



АНАЛИЗ ПРИЧИН МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Ахмадиев Э.Э., Асатова М.М.

Республиканский научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии
Ташкент, Узбекистан

✓ Резюме

Частота преэклампсии не имеет тенденции к снижению, а в структуре материнской заболеваемости и смертности она занимает ведущие позиции во всем мире. Несмотря на проводимую профилактику и многократные попытки подбора терапии, не удалось добиться снижения частоты развития преэклампсии. Ведущими факторами риска развития преэклампсии называют экстрагенитальную патологию (эндокринопатия, заболевания сердечно-сосудистой системы, почек), воспалительные процессы половых органов и отягощенный акушерский анамнез. На сегодняшний день диагноз преэклампсия основывается на возникновении артериальной гипертензии, протеинурии и генерализованных отеков, как правило, после 20 нед беременности либо на внезапном повышении артериального давления, появлении или обострении протеинурии у пациенток с хронической артериальной гипертензией. В статье представлены результаты анализа материнской смертности от осложнений связанных с диагностированной преэклампсией и эклампсией по Республике Узбекистан за период с 2019 по 2021 гг.

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

PREEKLAMPSIYA BO'LGAN AYOLLARDA ONALAR O'LIMINING SABABLARINI TAHLIL QILISH

E.E. Akhmadiev., M.M. Asatova

Respublika ixtisoslashtirilgan akusherlik va ginekologiya ilmiy-amaliy markazi.
Toshkent, O'zbekiston.

✓ Rezyume

Preeklampsiya chastotasi pasayish tendentsiyasiga ega emas va onalar kasalligi va o'lim tuzilishida u butun dunyoda etakchi o'rinni egallaydi. Profilaktika va terapiyani tanlashga bir necha bor urinishlariga qaramay, preeklampsiya rivojlanish chastotasini kamaytirishga erishilmadi. Preeklampsiya rivojlanishining etakchi xavf omillari ekstragenital patologiya (endokrinopatiya, yurak-qon tomir tizimi kasalliklari, buyraklar), jinsiy a'zolarning yallig'lanish jarayonlari va og'ir akusherlik tarixi deb ataladi. Bugungi kunga kelib, preeklampsiya tashxisi arterial gipertenziya, proteinuriya va umumiy shish paydo bo'lishiga, qoida tariqasida, homiladorlikning 20 xaftaligidan keyin yoki qon bosimining keskin ko'tarilishiga, surunkali arterial gipertenziya bo'lgan bemorlarda proteinuriyaning paydo bo'lishi yoki kuchayishiga asoslanadi. Maqolada 2019 yildan 2021 yilgacha O'zbekiston Respublikasida tashxis qo'yilgan preeklampsi va eklampsi bilan bog'liq asoratlardan onalar o'limini tahlil qilish natijalari keltirilgan.

Kalit so'zlar: gipertenziya, preeklampsi, eklampsi, homiladorlik, onalar o'limi.

ANALYSIS OF THE CAUSES OF MATERNAL MORTALITY IN WOMEN WITH PREECLAMPSIA

E.E. Akhmadiev., M.M. Asatova

Republican Specialized Scientific and Practical Center for Obstetrics and Gynecology Tashkent.
Uzbekistan.

✓ **Resume**

The frequency of preeclampsia has no tendency to decrease, and in the structure of maternal morbidity and mortality, it occupies a leading position worldwide. Despite the ongoing prevention and repeated attempts to select therapy, it was not possible to reduce the incidence of preeclampsia. The leading risk factors for the development of preeclampsia are extragenital pathology (endocrinopathy, diseases of the cardiovascular system, kidneys), inflammatory processes of the genitals and a burdened obstetric history. To date, the diagnosis of PE is based on the occurrence of arterial hypertension, proteinuria and generalized edema, as a rule, after 20 weeks of pregnancy, or on a sudden increase in blood pressure, the appearance or exacerbation of proteinuria in patients with chronic arterial hypertension. The article presents the results of the analysis of maternal mortality from complications associated with diagnosed preeclampsia and eclampsia in the Republic of Uzbekistan for the period from 2019 to 2021.

Keywords: *hypertension, preeclampsia, eclampsia, pregnancy, maternal mortality.*

Актуальность

Преэклампсия на протяжении многих лет остается одной из серьезных мультисистемных патологических состояний, осложняющих течение беременности, частота которой не имеет тенденции к снижению [2]. Преэклампсия является одной из важнейших проблем в современном акушерстве, учитывая ее медицинское и социально-экономическое значение. Поскольку последствия тяжелых гипертензивных расстройств в период беременности снижают качество жизни женщин в репродуктивном возрасте, а частота нарушения физического, психосоматического развития преждевременно рожденных детей достаточно высока, что обуславливает ее значение как в медицинском, так и в социальном плане [1-3]. В последние годы в мире отмечается тенденция к увеличению частоты возникновения преэклампсии с быстрым прогрессированием процесса и развитием осложнений, порой несовместимых с жизнью. Следует иметь в виду, что полиэтиопатогенетическое развитие преэклампсии, обуславливает необходимость анализа каждого конкретного случая для выработки оптимального лечения.

В структуре материнской смертности преэклампсия на протяжении многих лет занимает ведущие позиции во всем мире. В Республике Узбекистан несмотря на разработанные клинические руководства, национальные стандарты, не удается добиться значимого снижения частоты материнской смертности от осложнений связанных с развитием преэклампсии. Данные о распространенности преэклампсии в мире в общей популяции разнятся — от 2,3 до 23%.

В некоторых развитых странах, в частности США, в последние годы отмечен рост частоты преэклампсии [4]. Вероятно, причиной этого является увеличение частоты таких состояний, как сахарный диабет, ожирение и хронической артериальной гипертензии в популяции. В мировой структуре материнской смертности доля преэклампсии составляет 12—15%, а в развивающихся странах этот показатель достигает 30% [6].

В течение длительного времени господствовало представление о том, что данное осложнение беременности не оказывает заметного влияния на состояние здоровья женщины в отдаленные после родов сроки. Однако на сегодняшний день известно, что преэклампсия оказывает влияние не только на течение беременности и родов, но и существенно влияет на здоровье матери и ребенка и на отдаленные прогнозы. Отдаленный прогноз женщин, перенесших преэклампсию, характеризуется повышенной частотой развития хронической артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, сахарного диабета и инсультов [5]. Отмечается склонность к более раннему развитию ишемических поражений мозга у женщин молодого возраста после перенесенной преэклампсии. Вероятность развития ишемического мозгового инсульта у перенесших преэклампсию в родах женщин на 60% превышает вероятность развития инсульта у лиц, не перенесших ее [7].

До сих пор этиология и патогенез преэклампсии до конца неизвестны, учеными всего мира предпринимаются попытки связать воедино все звенья, определить последовательность и соподчиненность всех изменений, которые происходят в организме беременной, но до сих пор все предположения остаются лишь предположениями и каждое предыдущее, зачастую, опровергается последующим. В настоящее время наиболее приоритетной является плацентарная

теория развития, которая объясняет возникновение преэклампсии в результате патологической плацентации, которая в свою очередь ведет к ишемии плаценты с дальнейшим развитием генерализованного вазоспазма, эндотелиоза и полиорганной недостаточности.

Несмотря на большое число исследований и публикаций, остаются неизвестными первопричины возникновения преэклампсии, маркеры скорости прогрессирования патологических изменений в жизненно важных органах и системах, что ограничивает возможности лечения и предотвращения развития преэклампсии.

Существуют данные о том, что у 10% женщин с ПЭ не выявляется протеинурия или обнаруживается минимальное количество белка в моче [33], а также у 20% женщин, у которых развивается эклампсия, нет протеинурии, а у некоторых женщин регистрируют атипичную ПЭ, которая сопровождается полиорганной недостаточностью, генерализованным эндотелиозом, но без артериальной гипертонии, без протеинурии или без обоих этих симптомов [8].

Результаты проведенных в последнее время исследований свидетельствует о наличии высокого сердечно-сосудистого риска у данного контингента женщин в последующей жизни. Среди множества проблем, связанных с преэклампсией и эклампсией, проблема диагностики, прогнозирования и оценки степени тяжести занимает одно из важнейших мест и имеет большое значение как для акушеров-гинекологов, так и для врачей смежных специальностей. Снижение перинатальной и материнской заболеваемости и смертности остается основной задачей акушеров-гинекологов.

Цель исследования: Изучение диагностической и лечебной тактики ведения беременных, рожениц и родильниц, умерших от тяжелых форм преэклампсии, эклампсии и их осложнений в Республике Узбекистан за период с 2019 по 2021 гг.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ 55 копий первичной медицинской документации (медицинские индивидуальные карты беременной, истории родов, протоколы патологоанатомического исследования) на случаи материнской смерти в период с 2019 по 2021 гг. от преэклампсии и эклампсии. Были включены все случаи материнской смертности, с диагнозом преэклампсия и/или эклампсия.

Результат и обсуждение

Материнская смертность при тяжелой преэклампсии и эклампсии в большинстве случаев связана с развитием полиорганной недостаточности, развившемся острым ДВС-синдромом, отеком головного мозга, септическими осложнениями и массивными кровотечениями.

Возраст умерших женщин составил от 22 до 44 лет (в среднем $31,9 \pm 5,1$ года). По-прежнему отмечается преобладание числа умерших женщин старшей возрастной группы: 22 (64,7%) пациентки — старше 30 лет. Только 45,4 % пациенток — первородящие. Большинство умерших женщин (83,6%) регулярно наблюдались в клиниках антенатального ухода с ранних сроков беременности, только 16,4% — не обследованы.

Пациентки умирают от тяжелой сочетанной ПЭ/эклампсии и их осложнений, у 76% умерших женщин имелись 2 и более соматических заболеваний: 34,5% — заболеваниями почек, 1,81% страдали заболеваниями сердечно-сосудистой системы, 18,1% — эндокринными заболеваниями. При этом у 38,4 % фоновые заболевания выявлены только при патологоанатомическом исследовании, что свидетельствует о формальном подходе к консультированию беременных врачами смежных специальностей на уровне первичного звена. В удовлетворительном состоянии поступила в стационар почти каждая четвертая женщина (19,1%), а каждая вторая (47,0%) - в тяжелом состоянии.

Такое позднее поступление больных в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, когда интенсивная терапия в течение нескольких часов или суток не имела успеха, свидетельствует о низком уровне амбулаторно-поликлинического звена, неумении работать с беременными, отсутствии информации беременной и ее родственников о возможных тяжелых осложнениях беременности (не работает домашняя карта беременной). В случаях отказа от госпитализации беременной или родственников – не привлекается общественность.

Анализ особенностей течения беременности у умерших женщин показал, что до развития преэклампсии беременность протекала с осложнениями: у 60% — угроза прерывания, у 40% — обострение и декомпенсация различных хронических заболеваний. У 89 % пациенток была диагностирована так называемая поздняя преэклампсия с клиническим проявлением симптомов — с 34 недели беременности. Соотношение числа пациенток с ранней и поздней преэклампсией, по данным ретроспективного анализа, составило 4:1 (согласно данным литературы 1:4).

Еще одной важной особенностью явилось то, что при поступлении при однократном измерении диастолического артериального давления (ДАД) у 62% составило 90-100 мм.рт.ст. и послужило основанием думать о наличии гипертензии. Согласно данным национального стандарта от 2015 года рекомендовано двух кратное измерение артериального давления.

При анализе выраженности основных клинических симптомов выявлено, что критическая АГ при поступлении ($\geq 170/110$ мм рт.ст.) имела только у 52,4% умерших, массивная протеинурия (более 3 г/л) — у 39,7%, анасарка — у 37,5%; Комбинированную антигипертензивную терапию получали 31,6% пациенток. У 60,1% пациенток имела олигурия, у 30,2% после короткого периода олигурии развилась анурия.

Клиническими симптомами у большинства умерших женщин явились отеки (54,8%), реже — АГ (34,2%), у 4,2% первым симптомом была протеинурия. По современным представлениям диагностическое значение имеет уровень протеинурии определяемый в суточной моче. Что касается клинической особенностью летальных форм преэклампсии и эклампсии является развитие неконтролируемой АГ (в 46,3%), когда комбинированное назначение 2—3 антигипертензивных препаратов не позволяла достичь целевого уровня АД. Что касается отеков, то только внезапно возникшие и выраженные обладают высокой специфичностью. Можно, думать, что при поступлении беременной только на основании однократного измерения артериального давления и определения белка в разовой порции мочи необоснованно выставлен диагноз преэклампсии и принималось решение о назначении антигипертензивной терапии. Подобная тактика возможно в дальнейшем и способствовала прогрессированию преэклампсии.

Основные осложнения у умерших от преэклампсии женщин явилось: (Рис1.)

- эклампсия у 8 (14,5%) пациенток;
- внутримозговые кровоизлияния у 1 (1,8%); ишемические инфаркты головного мозга не наблюдалось; отек мозга у 9 (16,3%);
- преждевременная отслойка плаценты у 16 (29,0%);
- HELLP-синдром у 3 (5,4%), разрывы капсулы печени у 3 (5,4%);
- синдром полиорганной недостаточности у 18 (32,7%);
- массивные акушерские кровотечения, тяжелая постгеморрагическая анемия у 32 (58,1%);
- геморрагический шок — у 11 (32,4%);
- острая почечная недостаточность (анурия) — у 29 (52,7%);
- ДВС-синдром — у 19 (34,5%);
- отек легких, респираторный дистресс-синдром взрослых, острая дыхательная недостаточность — у 2 (3,6%);
- сепсис, септический шок — у 12 (21,8%);
- тромбоэмболические осложнения — у 6 (11,8%).

В структуре тяжелых осложнений преэклампсии, закончившихся летальным исходом, отмечена высокая доля повреждений головного мозга (эклампсия, кровоизлияния, отек), системы гемостаза (ДВС-синдром, массивные кровотечения, геморрагический шок, острая анемия), преждевременной отслойки плаценты.

По результатам анализа преждевременно родоразрешены 76,8% беременных, 23,2% — в сроке 38 недель и позже.

Крайне высока частота оперативных вмешательств у женщин анализируемой группы: родоразрешены путем кесарева сечения 83,6% пациенток, через естественные родовые пути — 16,3%. Отмечается высокая частота гистерэктомии (32,7%), релапаротомии (23,6%). Гистерэктомии связанные с кровотечением в 66,6%, с инфекцией 33,4% случаев, что касается релапаротомии связанные с кровотечением в 61,5%, с инфекцией 38,5% случаев. Следует также отметить, что при решении вопроса о методах оперативного родоразрешения не учитывалась выраженность гиповолемии. По записям в анализируемой нами документации не уделялось

внимание оральной регидратации, объему и качественному составу проводимой инфузионной терапии, что способствовало развитию массивной кровопотери, с развитием шока и острой почечной недостаточностью. В настоящее время при тяжелой преэклампсии и эклампсии практически не рассматриваются роды через естественные родовые пути, число кесаревых сечений при данном осложнении беременности с каждым годом становится выше и выше.



Перинатальные исходы в группе умерших от ПЭ/эклампсии крайне неблагоприятны: смерть плода/новорожденного — в 39,2%, синдром задержки роста плода — в 30,6%, недоношенность — в 80,4%, тяжелая асфиксия новорожденных — в 26,3%, гипоксически-ишемическое поражение ЦНС — в 54,5%, РДС — в 41,2%.

Заключение

Результаты ретроспективного анализа акушерской тактики показывают что, отсутствует прогнозирование преэклампсии с составлением индивидуальной программы ведения беременной, своевременного перевода пациенток группы высокого риска в родовспомогательные учреждения третьего уровня. Недооценка тяжести преэклампсии (ориентация на степень выраженности клинических симптомов без учета органной дисфункции, изменений лабораторных и функциональных показателей, патологических значений биомаркеров дисфункции эндотелия и плаценты и т. д.). Недостаточное и несвоевременное обследование (микроальбуминурия, суточная протеинурия, двукратное измерение артериального давления при поступлении, суточное мониторирование артериального давления, доплерометрия, маркеры активации эндотелия, признаки ДВС-синдрома, дистресса плода). В

соответствии с современными представлениями тяжелая преэклампсия не имеет этапности развития и изначально носит системный характер поражения. Расширенное обследование позволяет регистрировать нарушение функций многих органов и систем с доминирующим повреждением наиболее «уязвимого» органа-мишени, обусловленным предсуществующей патологией. Указанный факт имеет большое значение и в танатогенезе — на фоне полиорганной дисфункции преобладают симптомы поражения одного-двух органов: головного мозга (отек, кровоизлияние, инфаркт), почек (олигурия, анурия), печени (HELLP-синдром, острый жировой гепатоз), системы гемостаза (массивные акушерские кровотечения), легких (отек легких), сердца (кардиомиопатия, острая сердечно-сосудистая недостаточность). Результаты также показывают, что имело место гипердиагностики преэклампсии, в результате несоблюдения рекомендаций. Необоснованное назначение антигипертензивной терапии и их комбинации способствовало прогрессированию гипертензивного синдрома. Неадекватный мониторинг в реанимационном отделении, и интерпретация результатов анализов способствовало поздней диагностики с развитием полиорганной недостаточности и необратимых изменений в ишемизированных органах.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Barton J.R , Barton L A , Istwan N B. et al. Elective delivery at 340/7 to 366/7 weeks' gestation and its impact on neonatal outcomes in women with stable mild gestational hypertension. // American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2011; 204(1):44.e1-44.e5.
2. Andersgaard A.B., Acharya G., Mathiesen E.B. et al. Recurrence and long-term maternal health risks of hypertensive disorders of pregnancy: a population-based study. Am J Obstet Gynecol. 2011; 205.
3. Савельева Г.М. и др. Эклампсия в современном акушерстве. Акушерство и гинекология. 2010; 6:4-9.
4. Trogstad L., Magnus P., Stoltenberg C. Preeclampsia: risk factors and causal models. // Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2011.
5. Andersgaard A.B., Acharya G., Mathiesen E.B. et al. Recurrence and long-term maternal health risks of hypertensive disorders of pregnancy: a population-based study. // Am J Obstet Gynecol. 2011; 205.
6. Trogstad L., Magnus P., Stoltenberg C. Pre-eclampsia: risk factors and causal models. // Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2011; 25(3):329-342.
7. Young B., Hacker M.R., Rana S. Pre-eclampsia and risk of cardiovascular disease and cancer in later life: systematic review and meta-analysis. // Hypertens. Pregnancy. 2012; 31(1):50-58.
8. Williams Obstetrics, 23rd Edition, 2010.

Поступила 09.08.2022