

Рыскельдиева В.Т., Бектемир кызы З.

**КЕЧ ТАЛГАК ООР ДАРАЖАДАГЫ ТӨРӨТКӨ ЖОЛДОРУ:
АЗЫРКЫ МҮМКҮНЧҮЛҮКТӨР (адабиятка сереп)**

Рыскельдиева В.Т., Бектемир кызы З.

**РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ ТЯЖЕЛОЙ
СТЕПЕНИ (обзор литературы)**

V.T. Ryskeldieva, Bektemir kyzy Z.

**DELIVERY IN SEVERE PREECLAMPSIA: A MOSERN VIEW
OF THE POSSIBILITIES (literature review)**

УДК: 616.12: 618.1-007.613.24

Макалада адабиятка сереп анализ жүргүзүлгөн, кеч талгак оор даражадагы кайсы мезгилде төрөтү ыктымал, кандай төрөт жолу менен төрөтүш керек, ымыркайга зыян келтирбеген, кеч талгак оор даражада аныкталганда кош бойлууну созсо болобу, же төрөттү козгош керекпи, деген маселелер аныкталган. Бүгүнкү күндө кайсыл жол менен төрөтүү дагы эле маселе болуп жатат. Кээ бир окумуштуулардын пикири боюнча, өз жолу менен төрөтүүдө эне аз стресс алат, жана эненин гемодинамикасын стабилдүү кармайт, жана балдардын дем алуу кыйынчылыктарынын масштабын кыскартат. Башка окумуштуулар үчүн, өз жолу менен төрөт кеч талгак оор даражадагы кош бойлууга оордотуучу жагдай болуп эсептелет. Көпкө созулган төрөт мезгили кош бойлуулардын акыбалын оордотушу мүмкүн. Операция жолу менен төрөт, ошондой эле мүмкүн болушунча тезирээк, эненин патологиялык процессин токтотот.

Негизги сөздөр: кеч талгак оор даражасы, кесарча кесүү, төрөт жолдору, төрөттү козгоо, күмөн, дем алуу жолдордун дистресс синдрому.

В статье представлен анализ литературных данных о преэклампсии тяжелой степени, о предпочтительных методах и сроках родоразрешения для более благоприятного исхода, а также о возможности пролонгирования беременности при данной патологии. Общепринятым на сегодняшний день является лишь мнение о том, что родоразрешение является единственным методом лечения преэклампсии тяжелой степени. Выбор метода родоразрешения при преэклампсии тяжелой степени также остается предметом дискуссий. По мнению одних ученых родоразрешение через естественные родовые пути признаны менее стрессорными для гемодинамики матери и снижают частоту респираторных осложнений у ребенка. По мнению других, самостоятельные роды являются усугубляющим течением преэклампсии фактором. На фоне длительного родового акта, кровопотери, общей физической нагрузки тяжесть патофизиологических процессов может нарастать. Только абдоминальное родоразрешение, и как можно быстрее, позволяет бережно прервать патологический процесс у матери.

Ключевые слова: преэклампсия тяжелой степени, кесарево сечение, родоразрешение, индукция родов, перинатальный исход, плод, респираторный дистресс синдром.

The article provides analysis of literature data on severe preeclampsia, about preferred methods and terms of delivery, for more favorable perinatal outcome, and possibilities to

prolong pregnancy in this pathology. Today, the opinion that delivery is the only treatment for severe preeclampsia is generally accepted. The choice of method of delivery for severe preeclampsia remains a matter of debate. According to some scientists, birth through the birth canal is considered less stressful for mother's hemodynamic and reduces the frequency of respiratory complications in a child. For others, birth through the birth canal is a factor aggravating the course of preeclampsia. On the background of a long labor act, blood loss, general physical exertion, the severity of pathophysiological processes may increase. Only abdominal delivery, and as soon as possible, allows to carefully interrupt the pathological process in the mother.

Key words: severe preeclampsia, cesarean section, delivery, induction of labor, perinatal outcome, fetus, respiratory distress syndrome.

Целесообразность родоразрешения при преэклампсии тяжелой степени не вызывает сомнений у авторов, но по поводу его сроков ведутся активные дебаты. Общепринятым на сегодняшний день является лишь мнение о том, что родоразрешение является единственным методом лечения преэклампсии [1,2,3,4]. В условиях отсутствия знания этиологии и патогенеза, только родоразрешение может предотвратить развитие заболевания, сохранить жизнь матери и во многих случаях ее ребенка.

Не вызывает сомнений у авторов необходимость досрочного родоразрешения в сроке 37 полных недель гестации и более [1,2,3,4,5].

По поводу сроков родоразрешения при недоношенном плоде в последние годы все чаще в литературе можно встретить и альтернативные мнения, которые учитывают интересы ребенка [3,4,1]. Казахские исследователи [6] отстаивают тактику пролонгирования беременности во избежание осложнений со стороны плода, связанных с его незрелостью (респираторный дистресс синдром, кровоизлияние в мозг, некротический энтероколит). В будущем, у новорожденных, родившихся от матерей с преэклампсией (ПЭ) могут быть расстройства нервной системы [7]. По данным недавних исследований, проведенных в Судане, подтверждено, что у женщин с преэклампсией снижение скорости конечного диастолического кровотока в пупочной артерии статистически значимо связано с неблагоприятными перинатальными

исходами (низкий вес, низкая оценка по шкале Апгар и РДСН) [8].

Имеются достаточно интересные сведения, в которых установлено влияние генотипа на перинатальные исходы. Нарушение маточно-плацентарного и фето-плацентарного кровотока II-III степени в когорте беременных с преэклампсией и полиморфизмом гена eNOS встречалось более чем в 2 раза чаще, чем в когорте беременных с преэклампсией и нормальным генотипом [9].

Если учитывать такого рода данные, то не преэклампсия влияет на перинатальные исходы, а генотип женщины и пролонгирование беременности в интересах плода возможно.

По данным кыргызских авторов [10] установлено, что именно наличие гестоза у беременных обуславливает задержку внутриутробного развития плода и доказана прямая корреляционная зависимость между уровнем ранней неонатальной смертности и степенью тяжести преэклампсии.

По результатам обзора доказательных данных Churchill D., Duley L., Thornton JG. [11] предположено, что у женщин с преэклампсией в сроках беременности 24-34 недели выжидательная тактика связана со снижением заболеваемости ребенка и требуется больше данных для более очевидного доказательства этого утверждения. По этому вопросу недостаточно доказательных исследований.

Что касается времени родоразрешения при доношенной беременности, то все исследователи, руководства и протоколы свидетельствуют в пользу родоразрешения во временном промежутке 24-48 часов. В этот период времени врачам необходимо стабилизировать при необходимости состояние больной, выбрать метод родоразрешения и осуществить его. И тут снова возникает вопрос каким образом провести роды?

Выбор метода родоразрешения при преэклампсии тяжелой степени также остается предметом дискуссий.

Большинство Российских ученых придерживаются мнения, что самостоятельные роды являются усугубляющим течением преэклампсии фактором. На фоне длительного родового акта, кровопотери, общей физической нагрузки тяжесть патофизиологических процессов может нарастать [12,13]. Только абдоминальное родоразрешение, и как можно быстрее, позволяет бережно прервать патологический процесс у матери. В отношении ребенка имеются мнения о том, что естественное родоразрешение вызывает срыв адаптационных возможностей плода и осложненное течение неонатального периода [14]. Российские авторы констатируют значительно более частое применение кесарева сечения [15].

И все же в Российских Федеральных клинических рекомендациях (2013) [5] указывается о том, что кесарево сечение не является единственным методом родоразрешения при преэклампсии тяжелой степени.

Плановые роды через естественные родовые пути признаны менее стрессорными для гемодинамики матери и снижают частоту респираторных осложнений у ребенка. «Возможность родов через естественные родовые пути должна быть рассмотрена во всех случаях ПЭ (в том числе тяжелой)» [5].

Отсутствие статистически значимых различий в частоте вероятности возникновения асфиксии у детей, родившихся путем кесарева сечения по сравнению с родами через естественные родовые пути от матерей с преэклампсией тяжелой степени подтвердила в своем исследовании соотечественница Барыктабасова Б.К. [10].

Казахские авторы также утверждают, что роды через естественные родовые пути гораздо благоприятнее оперативных [6].

Литовскими акушерами однозначно признано более благоприятным родоразрешение через естественные родовые пути при зрелой шейке матки у женщин с тяжелой преэклампсией [2].

В Американских рекомендациях тактика выжидания при доношенном сроке и преэклампсии тяжелой степени не рекомендована. По мнению американских экспертов после определения акушерской ситуации (гестационного возраста, степени зрелости шейки матки и состояния матери и плода) необходимо стремиться к самостоятельным родам [3].

В рекомендациях Университета Квинсленда кесареву сечению также предпочтительны вагинальные роды [4]. В рекомендациях ВОЗ [1] указано, что при преэклампсии легкой степени и доношенной беременности предпочтительна индукция родов через естественные родовые пути. Отмечено также, что «у женщин с легкой преэклампсией, в отношении которых применялась индукция родов (ОР 0,60, 95% ДИ 0,38-0,95 и ОР 0,56, 95% ДИ 0,36-0,87 соответственно), наблюдалось снижение риска тяжелой систолической и диастолической гипертензии (≥ 170 мм рт. ст. и ≥ 110 мм рт. ст. соответственно)» и не было статистически значимых различий в частоте ухудшения состояния матери и ребенка [1]. Хотя эта рекомендация впоследствии признана недостаточной и требуются дополнительные исследования. По поводу индукции родов при ПТС положительных рекомендаций нет, хотя нет и отрицательных.

В последние годы все больше авторов склоняются к необходимости снижения частоты кесарева сечения при преэклампсии.

Одни, в случае тяжелой преэклампсии, считают, что необходим индивидуальный подход – оценка эффективности проводимой терапии, состояния родовых путей, маточно-плацентарного кровотока, внутриутробного плода [16] и не исключают возможность самостоятельных родов. Скорее всего, в клинический протокол уложить такую ситуацию очень трудно.

Другие, все же рекомендуют сосредоточиться на отработке более четких критериев пределов безопасности индукции родов, которые позволят снизить частоту кесарева сечения при тяжелой преэклампсии с 95% до 41% [17].

Таким образом, метод родоразрешения для тяжелой преэклампсии и преэклампсии в целом, на сегодняшний день является предметом дискуссий: выжидание или активность в зависимости от срока беременности, кесарево сечение или индуцированные роды через естественные родовые пути?

Литература:

1. Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению преэклампсии и эклампсии // Всемирная организация здравоохранения. - Женева, 2010.
2. Надишаускене Р.И. Избранные вопросы перинатологии [Текст] // Учебник, Каунас, 2012. С. 181-190
3. Hypertension in pregnancy. Task Force on Hypertension in pregnancy. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Guideline, Washington WQ 244.
4. Queensland Clinical Guideline: Hypertensive disorders of pregnancy. Publication date: August 2015. www.health.qld.gov.au/qcgg
5. Сухих Г.Т., Ходжаева З.С., Филиппов О.С., Адамян Л.В., Краснопольский В.И., Серов В.Н. Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия [Текст] // Федеральные клинические рекомендации. - М., 2013.
6. Ержан З.Е., Раева Р.М., Мошкалова Г.Н., Сагатбекова Б.Б., Абдулова Г.И., Баймешова А.Ж., Иванова Ю.С., Журумбаева С.К., Имирова Д.Н., Мезенцева М.Н. Тяжелая преэклампсия – актуальная проблема современного акушерства / Вестник КазНМУ, №4(1) - 2013. - С. 33-35.
7. Bolajoko O. Olusanya, Olumuyiwa A. Solanke Perinatal Outcomes Associated with Maternal Hypertensive Disorders of Pregnancy in a Developing Country // Hypertension in Pregnancy. Volume 31, 2012 - Issue 1. <http://dx.doi.org/10.3109/10641955.2010.525280>
8. Moawia Bushra Gameraddin1, Amel Alla Gabo. Umbilical artery velocity and adverse neonatal outcome in Sudanese pregnant women with severe preeclampsia // International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology Gameraddin MB et al. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2016 Dec;5(12):4236-4241 www.ijrcog.org. DOI: <http://dx.doi.org/10.18203/2320-1770. Ijrcog20164320>
9. Курочка М.П., Волокитина Е.И. Сравнительная оценка адаптационных возможностей плодов и новорожденных у беременных с отсутствием и наличием гипертензивных расстройств во время беременности [Текст] / Международный научно-исследовательский журнал, №11 (53), Часть 3. - Ростов на Дону. - С. 142-149.
10. Барыктабасова Б.К. Факторы перинатального риска и состояние здоровья новорожденных от матерей с гестозами [Текст] // автореф. на соиск. канд мед. наук. - Бишкек, 2000. С. 21-22
11. Churchill D, Duley L, Thornton JG, Jones L. Interventionist versus expectant care for severe preeclampsia between 24 and 34 weeks' gestation (Review) [Текст] // Copyright © 2013 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd. <http://www.thecochranelibrary.com>, p. 2
12. Э. К. Айламазян, М. А. Репина. Материнская смертность вследствие эклампсии – чему можно научиться [Текст] / Журнал акушерства и женских болезней, ТОМ LXI I ВЫПУСК 3/2013. - С. 3-8.
13. Мадолимова Н.Х., Турсунов О.А. Течение и исходы беременности и родов при преэклампсии [Текст] // Электронный научный журнал «Биология и интегративная медицина» 2016, №5 (сентябрь-октябрь).
14. Пичхадзе М.Ю. Влияние метода родоразрешения беременных с тяжелой формой нефропатии на состояние новорожденных [Текст] // автореферат на соиск. канд мед. наук. - Москва, 1986. - С. 21-22.
15. Мирзаева Д.Б. Особенности течения родов у женщин с тяжелой преэклампсией [Текст] / Вестник РГМУ. - Ташкент, 2015. - №2. - С. 50.
16. Авакимян А.А., Лобач С.В., Тюменева О.В., Шаповалова О.А., Авакимян В.А. Тактика ведения тяжелой преэклампсии [Текст] / Материалы Форума «Мать и Дитя», Геленджик, 2014. - С. 5-6
17. Takashi Shibata, Satoshi Nakago, Hiroki Kato, Hisato Tokuda, Rikako Matsuki & Fumikazu Kotsuji. Management of severe pregnancy-induced hypertension after 34 weeks of gestation: A prospective study to reduce the rate of cesarean section // Journal Hypertension in Pregnancy Volume 35, 2016 - Issue 1 Pages 82-90.

Рецензент: д.м.н. Байгазаков А.Т.