

## **ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ**

**Анимова Полина Викторовна**

студент, Курского государственного медицинского университета, РФ, г. Курск

**Болдина Наталья Владимировна**

научный руководитель, старший преподаватель Курского государственного медицинского университета, РФ, г. Курск

**Аннотация.** Преэклампсия – полисистемный синдром, обуславливающий невозможность адаптационных механизмов организма матери в полной мере обеспечивать потребности плода в развитии, проявляется в виде протеинурии и артериальной гипертензии. Преэклампсия представляет собой наиболее острую и важную проблему современного акушерства, что требует непрерывного научного исследования данной патологии. Уровень заболеваемости новорожденных на фоне преэклампсии колеблется от 59 % до 81 %, а перинатальная смертность составляет 17-33 %.

Не выявляется четкой тенденции к снижению частоты преэклампсии, особенно ее тяжелых форм. Так в 2001 г. частота тяжелых форм преэклампсии составила 0,18%, в 2010 г. – 1,31%, в 2011 г. – 1,42%, в 2012 г. – 1,46% [3, 4]. Нестабильность частоты и увеличение доли тяжелых форм трудно объяснить только снижением общего уровня здоровья женщин репродуктивного возраста в России.

**Ключевые слова:** преэклампсия, оперативное родоразрешение, сернокислая магнезия.

Текст статьи. Данная патология является основной причиной плацентарной недостаточности, частота которой составляет от 24,7 % до 36,1%. Заболевание опасно как во время беременности, так и в послеродовом периоде, в равной степени опасна как для материнского организма, так и для детского [5,6].

Преэклампсия обуславливает полиорганную недостаточность, проявляющуюся патологией нервной системы, почек, печени, легких. Реабилитационный период после преэклампсии проявляется последствиями как в раннем послеродовом периоде, так и в дальнейшем времени, чаще всего нарушаются функции нервной системы. На долю женщин, умерших от преэклампсии, 95,7 % умерли непосредственно после родов.

Основным препаратом, используемом при лечении преэклампсии, является сернокислая магнезия, используемая в концентрации 25% .

Магнезиальная терапия должна осуществляться в любом триместре беременности, в родах и раннем и позднем послеродовых периодах [1,2].

По данным авторов проводимая акушерами терапия оказывается эффективной у 75-95 % беременных.

Продление оперативного родоразрешения до продолжения степени зрелости плода создает

риск для здоровья как плода, так и матери.

Как показывает статистика преэклампсия составляет от 5 % до 27%. Данная патология возникает у 7-19% здоровых беременных, у 35-45 % беременных, имеющих экстрагенитальную патологию. Преэклампсия занимает одно из первых мест в структуре материнской смертности и является причиной наступления преждевременных родов у 21-35% беременных [3,4].

Преэклампсия является одной из основных причин, ведущих к развитию плацентарной недостаточности, встречающаяся у от 25% до 39% беременных.

Для оценки использования современных технологий в диагностике и профилактике осложнений ПЭ со стороны центральной нервной системы (ЦНС) 36 пациенткам с ПЭ, поступившим в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) с жалобами на головную боль, для объективной оценки состояния ЦНС была проведена магнитно-резонансная томограмма (МРТ) головного мозга.

45 (29,6%) были первородящие, 107 (70,4%) – повторнородящие, из них 100 (93,5%) с тяжелой ПЭ, 4 (3,7%) с эклампсией, 3 (2,8%) пациентки умерли. Представляет интерес тот факт, что у 39 (36,4%) повторнородящих ПЭ отмечена во время предыдущей беременности, что может свидетельствовать о генетической предрасположенности ее развития.

Кроме того, у 25 (23,4%) повторнородящих во время предыдущей беременности были диагностированы различные признаки фетоплацентарной недостаточности (внутриутробная задержка развития плода, маловодие). Частота экстрагенитальной патологии в нашем исследовании в 1,5–2 раза превышала среднепопуляционную, часто выявлялись повышенный индекс массы тела [70 (46,1%) пациенток] и заболевания почек [58 (38,2%)] пациенток. Из пациенток с тяжелой ПЭ 68 (52,3%) поступили в стационар при доношенном сроке беременности, 42 (32,3%) – в 32–36,6 нед, 20 (15,4%) – в 28–31,6 нед.

Для снижения материнской смертности от преэклампсии/эклампсии необходимо повсеместное соблюдение единой современной терминологии, классификации, критериев диагностики и оценки тяжести, утвержденных МКБ-10, порядками, стандартами и протоколами Минздрава России, V Съездом акушеров-гинекологов; внедрение в практику родовспоможения научных достижений, основанных на данных доказательной медицины [7].

## **Список литературы:**

1. Абдурахманова Д. Н., Мадаминава М. Ш., Садуллаева А. Ф. Преэклампсия-актуальная проблема в современном акушерстве //International scientific review. – 2016. – №. 5 (15). – С.29-35.
2. Ержан З. Е. и др. Тяжелая преэклампсия-актуальная проблема современного акушерства (Обзор литературы) //Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2013. – №. 4-1. – С.1-5.
3. Ходжаева З. С., Холин А. М., Вихляева Е. М. Ранняя и поздняя преэклампсия: парадигмы патобиологии и клиническая практика //Акушерство и гинекология. – 2013. – №. 10. – С. 4-11.
4. Шувалова М. П. и др. Преэклампсия и эклампсия как причина материнской смертности //Акушерство и гинекологи Айламазян Э. К., Репина М. А. Комментарии к клиническому протоколу «Гипертензия во время беременности, преэклампсия, эклампсия» //Журнал акушерства и женских болезней. – 2012. – Т. 61. – №. 5. я. – 2014. – №. 8. – С. 81-87.
5. Айламазян Э. К., Репина М. А. Комментарии к клиническому протоколу «Гипертензия во время беременности, преэклампсия, эклампсия» //Журнал акушерства и женских болезней. – 2012. – Т. 61. – №. 5.

6. Сухих Г. Т., Вихляева Е. М., Холин А. М. Преэклампсия в акушерском анамнезе-фактор последующего материнского сердечно-сосудистого риска //Терапевтический архив. - 2009. - Т. 81. - №. 10. - С. 5-9.

7. Сидорова И. С. и др. Причины материнской смертности от преэклампсии и эклампсии в России в 2013 году //Акушерство и гинекология. - 2015. - №. 4. - С. 11-18.