

Преэклампсия: современные подходы к противосудорожной профилактике

Преэклампсия (ПЭ) относится к наиболее острым и сложным проблемам современного акушерства. В популяции беременных женщин, которые до беременности имели нормальное артериальное давление (АД), распространенность ПЭ достигает 6%. У женщин с диагностированным до беременности повышенным АД ПЭ встречается в 25% случаев. О современных подходах к лечению ПЭ мы попросили рассказать руководителя отдела внутренней патологии беременных Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины, члена-корреспондента НАМН Украины, доктора медицинских наук, профессора Владимира Исааковича Медведя.



В.И. Медведь

— Изменилось ли представление о ПЭ на современном этапе развития медицины и какова актуальность данной патологии?

— ПЭ — это полисистемный синдром, который отражает неспособность адаптационных механизмов материнского организма адекватно обеспечивать потребности развивающегося плода. Клинически ПЭ проявляется повышением АД и протеинурией.

Заболевание встречается во второй половине беременности, чаще в третьем триместре.

ПЭ остается одной из ведущих причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности во всем мире. Артериальная гипертензия (АГ) как основной симптом заболевания увеличивает риск отслойки нормально расположенной плаценты и массивных кровотечений, может стать причиной острого нарушения мозгового кровообращения у женщины, отслойки сетчатки, эклампсии. Осложнениями АГ являются также плацентарная недостаточность, проявляющаяся синдромом задержки роста плода, а в тяжелых случаях — дистрессом и гибелью плода.

Отдаленный прогноз для женщин, перенесших гипертензивные осложнения в период беременности, характеризуется повышенной частотой развития ожирения, сахарного диабета, ишемической болезни сердца, инсультов. Дети, рожденные от матерей перенесших ПЭ, также страдают различными метаболическими, гормональными, сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Важно отметить, что в некоторых развитых странах, в частности США, в последние годы отмечен рост частоты ПЭ. Полагают, что причиной этому является увеличение частоты таких состояний, как диабет, ожирение, хроническая АГ. При этом частота случаев эклампсии в последние два десятилетия снижается в большинстве развитых стран и составляет 2-3 случая на 10 тыс. родов.

— Как классифицируют ПЭ?

— Согласно классификации гипертензивных расстройств во время беременности (МКБ-10) различают ПЭ легкой, средней и тяжелой степени.

ПЭ может перейти в эклампсию, которая диагностируется в случае возникновения у женщины с ПЭ судорог, которые не могут быть объяснены другими причинами.

Важно понимать, что повышенное АД у беременной может быть предшествовавшим или впервые возникшим при беременности. Предшествовавшая АГ относит женщину к группе высокого риска и, соответственно, требует медицинского сопровождения (профилактические и лечебные мероприятия, оговоренные международными стандартами и национальными протоколами). ПЭ — это впервые развившаяся АГ после 20 недель беременности в сочетании с протеинурией. Ранее термином ПЭ обозначали тяжелый вариант позднего токсикоза или нефропатию III степени. Сегодня термином ПЭ называют любую степень тяжести этого состояния.

Таким образом, ПЭ может быть легкой, средней и тяжелой степени. Легкая ПЭ тождественна гестационной гипертензией (ГТ). Она определяется как состояние, при котором впервые повышение АД зафиксировано после 20 недель беременности без присоединения протеинурии к сроку родоразрешения. Отсутствие белка в моче

является важным отличительным критерием ГТ, которая этиопатогенически ближе к предшествовавшей АГ и является компетенцией терапевтов либо кардиологов.

ПЭ средней и тяжелой степени — в полной мере акушерское осложнение, аналога которому не существует вне беременности. Это осложнение связано с полиорганной гипоперфузией и, несмотря на всю потенциальную опасность для жизни женщины, обязательно регрессирует после родов (максимум спустя 42 суток), в то время как клиническое течение ГТ не столь прогнозируемо. Нередко в этих случаях болезнь будет иметь продолжение и пациентка остается с АГ на всю оставшуюся жизнь. Через 42 суток после родов ГТ реклассифицируется в АГ.

Таким образом, сохранение повышенного АД после указанного срока свидетельствует о предшествовавшей гипертензии, не диагностированной до родов или впервые манифестировавшей во второй половине беременности.

— Какое практическое значение имеет правильное определение категории ПЭ?

— На самом деле это важно для прогнозирования дальнейшего развития клинической ситуации. Легкая ПЭ или ГТ почти никогда не переходят в ПЭ средней тяжести и, соответственно, имеют минимальные шансы трансформироваться в жизнеугрожающие состояния, какими являются тяжелая ПЭ и эклампсия. Напротив, среднетяжелая и тяжелая ПЭ — это очень грозные состояния с высоким риском полиорганной недостаточности.

— Как проводится диагностика ПЭ?

— Верификация диагноза ПЭ не вызывает затруднений. О наличии ПЭ свидетельствуют повышенное АД и наличие белка в моче.

Под протеинурией понимают потерю белка с мочой 300 мг/сут или больше.

Диагноз АГ при беременности правомочен при уровне диастолического АД 90 мм рт. ст. и более или систолического АД 140 мм рт. ст. и более, полученном при двукратном измерении с перерывом не менее 4 ч.

ПЭ средней тяжести характеризуется наличием протеинурии от 0,3 до 5 г/сут и показателями диастолического АД от 100 до 109 мм рт. ст. Превышение данных показателей указывают на тяжелую степень ПЭ и риск развития экламптического судорожного припадка.

— Как проводится лечение ПЭ?

— Говоря о лечении, следует указать, что родоразрешение является единственным радикально эффективным методом лечения ПЭ тяжелой степени и эклампсии.

Пролонгирование беременности с обязательным тщательным мониторингом состояния беременной возможно при ПЭ средней тяжести. Родоразрешение показано при ухудшении состояния матери или плода, желательное по достижении срока 34 недели, тогда как при тяжелой ПЭ родоразрешение должно последовать не позднее 24 ч от момента установления данного диагноза в любом сроке беременности.

Лечение тяжелой ПЭ включает антигипертензивную и инфузионную терапию,

а также профилактику судорожного припадка. Последнее достигается применением сульфата магния (СМ). Кроме того, целью лечения является стабилизация АД — систолическое АД на уровне 140-150 мм рт. ст. и диастолическое АД — 90-105 мм рт. ст., тщательный мониторинг состояния беременной и плода, профилактика осложнений.

Одним из главных направлений в лечении тяжелой ПЭ является противосудорожная терапия. На сегодня существует большое количество научных исследований, согласно которым наиболее эффективным методом предотвращения экламптического припадка (судорог) является внутривенное введение СМ. Альтернативным вариантом является использование диазепамов, который согласно проведенным исследованиям уступает по эффективности СМ. Поэтому его применение в качестве противосудорожной терапии допустимо лишь при отсутствии СМ, что в реальности трудно себе представить.

— Какие правила введения СМ?

— СМ вводится по специальной методике, которая получила название магниальной терапии (МТ). МТ — это особый режим введения СМ, при котором в крови создается концентрация ионов магния, исключающая развитие судорожного припадка.

Согласно правилам проведения МТ, подробно описанным в национальном протоколе и во многих международных акушерских руководствах, раствор СМ вводится болюсом в дозе 4 г сухого вещества (стартовая доза или доза насыщения), что соответствует 16 мл 25% раствора СМ.

Болюсное введение 4 г СМ позволяет сразу создать достаточную концентрацию ионов магния для профилактики судорожного синдрома. С целью поддержания эффекта необходимо продолжение непрерывной инфузии СМ. Скорость введения СМ зависит от степени тяжести ПЭ и может колебаться от 1 до 2 г сухого вещества в час.

При приступе эклампсии первое введение СМ болюсом точно такое же — 4 г, а затем требуется введение со скоростью 2 г/ч, по крайней мере на первичном этапе на протяжении нескольких часов. После родоразрешения скорость введения можно уменьшить до 1 г/ч, продолжая инфузию до 48 ч послеродового периода.

Применение СМ с профилактической целью при ПЭ тяжелой степени (родоразрешение не позднее 24 ч) определяет скорость введения в 1 г/ч. Инфузия СМ должна продолжаться весь период до родоразрешения и 24 ч — после родоразрешения для предупреждения послеродовой эклампсии.

При ПЭ средней степени тяжести назначение СМ является необязательным. МТ оправдана в том случае, если среднетяжелое течение имеет тенденцию к прогрессированию, что оценивается по динамике роста диастолического АД и/или протеинурии. Протеинурия, имея довольно широкий диапазон (0,3 г/сут до 5 г), определенное время может оставаться в пределах классификационных критериев ПЭ средней тяжести, но стремительная динамика суточной потери белка должна всегда настораживать клинициста. Поводом для беспокойства также следует считать постоянную необходимость наращивания объема антигипертензивной терапии для поддержания безопасного уровня АД.

— Каким препаратом СМ удобно пользоваться в практической деятельности?

— На фармацевтическом рынке Украины появился препарат СМ Кормагезин® компании «Верваг Фарма» (Германия). В одной ампуле Кормагезина объемом 10 мл содержится 4 г СМ, что дает возможность без предварительных расчетов и дополнительных манипуляций проводить МТ. В отличие от привычного 25% раствора СМ, выпускаемого отечественной промышленностью, Кормагезин® более удобен не только для введения стартовой дозы, но и для последующей инфузии, поскольку кроме 40% раствора (4 г в 10 мл) выпускается и 20% раствор (ампулы по 10 мл, содержащие 2 г СМ).

— Какие особенности внутривенного введения Кормагезина?

— Как и раствор привычной для наших врачей концентрации в 25%, ни 20 ни 40% раствор Кормагезина нельзя вводить струйно, поскольку это может вызвать алтерацию эндотелия вены. Поэтому ампулу в 10 мл, содержащую 4 г, нужно развести до общего объема в 50 мл, добавив 40 мл физиологического раствора. Такой раствор готов для болюсного введения на протяжении не менее 5 мин. В дальнейшем, когда проводится инфузия, концентрация должна составлять 3,33%. Таким образом, 20% раствор разводится в 6 раз, а 40% — в 12 раз.

— Возможно ли сочетание Кормагезина с другими, в частности с антигипертензивными, препаратами?

— СМ за счет седативного действия обладает выраженной способностью понижать АД, что следует учитывать при проведении антигипертензивной терапии. СМ нельзя комбинировать с широко используемыми в акушерстве антагонистами кальция, поскольку обе группы препаратов противодействуют ионам кальция. При необходимости проведения совместной анисудорожной и антигипертензивной терапии с целью снижения АД следует использовать центральные β₂-адреноагонисты — метилдофа или клонидин, а также допускается применение селективных β₁-блокаторов (не обладают выраженным утеротоническим действием). При этом следует понимать, что МТ никогда не была и не является гипотензивной терапией. Ее применяют либо с целью предотвращения приступа эклампсии либо его купирования и предотвращения повторных приступов.

Кормагезин разводится физиологическим раствором.

В случае необходимости введения инфузионного раствора и СМ в одну вену (не мобилизована вторая вена), инфузионный раствор является основной магистралью, а в нее впадает линия с СМ.

— Как контролируется уровень магния во время МТ?

— Достаточность дозы СМ определяется уровнем его в сыворотке крови — 4-8 ммоль/л. Если нет возможности контролировать уровень сывороточного магния, почасово тщательно оценивают наличие/отсутствие клинических симптомов токсичности СМ, что документируется в истории болезни.

Подготовил Анатолий Якименко

