения эффективности медицинской помощи женщинам, детям, семьям, что позволит России достичь уровней материнской и младенческой смертности (одних из основных показателей здравоохранения), характерных для стран Западной Европы.

Для повышения эффективности работы участники конференции предлагают:

1. Рекомендовать всем учреждениям регионов, участвующих в проекте «Мать и дитя», разработать на основе клинических протоколов проекта, принятых во второй редакции в мае 2007 года, свои собственные протоколы в соответствии с уровнем (возможностями) оказания помощи.
2. Предложить Минздравсоцразвития России и Российскому обществу акушеров и гинекологов организовать рабочую группу по обсуждению и внедрению клинических протоколов проекта «Мать и дитя» в практику работы учреждений родовспоможения всей страны.
3. Продолжить разработку новых клинических протоколов, в том числе в области неонатологии и педиатрии, для чего создать в рамках проекта «Мать и дитя» рабочую педиатрическую группу.
4. С помощью экспертов и сотрудников Института здоровья семьи совершенствовать организацию перинатальной помощи на основе современных взглядов на регионализацию, сделав приоритетной базовую помощь на всех трех уровнях, для чего необходимо:

- подготовить нормативную базу регионализации медицинской помощи;
 - организовать обучение фельдшеров, акушеров, семейных врачей и врачей-специалистов навыкам оказания базовой помощи при беременности, родах, в послеродовом периоде, в течение первых лет жизни, обратив особое внимание на вопросы оказания экстренной помощи;
 - обеспечить возможность непрерывного повышения квалификации, обучения для всех медицинских работников.
5. Переориентировать работу медицинских учреждений охраны материнства и детства на оказание помощи не только женщинам и детям, но и семье в целом. С этой целью:
 - в рамках проекта «Мать и дитя» провести дополнительное обучение медицинских сотрудников принципам семейного консультирования;
 - рекомендовать руководителям здравоохранения ввести в штат медицинских учреждений психологов и социальных работников.
 6. Внедрить в работу всех медицинских учреждений систему поддержки грудного вскармливания:
 - обучить медицинских работников навыкам консультирования по вопросам грудного вскармливания и ознакомить их с требованиями «Международного свода правил маркетинга заменителей грудного молока», подписанного РФ;
 - рекомендовать к исполнению «Международный свод правил маркетинга заменителей грудного молока» для всех медицинских и социальных учреждений;
 - организовать работу со средствами массовой информации по популяризации и поддержке грудного вскармливания на региональном и федеральном уровнях.
 7. Предложить Росздраву и Министерству образования и науки РФ внести дополненные темы в программы до- и последипломного образования врачей и средних медицинских работников, касающиеся доказательной медицины, семейного консультирования и защиты прав клиентов и медицинских работников.

Методические и технические вопросы диагностики, профилактики и лечения преэклампсии и эклампсии

Несмотря на прогресс, достигнутый в лечении и устранении многих тяжелых заболеваний, преэкламп-

псия и эклампсия по-прежнему остаются причиной тяжелых осложнений и смертности, а также одной из самых серьезных проблем, угрожающих безопасному материнству, особенно в развивающихся странах. Стандартные определения преэклампсии и эклампсии отсутствуют [1].

Основные положения ведения беременных с преэклампсией

- Преэклампсия — одна из самых частых патологий беременности, которая угрожает матери и ребенку тяжелыми осложнениями и смертью. Единственный метод излечения преэклампсии — родоразрешение.
- У всех беременных нужно регулярно измерять артериальное давление и определять уровень белка в моче. Беременных из группы риска должны наблюдать специалисты.
- Аспирин в низких дозах снижает риск преэклампсии и перинатальную смертность в группе беременных высокого риска по развитию преэклампсии. Препараты кальция оказывают умеренное благоприятное действие у женщин с низким содержанием кальция в рационе.
- Женщин с артериальным давлением выше 140/90 мм рт. ст. или преэклампсией следует направлять на консультацию к специалисту. При легкой и умеренной артериальной гипертензии гипотензивные препараты помогают предотвратить резкий подъем артериального давления.
- При тяжелой артериальной гипертензии показана госпитализация для наблюдения и снижения артериального давления.
- Лечение преэклампсии сульфатом магния вдвое снижает риск эклампсии. Сульфат магния — препарат выбора для лечения эклампсии. Использовать фенитоин, литическую смесь и диазепам не следует.
- Женщин, у которых во время беременности была преэклампсия, предупреждают о риске преэклампсии во время следующей беременности и обследуют для исключения гипертонической болезни и других причин повышения артериального давления.

Классификация состояний, связанных с повышением артериального давления у беременных

Артериальная гипертензия беременных

- Артериальная гипертензия, впервые выявленная после 20-й недели беременности в отсутствие протеинурии.
- Диагноз ставят, если систолическое давление ≥ 140 мм рт. ст. или диастолическое давление ≥ 90 мм рт. ст. (при двукратном измерении через

4 ч) или диастолическое давление ≥ 110 мм рт. ст. при однократном измерении. При этом значение диастолического давления имеет большую прогностическую ценность для диагностики преэклампсии по сравнению с систолическим давлением.

- Тяжелая артериальная гипертензия — диастолическое давление ≥ 120 мм рт. ст. при однократном измерении или ≥ 110 мм рт. ст. при двукратном измерении через 4 ч, систолическое давление ≥ 170 мм рт. ст.
- Артериальное давление нормализуется в течение 3 месяцев после родов.

Преэклампсия и эклампсия

- Артериальная гипертензия и протеинурия, впервые выявленные после 20-й недели беременности.
- Диагностические критерии артериальной гипертензии приведены выше.
- Диагностические критерии патологической протеинурии — уровень белка в моче ≥ 300 мг/сут или ≥ 30 мг/ммоль в одной пробе мочи или ≥ 1 условной единицы на тест-полоске.
- Эклампсия — появление судорог на фоне преэклампсии.

Артериальная гипертензия, не связанная с беременностью

- Артериальная гипертензия, выявленная до беременности или до 20-й недели беременности.
- Гипертоническая болезнь, или эссенциальная артериальная гипертензия (причины не известны).
- Вторичная, или симптоматическая, артериальная гипертензия, обусловленная другими заболеваниями.

Преэклампсия на фоне артериальной гипертензии, не связанной с беременностью

- Появление симптомов преэклампсии после 20-й недели беременности у женщин с артериальной гипертензией, не связанной с беременностью.

Симптомы преэклампсии

- Артериальная гипертензия и протеинурия (см. выше).
- Упорная сильная головная боль.
- Появление стойкой боли в эпигастральной области.
- Нарушения зрения (нечеткость зрения, диплопия, плавающие пятна).
- Тошнота и рвота.
- Гиперрефлексия (усиление сухожильных рефлексов).
- Боль или болезненность при пальпации в эпигастральной области.
- Внезапно появившиеся, быстро нарастающие сильные отеки тела (особенно в области поясницы), часто генерализованные.

- Повышение уровня креатинина сыворотки > 110 ммоль/л.
- Снижение числа тромбоцитов < 100 000 мкл⁻¹.
- Микроангиопатическая гемолитическая анемия.
- Повышение активности печеночных ферментов (аланинаминотрансферазы, аспартатамино-трансферазы или обоих ферментов).
- Протеинурия при первом обследовании в рамках дородового наблюдения.
- Многоплодная беременность.
 - ◆ Сопутствующие заболевания:
 - ◆ гипертоническая болезнь;
 - ◆ болезни почек;
 - ◆ сахарный диабет;
 - ◆ наличие антифосфолипидных антител.

Осложнения преэклампсии

Поражение ЦНС

- Судороги.
- Геморрагический инсульт.
- Отек мозга.
- Корковая слепота.
- Отек сетчатки.
- Слепота вследствие поражения сетчатки.

Нарушения свертывания крови

- ДВС-синдром.
- Микроангиопатия и гемолиз.
- Поражение органов дыхания.
- Отек легких.
- Отек гортани.

Поражение печени

- Желтуха.
- Синдром HELLP (гемолиз, повышение активности печеночных ферментов, тромбоцитопения).
- Разрыв печени.

Поражение почек

- Некроз коркового вещества почек.
- Канальцевый некроз.

Поражение плаценты

- Инфаркт плаценты.
- Преждевременная отслойка плаценты.

У ребенка

- Смерть.
- Недоношенность.
- Внутриутробная задержка развития.
- Преждевременные роды (3 исследования, 585 женщин, относительный риск 1,38).

Факторы риска преэклампсии (по К. Дакитт и соавт.)

- Первая беременность.
- Преэклампсия в анамнезе.
- Предыдущая беременность ≥ 10 лет назад.
- Возраст ≥ 40 лет.
- Индекс массы тела при первом обследовании в рамках дородового наблюдения ≥ 35 кг/м².
- Преэклампсия в семейном анамнезе (особенно у матери или сестры).
- Диастолическое давление при первом обследовании в рамках дородового наблюдения ≥ 80 мм рт. ст.

Правила измерения артериального давления у беременных

- Лучше использовать ртутные тонометры, а не электронные.
- Электронные тонометры должны быть калиброваны. Их следует регулярно проверять по ртутному тонометру.
- Нужно использовать манжету подходящего размера.
- Женщина должна находиться в положении сидя или полулежа, рука — располагаться на уровне сердца.
- Артериальное давление регистрируют с точностью до 2 мм рт. ст.
- Диастолическое давление определяют в момент исчезновения тонов Короткова (фаза 5).

Дополнительная информация для врачей

- Национальный институт усовершенствования клинической медицины (NICE). Клинические рекомендации №6 «Дородовая помощь. Наблюдение здоровых беременных» (www.nice.org.uk/page.aspx?o=89310). Содержит рекомендации по обследованию беременных с низким риском преэклампсии.
- Кокрановская электронная библиотека (www.thecochranelibrary.com). Содержит подробные обзоры профилактики и лечения преэклампсии и эклампсии.
- Конфиденциальные исследования материнского и детского здоровья (CEMACH, Великобритания) (www.cemach.org.uk/publications.htm). На сайте представлены последние отчеты по Конфиденциальным исследованиям мертворождений и младенческой смертности (CESDI), а также материнской смертности (CEMD).
- Королевский колледж акушеров и гинекологов. Клинические рекомендации «Лечение эклампсии» (www.rcog.org.uk/index.asp?PageID=516).
- Женевский фонд медицинского образования и исследований. «Преэклампсия, эклампсия, артериальная гипертония беременных» (www.gfmer.ch/Guidelines/Pregnancy_newborn/Preeclampsia_eclampsia_hypertension_in_pregnancy.htm). Подробный перечень международных интернет-ресурсов по преэклампсии, разработанных при сотрудниче-

стве с Всемирной организацией здравоохранения, в том числе для пациентов.

Источники информации для пациентов

- Ассоциация по борьбе с преэклампсией, Великобритания (www.aprec.org.uk). На сайте этой общественной организации предоставлена информация о преэклампсии для женщин и их семей, а также для медицинских работников. Можно получить помощь по телефону, организованы местные группы взаимопомощи.
- Аналогичные организации в Австралии (www.aaprec.org.au) и Новой Зеландии (www.nzaprec.com).
- Фонд борьбы с преэклампсией (www.preeclampsia.org). Поддержка и обучение семей, а также финансирование исследований на средства некоммерческих организаций США.
- «Материнская мудрость» (www.maternitywise.org). Информация для пациентов по акушерской помощи, основанной на принципах доказательной медицины (США). Объясняет роль систематических обзоров, есть раздел, посвященный преэклампсии.
- Сайт Государственной службы здравоохранения Великобритании (<http://www.nhsdirect.nhs.uk/>). Информация и рекомендации Государственной службы здравоохранения Великобритании [2].

Профилактика преэклампсии

Для профилактики преэклампсии используется несколько групп препаратов (рис. 1), в том числе антиоксиданты, антиагреганты и препараты кальция. Применение антиоксидантов основано на том, что свободнорадикальное окисление считается ключевым фактором в патогенезе преэклампсии. Прием антиоксидантов во время беременности может препятствовать свободнорадикальному окислению и тем самым предупреждать или откладывать развитие преэклампсии. Чтобы оценить эффективность и безопасность антиоксидантов во время беременности и их влияние на риск преэклампсии и ее осложнений, был проведен поиск в Кокрановском специализированном регистре контролируемых испытаний в разделе «Беременность и роды» (по состоянию на июнь 2004 г.), а также в Кокрановском центральном регистре контролируемых испытаний (Кокрановская электронная библиотека, 2004 г., выпуск 3). В результате было найдено 7 исследований (6082 женщины). Самое крупное исследование (5021 женщина) было квазирандомизированным. Только 3 из 7 исследований были высокого качества. Анализ данных показал, что по сравнению с плацебо или отсутствием лечения антиоксиданты снижали риск преэклампсии на 39% (7 исследований, 6082 женщины; отно-

сительный риск 0,61, 95% доверительный интервал 0,50—0,75), рождения маловесного ребенка (3 исследования, 634 женщины; относительный риск 0,64, 95% доверительный интервал 0,47—0,87). Прием антиоксидантов повышал средний вес детей при рождении (3 исследования, 451 женщина; взвешенная разность средних 91,83 г, 95% доверительный интервал 11,55—172,11) и риск преждевременных родов (3 исследования, 583 женщины; относительный риск 1,38, 95% доверительный интервал 1,04—1,82). Оценить влияние антиоксидантов на другие исходы не удалось из-за недостатка данных. Полученные результаты нужно трактовать с осторожностью, так как большинство данных получено в исследованиях низкого качества. Прежде чем рекомендовать антиоксиданты для широкого применения, нужно дождаться результатов проводимых в настоящее время крупных исследований [3].

Поскольку при преэклампсии снижена продукция эндотелием простациклина, обладающего сосудорасширяющим действием, и повышена продукция тромбоцитами тромбоксана, обладающего сосудосуживающим действием и стимулирующего агрегацию тромбоцитов, можно предполагать, что антиагреганты, в частности аспирин в низких дозах, могут предупреждать или откладывать развитие этого состояния. Чтобы оценить эффективность и безопасность антиагрегантов у женщин с риском преэклампсии, был проведен поиск в Кокрановском специализированном регистре контролируемых испытаний в разделе «Беременность и роды» (по состоянию на сентябрь 2003 г.), в Кокрановском центральном регистре контролируемых испытаний (Кокрановская электронная библиотека, 2003 г., выпуск 2) и базе данных EMBASE (1994—2003 гг.), а также в печатных материалах конгрессов Международного и Европейского обществ по изучению артериальной гипертонии беременных. Было найдено 51 исследование (36 500 женщин). Анализ данных этих исследований показал, что прием антиагрегантов снижал риск преэклампсии на 19% (43 исследования, 33 439 женщин; относительный риск 0,81, 95% доверительный интервал 0,75—0,88; число больных, которых нужно лечить, 69, 95% доверительный интервал 51—109). Следовательно, применение антиагрегантов (в данном обзоре в основном аспирин в низких дозах) для профилактики преэклампсии приносит небольшую или умеренную пользу. Чтобы оценить, кому антиагреганты будут наиболее полезны, когда лучше начинать лечение и в каких дозах, требуются дополнительные данные [4].

Еще одна группа препаратов, благодаря различным механизмам способных снижать риск преэклампсии и преждевременных родов — препараты кальция. Чтобы оценить влияние препаратов кальция на течение артериальной гипертонии беременных и связанные с ней исходы у матери и ребенка, был проведен поиск в Кокрановском специализированном регистре контролируемых испытаний в раз-

деле «Беременность и роды» (по состоянию на февраль 2006 г.) и Кокрановском центральном регистре контролируемых испытаний (Кокрановская электронная библиотека, 2005 г., выпуск 4). Часть информации была получена непосредственно у авторов исследований. Было найдено 12 рандомизированных клинических испытаний. По сравнению с плацебо препараты кальция в дозе не менее 1 г/сут снижали риск повышения артериального давления (11 исследований, 14 946 женщин; относительный риск 0,70, 95% доверительный интервал 0,57—0,86) и преэклампсии (12 исследований, 15 206 женщин; относительный риск 0,48, 95% доверительный интервал 0,33—0,69). Наибольший эффект отмечен у женщин из группы риска (5 исследований, 587 женщин; относительный риск 0,22, 95% доверительный интервал 0,12—0,42), а также у женщин с низким исходным содержанием кальция в рационе (7 исследований, 10 154 женщины; относительный риск 0,36, 95% доверительный интервал 0,18—0,70). Авторы обзора пришли к выводу, что препараты кальция почти вдвое снижают риск преэклампсии, а также совокупный риск смерти и тяжелых осложнений у матери. Других существенных преимуществ и недостатков их применения не выявлено [5].

Однако ряд специалистов ставит пользу антиоксидантов, витаминов и препаратов кальция под сомнение. И действительно, обзор данных двух больших проспективных рандомизированных клинических испытаний с участием более 4000 женщин, в том числе из группы риска, в которых сравнивалась эффективность витаминов С и Е и плацебо, не выявил различий в частоте преэклампсии между группами. При этом отмечены такие возможные нежелательные последствия приема витаминов, как малый вес при рождении, мертворождение на позднем сроке беременности, более тяжелая преэклампсия, развитие преэклампсии на более раннем сроке беременности, а также ацидозу новорожденных. Кроме того, крупное кооперированное плацебо-контролируемое клиническое испытание, которое финансировала Всемирная организация здравоохранения в регионах с низким содержанием кальция в рационе, показало, что препараты кальция не снижают риск преэклампсии и рождения маловесного ребенка.

С учетом отрицательных результатов этих исследований антиоксиданты и препараты кальция, по-видимому, существенно не влияют на частоту преэклампсии. Безопасность антиоксидантов требует тщательного изучения [6].

Профилактика эклампсии в развивающихся странах

Профилактика преэклампсии в развивающихся странах требует прежде всего усовершенствования системы акушерской помощи. Сравнительное исследование, проведенное в трех округах Ямайки,

показало, что реорганизация акушерской помощи улучшила выявление женщин из группы риска, благодаря чему частота дородовой эклампсии резко снизилась. По сравнению с контролем за период исследования частота дородовой эклампсии в округе Санта-Катерина (там, где были проведены преобразования) значительно снизилась (относительный риск 0,19, 95% доверительный интервал 0,13—0,27; $p < 0,001$). Статистически значимо сократилось число госпитализаций беременных по поводу артериальной гипертонии и вдвое снизилась длительность госпитализации [7].

Кроме того, необходимо повышать осведомленность женщин о симптомах преэклампсии и действиях, которые им нужно предпринимать при их появлении. Чтобы оценить эффективность и практическую применимость памяток для беременных о первых симптомах эклампсии и действиях, которые нужно предпринимать при их появлении, клиниками дородовой помощи подготовлены наглядные памятки и плакаты для обучения беременных. Проанализирована частота обращения беременных за медицинской помощью при появлении отеков и посещения больницы, если это рекомендовано, до и после начала использования памяток. Оценивали частоту эклампсии. Через 6 месяцев были опрошены медицинские работники, чтобы выяснить их отношение к использованию памяток и плакатов в повседневной работе. В результате медицинские работники выразили готовность применять памятки в своей работе. Они отметили, что с помощью наглядных материалов они повысили собственную осведомленность о первых симптомах эклампсии и улучшили навыки консультирования беременных. Памятки существенно повысили осведомленность беременных о симптомах эклампсии, благодаря чему женщины стали своевременно обращаться за медицинской помощью и произошло значительное снижение частоты эклампсии. Памятки были доработаны в соответствии с предложениями медицинских работников и пациенток. Затраты на обеспечение беременных памятками скорее всего окупятся за счет экономии средств, затрачиваемых на лечение [8].

Выявление факторов риска преэклампсии

Выявить женщин с высоким риском преэклампсии, которым могут быть полезны лечение аспирином с I триместра беременности или другая медикаментозная профилактика, можно с помощью доплеровского исследования маточного кровотока в I триместре беременности. С помощью этого метода можно обнаружить 50—65% женщин, у которых впоследствии развивается тяжелая преэклампсия, требующая родоразрешения до 35-й недели беременности, при частоте ложноположительных результа-

| | Число исходов / число больных | | Относительный риск (95% ДИ) | Относительный риск (95% ДИ) | Число исследований |
|---|-------------------------------|-------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------|
| | Вмешательство | Контроль | | | |
| Режим | | | | | |
| Покой (при нормальном АД) | 2/53 | 25/53 | | 0,10 (0,03—0,03) | 2 |
| Физические упражнения | 0/23 | 1/22 | | 0,31 (0,01—7,09) | 2 |
| Покой (при высоком АД) | 69/110 | 69/108 | | 0,98 (0,80—1,20) | 1 |
| Диета и пищевые добавки | | | | | |
| Антиоксиданты ^а | 35/524 | 78/537 | | 0,45 (0,31—0,66) | 6 |
| Препараты кальция | 197/3427 | 294/3467 | | 0,35 (0,20—0,60) ^б | 11 |
| Препараты чеснока | 7/50 | 9/50 | | 0,78 (0,31—1,93) | 1 |
| Рыбий жир | 42/827 | 51/856 | | 0,86 (0,59—1,27) | 4 |
| Препараты магния | 34/235 | 40/239 | | 0,87 (0,57—1,32) | 2 |
| Препараты цинка ^б | 77/967 | 89/995 | | 0,87 (0,65—1,15) | 4 |
| Изокалорийная белковая диета | 23/391 | 23/391 | | 1,00 (0,57—1,75) | 1 |
| Низокалорийная диета | 17/142 | 15/142 | | 1,13 (0,59—2,18) | 2 |
| Низосолевая диета | 10/294 | 9/309 | | 1,11 (0,46—2,66) | 2 |
| Диета, сбалансированная по калорийности или белку | 34/258 | 28/258 | | 1,20 (0,77—1,89) | 3 |
| Фолиевая кислота ^в | 64/348 | 51/348 | | 1,26 (0,90—1,76) | 2 |
| Препараты | | | | | |
| Прогестерон | 1/62 | 5/66 | | 0,21 (0,03—1,77) | 1 |
| Антиагреганты | 1040/16 792 | 1274/16 647 | | 0,81 (0,75—0,88) | 43 |
| Оксид азота | 21/93 | 21/77 | | 0,83 (0,49—1,41) | 4 |
| Гипотензивные средства | 207/1230 | 201/1172 | | 0,99 (0,84—1,18) | 19 |

0,2 0,5 1 2 5
В пользу вмешательства Против вмешательства

^а Исключены вошедшие в обзор квазирандомизированные клинические испытания.

^б Модель со случайными эффектами в связи с гетерогенностью.

^в Данные без уточнения формы артериальной гипертензии (артериальная гипертензия беременных или преэклампсия).

Рисунок. Результаты контролируемых клинических испытаний профилактики преэклампсии. Данные Кокрановских обзоров. АД — артериальное давление.

тов 5%. Этот показатель можно повысить, если дополнить доплеровское исследование определением плацентарного белка 13 в сыворотке. Комбинация этих двух методов позволяет предсказать до 90% случаев тяжелой преэклампсии при частоте ложноположительных результатов 9%.

Еще один метод — измерение объема плаценты с помощью УЗИ в трехмерном режиме — по данным одного исследования, позволяет выявить 20% женщин, у которых развивается тяжелая преэклампсия, при частоте ложноположительных результатов 10%. Этот метод требует дальнейшего изучения.

По данным предварительных исследований, перспективным представлялось изучение уровней плацентарного фактора роста, фактора роста эндотелия и растворимой тирозинкиназы 1, сходной с рецептором макрофагального колониестимулирующего фактора. Однако недавние исследования показали, что эти исследования не имеют преимуществ перед доплеровским исследованием маточного кровотока [9].

Еще один простой, распространенный и недорогой метод оценки риска преэклампсии — регулярное измерение АД. Как показал обзор 34 исследований (60 599 женщин, 3341 случай преэклампсии),

у беременных низкой группы риска лучшую прогностическую ценность положительного результата показало значение среднего артериального давления ≥ 90 мм рт. ст. в течение как I, так и II триместров. В группе высокого риска показателем, имевшим лучшую достоверность, оказалось диастолическое АД ≥ 75 мм рт. ст., в промежутке между 13-й и 20-й неделями беременности. Измерения АД при первом визите беременной к врачу недостаточно для достоверного прогноза развития преэклампсии; следует измерять АД регулярно [10].

Лечение преэклампсии

Немедикаментозные методы

Для улучшения исхода беременности беременным с артериальной гипертензией рекомендуют ограничивать физическую активность, в частности, предписывают им постельный режим и госпитализацию. Поскольку такие меры заставляют женщин отказываться от привычного образа жизни, дороги и повышают риск тромбозмобилических осложнений, было

решено оценить влияние постельного режима разной строгости на состояние матери и ребенка и сравнить разные варианты постельного режима между собой и с обычной физической активностью в стационаре и дома в рамках лечения артериальной гипертонии беременных. Для этого был проведен поиск в Кокрановском специализированном регистре контролируемых испытаний в разделе «Беременность и роды» (по состоянию на апрель 2005 г.), в Кокрановском центральном регистре контролируемых испытаний (Кокрановская электронная библиотека, 2005 г., выпуск 1) и базе данных EMBASE (с января 2002 г. по декабрь 2004 г.). Были найдены 4 небольших исследования, в которых участвовали 449 женщин. Три исследования были хорошего качества. Два исследования (145 женщин) сравнивали строгий постельный режим с обычным больничным режимом у госпитализированных беременных с протеинурией и артериальной гипертонией. Различий между группами по проанализированным исходам не обнаружено. В двух исследованиях (304 женщины) сравнивали больничный режим с обычной активностью в домашних условиях при артериальной гипертонии беременных без протеинурии. У женщин, находившихся в стационаре, отмечено снижение риска тяжелой артериальной гипертонии (1 исследование, 218 женщин; относительный риск 0,58, 95% доверительный интервал 0,38—0,89) и пограничное снижение риска преждевременных родов (1 исследование, 218 женщин; относительный риск 0,53, доверительный интервал 0,29—0,99). Среди соблюдавших постельный режим большее число женщин предпочли бы другой режим при последующих беременностях (1 исследование, 86 женщин; относительный риск 3,00, 95% доверительный интервал 1,43—6,31). Существенных различий по другим исходам не выявлено.

Поскольку приведенных данных недостаточно для того, чтобы сформулировать клинические рекомендации, не нужно рекомендовать постельный режим всем беременным с артериальной гипертонией, тем более что многие женщины, если им предоставляют выбор, предпочитают вести обычный образ жизни [11].

Гипотензивная терапия

В лечении артериальной гипертонии беременных и преэклампсии важнейшую роль играют гипотензивные средства. В течение более 40 лет препаратом выбора служит дигидралазин. Однако в последнее время стали появляться новые эффективные гипотензивные средства, например урапидил. Он не уступает по эффективности дигидралазину и при этом лучше переносится и удобнее при подборе дозы. Хотя данные о его применении немногочисленны, его можно считать перспективным альтернативным средством для лечения артериальной гипертонии беременных [12].

Целесообразность назначения гипотензивных средств при легкой и умеренной артериальной ги-

пертонии у беременных вызывает определенные сомнения, хотя акушеры и гинекологи часто назначают, полагая, что эти препараты предупреждают усугубление артериальной гипертонии и улучшают исход беременности. Чтобы проверить, действительно ли это так, был проведен поиск в Кокрановском специализированном регистре контролируемых испытаний в разделе «Беременность и роды», а также в Кокрановском регистре контролируемых испытаний и базах данных MEDLINE и EMBASE. Было найдено 40 исследований с участием 3797 женщин, в которых сравнивались различные гипотензивные средства. Однако анализ этих исследований так и не помог пролить свет на вопрос о том, нужна ли при легкой и умеренной артериальной гипертонии беременных гипотензивная терапия [13].

Кроме того, метарегрессионный анализ результатов опубликованных рандомизированных контролируемых испытаний показал, что снижение артериального давления у беременной на фоне гипотензивной терапии может отрицательно сказываться на развитии плода. Это еще один довод уточнить соотношение пользы гипотензивной терапии у беременных с легкой и умеренной артериальной гипертонией и риска для матери и плода [14].

При тяжелой артериальной гипертонии, напротив, ни у кого не возникает вопросов, нужно ли назначать гипотензивные средства, поскольку очень высокое артериальное давление во время беременности представляет серьезную угрозу для женщины и ребенка. Гипотензивные средства эффективно снижают артериальное давление, однако их сравнительное влияние на другие исходы у беременных не известно. Для сравнения эффективности и безопасности разных гипотензивных средств при тяжелой артериальной гипертонии беременных был проведен поиск в Кокрановском специализированном регистре контролируемых испытаний в разделе «Беременность и роды» (по состоянию на 28 февраля 2006 г.) и Кокрановском центральном регистре контролируемых испытаний (Кокрановская электронная библиотека, 2006 г., выпуск 2). Было найдено 24 исследования (2949 женщин), в которых проведено 12 сравнений гипотензивных средств между собой. Анализ их данных показал, что у получавших блокаторы кальциевых каналов стойкая артериальная гипертония наблюдалась реже, чем у получавших гидралазин (5 исследований, 263 женщины; 6 и 18% соответственно; относительный риск 0,33, 95% доверительный интервал 0,15—0,70). При лечении кетансерином стойкая артериальная гипертония наблюдалась чаще, чем при лечении гидралазином (4 исследования, 200 женщин; 27 и 6% соответственно; относительный риск 4,79, 95% доверительный интервал 1,95—11,73), но реже возникали побочные эффекты (3 исследования, 120 женщин; относительный риск 0,32, 95% доверительный интервал 0,19—0,53) и синдром HELLP (Haemolysis — гемолиз, Elevated Liver enzymes — повышение активности печеночных фер-

ментов, Low Platelets — тромбоцитопения) (1 исследование, 44 женщины; относительный риск 0,20, 95% доверительный интервал 0,05—0,81).

По сравнению с диазоксидом лабеталол повышал риск артериальной гипотонии (1 исследование, 90 женщин; относительный риск 0,06, 95% доверительный интервал 0,00—0,99) и кесарева сечения (относительный риск 0,43, 95% доверительный интервал 0,18—1,02). Для оценки других исходов данных недостаточно.

При лечении нимодипином стойкая артериальная гипертония наблюдалась чаще, чем при лечении сульфатом магния (2 исследования, 1683 женщины; 47 и 65% соответственно; относительный риск 0,84, 95% доверительный интервал 0,76—0,93). У получавших нимодипин по сравнению с получавшими сульфат магния был выше риск эклампсии (относительный риск 2,24, 95% доверительный интервал 1,06—4,73) и нарушений дыхания (относительный риск 0,28, 95% доверительный интервал 0,08—0,99), но ниже риск побочных эффектов (относительный риск 0,68, 95% доверительный интервал 0,54—0,86) и послеродового кровотечения (относительный риск 0,41, 95% доверительный интервал 0,18—0,92). Случаев пренатальной и неонатальной смертности не отмечено. Данных для достоверного сравнения других препаратов было недостаточно. Авторы обзора пришли к выводу, что в отсутствие более надежных данных о преимуществах и недостатках разных гипотензивных средств выбор врача должен основываться на личном опыте применения того или иного препарата и знания его побочных эффектов. Исключения составляют диазоксид, кетансерин, нимодипин и сульфат магния, от которых, возможно, лучше отказаться [15].

Результаты контролируемого исследования с участием 126 женщин с беременностью сроком более 20 недель и преэклампсией показали, что нифедипин безопаснее и эффективнее гидралазина снижает артериальное давление при тяжелой преэклампсии. Его дополнительными преимуществами являются меньшая стоимость, более широкая доступность, а также удобство применения [16].

Противосудорожные средства

Противосудорожные средства при преэклампсии назначают для предупреждения судорог и улучшения прогноза. Чаще всего применяют сульфат магния. Исследовательская группа Magpie провела плацебо — контролируемое исследование с участием 10 141 женщин из 33 стран. Как показали его результаты, по сравнению с плацебо сульфат магния снижал риск эклампсии на 58% (95% доверительный интервал 40—71; 40 (0,8%) по сравнению с 96 (1,9%) соответственно; частота эклампсии ниже на 11 случаев на 1000 женщин). У получавших сульфат магния была ниже материнская смертность (относительный риск 0,55, 95% доверительный интервал 0,26—1,14).

В группе включенных в исследование до родов значимых различий перинатальной смертности не выявлено (576 (12,7%) по сравнению с 558 (12,4%); относительный риск 1,02, 99% доверительный интервал 0,92—1,14). Единственное существенное различие по частоте осложнений касалось преждевременной отслойки плаценты (относительный риск 0,67, 99% доверительный интервал 0,45—0,89) [17].

Обзор 6 исследований, найденных в Кокрановском специализированном регистре контролируемых испытаний в разделе «Беременность и роды» (по состоянию на 28 ноября 2002 г.) и Кокрановском регистре контролируемых испытаний (Кокрановская электронная библиотека, 2002 г., выпуск 3), также показал, что сульфат магния снижает риск эклампсии более чем в 2 раза (относительный риск 0,41, 95% доверительный интервал 0,29—0,58; число больных, которых нужно лечить, 100, 95% доверительный интервал 50—100). Отмечено статистически незначимое снижение риска смерти на 46% у получавших сульфат магния (относительный риск 0,54, 95% доверительный интервал 0,26—1,10). Относительный риск тяжелых осложнений беременности составил 1,08 (95% доверительный интервал 0,89—1,32). У получавших сульфат магния чаще наблюдались побочные эффекты (24 и 5% соответственно; относительный риск 5,26, 95% доверительный интервал 4,59—6,03; число больных, которых нужно лечить, чтобы возник побочный эффект, 6, 95% доверительный интервал 5—6). Основной побочный эффект — приливы. Сульфат магния снижал риск преждевременной отслойки плаценты (относительный риск 0,64, 95% доверительный интервал 0,50—0,83; число больных, которых нужно лечить, 100, 95% доверительный интервал 50—100). Сульфат магния немного (на 5%) повышал риск кесарева сечения (95% доверительный интервал 1—10%). Перинатальная смертность не различалась (относительный риск 1,04, 95% доверительный интервал 0,93—1,15).

Сульфат магния снижал риск эклампсии эффективнее фенитоина (2 исследования, 2241 женщина; относительный риск 0,05, 95% доверительный интервал 0,00—0,84), но повышал риск кесарева сечения (относительный риск 1,21, 95% доверительный интервал 1,05—1,41). Сульфат магния был также эффективнее нимодипина (1 исследование, 1650 женщин; относительный риск 0,33, 95% доверительный интервал 0,14—0,77) [18].

Сульфат магния превосходит фенитоин по эффективности не только как профилактическое средство, но и при лечении эклампсии. Об этом свидетельствует обзор исследований, найденных в Кокрановском специализированном регистре контролируемых испытаний в разделе «Беременность и роды» (по состоянию на 28 ноября 2002 г.) и Кокрановском центральном регистре контролируемых испытаний (Кокрановская электронная библиотека, 2002 г., выпуск 4). В этот обзор вошли 6 исследований (897 женщин). По сравнению с фенитоином сульфат

магния существенно снижал частоту повторных судорог (5 исследований, 895 женщин; относительный риск 0,31, 95% доверительный интервал 0,20—0,47). При лечении сульфатом магния была немного ниже материнская смертность, однако различия были статистически не значимы (2 исследования, 797 женщин; относительный риск 0,50, 95% доверительный интервал 0,24—1,05). При лечении сульфатом магния отмечено также снижение риска пневмонии (относительный риск 0,44, 95% доверительный интервал 0,24—0,79), необходимости ИВЛ (относительный риск 0,66, 95% доверительный интервал 0,49—0,90) и перевода в отделение реанимации (относительный риск 0,67, 95% доверительный интервал 0,50—0,89). Сульфат магния снижал частоту перевода детей в отделение реанимации новорожденных (1 исследование, 518 детей; относительный риск 0,73, 95% доверительный интервал 0,58—0,91), а также перинатальную смертность и риск пребывания ребенка в отделении реанимации новорожденных более 7 сут (1 исследование, 665 детей; относительный риск 0,77, 95% доверительный интервал 0,63—0,95). [19].

Другие противосудорожные средства, применяемые для лечения эклампсии, также уступают по эффективности сульфату магния. Так, чтобы сравнить эффективность сульфата магния и диазепама, был проведен поиск в Кокрановском специализированном регистре контролируемых испытаний в разделе «Беременность и роды» (по состоянию на 28 ноября 2002 г.) и Кокрановском центральном регистре контролируемых испытаний (Кокрановская электронная библиотека, 2002 г., выпуск 4). Было найдено 7 исследований (1441 женщина), обзор которых показал, что по сравнению с диазепамом сульфат магния снижал материнскую смертность (6 исследований, 1336 женщин; относительный риск 0,59, 95% доверительный интервал 0,37—0,94). Отмечено также существенное снижение частоты повторных судорог (7 исследований, 1441 женщина; относительный риск 0,44, 95% доверительный интервал 0,34—0,57). При лечении сульфатом магния оценка по шкале Апгар на 5-й минуте менее 7 баллов была у меньшего числа детей (2 исследования, 597 детей; относительный риск 0,72, 95% доверительный интервал 0,55—0,94) и меньшее число детей находилось в отделении реанимации новорожденных более 7 сут (3 исследования, 631 ребенок; относительный риск 0,66, 95% доверительный интервал 0,46—0,95). Другие исходы различались незначительно [20].

Сходные результаты дало и сравнение эффективности сульфата магния и литической смеси. Анализ данных 2 исследований (199 женщин), найденных в Кокрановском специализированном регистре контролируемых испытаний в разделе «Беременность и роды» и Кокрановском регистре контролируемых испытаний (Кокрановская электронная библиотека, 2000 г., выпуск 2), показал, что сульфат магния эффективнее, чем литическая смесь, предупреждал повторные судороги (относительный риск

0,09, 95% доверительный интервал 0,03—0,24; разность рисков 0,43, 95% доверительный интервал от -0,53 до -0,34; число больных, которым требуется лечение, 3, 95% доверительный интервал 2—3) и меньше угнетал дыхание (относительный риск 0,12, 95% доверительный интервал 0,02—0,91). Материнская смертность при лечении сульфатом магния была ниже, но различия оказались статистически не значимы (относительный риск 0,25, 95% доверительный интервал 0,04—1,43). Авторы обзора не рекомендуют применять литическую смесь [21].

Применение кровезаменителей

Во второй половине беременности объем циркулирующей крови постепенно увеличивается. Прирост объема циркулирующей крови обычно больше у повторнородящих женщин и меньше при маленьком плоде. При преэклампсии (осложнение беременности, подразумевающее повышение артериального давления) объем циркулирующей крови снижен. Предполагается, что восполнение объема циркулирующей крови кровезаменителями приведет к улучшению системного и плацентарного кровотока и окажет благоприятный эффект для беременной и плода.

Чтобы оценить эффективность кровезаменителей при преэклампсии, был проведен поиск в Кокрановском специализированном регистре контролируемых испытаний в разделе «Беременность и роды» и Кокрановском регистре контролируемых испытаний (выпуск 4, 2000 г.). Были найдены 3 исследования (61 женщина), в которых сравнивали введение коллоидных растворов с отсутствием лечения. По каждому исходу доверительный интервал был очень широким и пересекал линию «отсутствие эффекта». Авторы обзора пришли к выводу, что из-за недостатка данных оценить эффективность кровезаменителей при преэклампсии невозможно и требуются дополнительные исследования [22].

Сравнение активной и выжидательной тактики

Тяжелая преэклампсия может стать причиной тяжелых осложнений и смерти матери и ребенка, особенно когда развивается задолго до родов. Единственный способ излечения преэклампсии и эклампсии — родоразрешение. Однако данные о результатах различных видов ведения легкой преэклампсии при доношенном сроке малочисленны и противоречивы. Чтобы сравнить активную и выжидательную тактику при гестационной гипертензии и преэклампсии при сроках беременности более 36 нед, в Нидерландах было проведено контролируемое исследование, в котором принимали участие 756 женщин с одноплодной беременностью и сроком беременности 36—41 нед. Оценивалось количество тяжелых исходов: материнская смертность, заболеваемость (эклампсия, синдром HELLP, отек легких, тромбо-

эмболия, отслойка плаценты), прогрессирование артериальной гипертонии и протеинурии, массивные послеродовые кровотечения (объем кровопотери > 1000 мл).

Участниц разделили на две группы, в первой из которых было проведено родовозбуждение, а во второй ограничили выжидательной тактикой. В первой группе осложнения были зафиксированы в 117 случаях (31%), а во второй — в 166 (44%) (относительный риск 0,71, 95% доверительный интервал 0,59—0,86, $p < 0,0001$). Случаев материнской и перинатальной смертности, а также эклампсии зафиксировано не было. Следовательно, при легкой преэклампсии на сроке беременности 36 нед активная тактика способствует снижению частоты осложнений [23].

При тяжелой преэклампсии также существуют разногласия относительно тактики ведения беременности. Некоторые акушеры предпочитают раннее родоразрешение, чтобы предотвратить развитие таких тяжелых осложнений, как эклампсия (судороги) и почечная недостаточность, другие предпочитают выжидательную тактику, чтобы снизить у ребенка риск осложнений и смерти, обусловленных глубокой недоношенностью. Чтобы сравнить активную (родоразрешение) и выжидательную тактику при тяжелой преэклампсии на фоне недоношенной беременности, был проведен поиск в Кокрановском специализированном регистре контролируемых испытаний в разделе «Беременность и роды» (по состоянию на апрель 2006 г.) и Кокрановском регистре контролируемых испытаний (Кокрановская электронная библиотека, 2006 г., выпуск 2).

Были найдены 2 исследования (133 женщины). Имеющихся данных для сравнения материнских исходов недостаточно. Сравнение перинатальной смертности недостаточно из-за недостатка данных (относительный риск 1,50, 95% доверительный интервал 0,42—5,41). По сравнению с выжидательной тактикой при активной тактике у детей чаще развивалась болезнь гиалиновых мембран (относительный риск 2,30, 95% доверительный интервал 1,39—3,81), некротический энтероколит (относительный риск 5,54, 95% доверительный интервал 1,04—29,56) и чаще требовалось лечение в отделении реанимации новорожденных (относительный риск 1,32, 95% доверительный интервал 1,13—1,55). Однако при активной тактике был ниже риск рождения маловесного ребенка (относительный риск 0,36, 95% доверительный интервал 0,14—0,90). По другим исходам различия были статистически не значимы. Авторы исследования пришли к выводу, что дать рекомендации по тактике ведения женщин с тяжелой преэклампсией на фоне недоношенной беременности невозможно из-за недостатка данных. Нужны дополнительные более крупные исследования [24].

Еще одно исследование попыталось дать ответ на вопрос, улучшает ли экстренное кесарево сечение исходы тяжелой преэклампсии для матери и ребен-

ка. Для этого была изучена медицинская документация 114 рожениц с тяжелой преэклампсией. Случаи кесарева сечения в связи с неправильным положением и предлежанием плода, корпоральным кесаревым сечением в анамнезе, многоплодной беременностью, предлежанием плаценты и герпесом половых органов не учитывались. Собраны демографические показатели и исходы у матери и ребенка. У 93 из 114 пациенток существовала возможность выбора метода родоразрешения: 34 пациенткам выполнено экстренное кесарево сечение, 59 проведено родовозбуждение. В 37 из 59 случаев роды проведены через естественные родовые пути, в 22 выполнено кесарево сечение. После кесарева сечения чаще наблюдались легочные осложнения у матери и ребенка ($p < 0,05$). Срок беременности и оценка по шкале Бишопа не влияли на эффективность родовозбуждения. Следовательно, экстренное кесарево сечение не улучшает исходы при тяжелой преэклампсии [25].

Ведение преэклампсии в послеродовом периоде

Артериальная гипертония и протеинурия могут сохраняться и в послеродовом периоде. Иногда преэклампсия в послеродовом периоде бывает тяжелой; риск тяжелой преэклампсии повышен при артериальной гипертонии, не связанной с беременностью, и инсулинозависимом сахарном диабете. Для профилактики тяжелой преэклампсии некоторые специалисты рекомендуют применять сульфат магния. Сравнительное исследование применения сульфата магния в течение 12 и 24 ч после родов с участием 200 женщин показало, что лечение легкой преэклампсии сульфатом магния в течение 12 ч после родов изредка сопровождается развитием тяжелой преэклампсии. Ни у одной из участниц не было отмечено судорог, побочных эффектов и непереносимости сульфата магния [26].

Динамика перинатальной смертности при преэклампсии

Как уже было упомянуто, лечение преэклампсии часто заканчивается родовозбуждением и рождением глубоко недоношенного ребенка. С одной стороны, это позволяет избежать внутриутробной гибели плода, а с другой, создает риск осложнений, связанных с недоношенностью. В последние десятилетия практика раннего родовозбуждения используется все шире, однако ее влияние на перинатальную смертность не оценивали. Чтобы оценить влияние раннего родоразрешения в связи с преэклампсией на антенатальную и постнатальную смертность, было проведено популяционное наблюдательное рет-

роспективное исследование с использованием данных Медицинского регистра рождаемости Норвегии за период с 1967 по 2003 г. Проанализированы данные о 804 448 детях, рожденных от первой одноплодной беременности коренными жительницами.

Частота родовозбуждения до 37-й недели беременности в связи с преэклампсией выросла с 8% в 1967—1978 гг. почти до 20% в 1991—2003 гг. За этот период стандартизованное отношение рисков мертворождения при сравнении беременностей с преэклампсией и без преэклампсии сократилось с 4,2 (95% доверительный интервал 3,8—4,7) до 1,3 (95% доверительный интервал 1,1—1,7). Отношение рисков смерти новорожденного за этот же период почти не изменилось (1,7 в 1967—1978 гг. и 2,0 в 1991—2003 гг.). Младенческая и детская смертность также практически не изменились.

Следовательно, за последние 35 лет в Норвегии существенно снизилась пренатальная смертность, обусловленная преэклампсией. В основном это произошло благодаря более активной тактике ведения. Несмотря на это, относительный риск смерти новорожденного, связанный с преэклампсией, не изменился [27].

Патогенез и лечение синдрома HELLP

Синдром HELLP во время беременности и послеродовом периоде — неотложное состояние, лечение которого требует специальных знаний и навыков. Скрытое развитие и непостоянные клинические проявления затрудняют его выявление, усложняют выработку единых диагностических критериев и классификации. Анализ данных о применении глюкокортикоидов при синдроме HELLP позволяет прийти к выводу, что сильнодействующие глюкокортикоиды в высоких дозах приносят пользу матери и ребенку. Признавая необходимость более точной оценки пользы и риска такого лечения в кооперированных испытаниях и принимая во внимание природу этого синдрома и риск тяжелых осложнений и смерти, в настоящее время мы рекомендуем применять сильнодействующие глюкокортикоиды в высоких дозах в качестве основного лечения синдрома HELLP [28].

Литература

1. Villar J et al. Methodological and technical issues related to the diagnosis, screening, prevention, and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. *Int J Gynaecol Obstet* 2004; 85 Suppl 1:S28–41.
2. Duley L, Meher S, Abalos E. Management of pre-eclampsia. *BMJ* 2006; 332:463–468.
3. Rumbold A et al. Antioxidants for preventing pre-eclampsia (Cochrane Review). In: *The Reproductive Health Library*, Issue 10, 2007.
4. Henderson-Smart DJ, Knight M, King JF. Antiplatelet agents for preventing pre-eclampsia and its complications (Cochrane Review). In: *The Reproductive Health Library*, Issue 10, 2007.
5. Hofmeyr GJ, Atallah AN, Duley L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems (Cochrane Review). In: *The Reproductive Health Library*, Issue 10, 2007. Oxford: Update Software Ltd. Доступен на сайте <http://www.rhlibrary.com>.
6. Spinnato JA, II. New therapies in the prevention of preeclampsia. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2006; 18:601–604.
7. McCaw-Binns AM et al. Strategies to prevent eclampsia in a developing country: I. Reorganization of maternity services. *Int J Gynaecol Obstet* 2004; 87(3):286–294.
8. MacGillivray I et al. Strategies to prevent eclampsia in a developing country: II. Use of a maternal pictorial card. *Int J Gynaecol Obstet* 2004; 87(3):295–300.
9. Papageorgiou AT, Campbell S. First trimester screening for preeclampsia. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2006; 18(6):594–600.
10. Crossen JS et al. Accuracy of mean arterial pressure and blood pressure measurements in predicting pre-eclampsia: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2008; 336:1117–1120.
11. Meher S, Abalos E, Carroli G. Bed rest with or without hospitalisation for hypertension during pregnancy (Cochrane Review). In: *The Reproductive Health Library*, Issue 10, 2007.
12. Wacker JR et al. Antihypertensive therapy in patients with pre-eclampsia: A prospective randomised multicentre study comparing dihydropyridine with urapidil. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006; 127(2):160–165.
13. Abalos E et al. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy (Cochrane Review). In: *The Reproductive Health Library*, Issue 10, 2007.
14. Von Dadelszen P et al. Fall in mean arterial pressure and fetal growth restriction in pregnancy hypertension: a meta-analysis. *Lancet* 2000; 355:87–92.
15. Duley L, Henderson-Smart DJ, Meher S. Drugs for treatment of very high blood pressure during pregnancy (Cochrane Review). In: *The Reproductive Health Library*, Issue 10, 2007.
16. Aali BS, Nejad SS. Nifedipine or hydralazine as a first-line agent to control hypertension in severe preeclampsia. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 81:25–30.
17. Altman D et al.; Magpie Trial Collaboration Group. Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2002; 359:1877–1890.
18. Duley L, Gulmezoglu AM, Henderson-Smart DJ. Magnesium sulphate and other anticonvulsants for women with pre-eclampsia (Cochrane Review). In: *The Reproductive Health Library*, Issue 10, 2007.
19. Duley L, Henderson-Smart D. Magnesium sulphate versus phenytoin for eclampsia (Cochrane Review). In: *The Reproductive Health Library*, Issue 10, 2007.
20. Duley L, Henderson-Smart D. Magnesium sulphate versus diazepam for eclampsia (Cochrane Review). In: *The Reproductive Health Library*, Issue 10, 2007.
21. Duley L, Gulmezoglu AM. Magnesium sulphate versus lytic cocktail for eclampsia (Cochrane Review). In: *The Reproductive Health Library*, Issue 10, 2007.
22. Duley L, Williams J, Henderson-Smart DJ. Plasma volume expansion for treatment of pre-eclampsia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, 1999.
23. Koopmans CM et al. Induction of labour versus expectant monitoring for gestational hypertension or mild pre-eclampsia after 36 weeks' gestation (HYPITAT): a multicentre, open-label randomised controlled trial. *Lancet* 2009; 374(9694): 979–988.
24. Churchill D, Duley L. Interventionist versus expectant care for severe pre-eclampsia before term (Cochrane Review). In: *The Reproductive Health Library*, Issue 10, 2007.
25. Coppage KH, Polzin WJ. Severe preeclampsia and delivery outcomes: is immediate cesarean delivery beneficial? *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:921–923.
26. Ehrenberg HM, Mercer BM. Abbreviated postpartum magnesium sulfate therapy for women with mild preeclampsia: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2006; 108:833–838.
27. Basso O et al. Trends in fetal and infant survival following preeclampsia. *JAMA* 2006; 296:1357–1362.
28. Martin JN Jr, Rose CH, Briery CM. Understanding and managing HELLP syndrome: the integral role of aggressive glucocorticoids for mother and child. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195:914–934.



Выпуск этого номера Вестника стал возможен благодаря поддержке Американского народа, оказанной через Агентство США по Международному Развитию (АМР США). Ответственность за содержание несет Институт здоровья семьи, и мнение автора, выраженное в данном издании, может не совпадать с мнением АМР США или правительства США.

Данный Вестник переиздается в рамках контракта USAID CONTRACT № GHS-I-00-07-00002-00 (IBP MCH) с «Джон Сноу, Инкорпорейтед».

Переиздание Вестника № 2 за 2007 год. Дополненный вариант. Март 2010 года.

Адрес: 119049, г. Москва, ул. Коровий Вал, д. 7, офис 175—176.
Тел. (495) 937-36-23, факс (495) 937-36-80. Веб-сайт: www.ifhealth.ru

Тираж 999 экз.

При использовании материалов Вестника ссылка на источник обязательна