



УДК 618.3-06

DOI 10.53065/kaznm.2022.37.88.008

**А.Б. Сексенова, Л.И. Нургалиева, Л.Т. Кистаубаева, Н.Н. Мырзабаева**

**Сексенова Айкумис Бакаевна**, врач высшей категории, ассистент кафедры Акушерство и гинекология, КРМУ, консультант городской поликлиники №17 г.Алматы, ORCID 0000-0003-4306-9051,

**Нургалиева Лидия Иманкуловна**, кандидат медицинских наук, врач высшей категории, доцент кафедры Акушерство и гинекология, КРМУ, консультант Центральной семейной поликлиники г.Алматы, ORCID 0000-0003-4397-2419,

**Кистаубаева Ляззат Тулепбергеновна**, врач высшей категории, заведующая женской консультацией при городской поликлинике №17 г.Алматы, ORCID 0000-0003-4915-9816,

**Мырзабаева Нургуль Нурдаметовна**, врач акушер-гинеколог городской поликлиники №17 г.Алматы, ORCID 0000-0001-9969-6391,

Казахстанско-Российский Медицинский Университет

E-mail: [aiyeke@mail.ru](mailto:aiyeke@mail.ru)

## ПРЕЭКЛАМПСИЯ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ: ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

**Резюме.** Преэклампсия это жизнеугрожающее состояние, как для матери, так и для плода во время беременности. Отдаленные последствия перенесенной преэклампсии также имеют значение. В данной статье рассматриваются вопросы затруднений в постановке диагноза преэклампсии тяжелой степени, приводящие к критическим ситуациям с необходимостью оказания экстренной помощи для спасения жизни матери и ребенка. Приводятся статистические данные за 2018-2020 гг. в случаях преэклампсии тяжелой степени, приведшие к преждевременным родам, к родоразрешению оперативным путем, кровотечениям с оперативным вмешательством, с гемотрансфузией, а также к увеличению перинатальной смертности и заболеваемости. Преэклампсию в любом проявлении необходимо оценивать, как серьезную патологию, требующую к себе повышенного внимания, не дожидаясь критической ситуации. Так же доля тяжелой преэклампсии из года в год растет, по данным РФ составляет от 48% до 56,6%.

**Ключевые слова:** преэклампсия тяжелая, антенатальная гибель плода, прогрессирующий гестоз, материнская смертность, диагностический критерий.

**А.Б. Сексенова, Л.И. Нургалиева, Л.Т. Кистаубаева, Н.Н. Мырзабаева**

**Сексенова Айкумис Бақайқызы**, жоғары санатты дәрігер, ҚРМУ акушерлік және гинекология кафедрасының ассистенті, Алматы қаласындағы №17 қалалық емхананың консультанты, ORCID 0000-0003-4306-9051,

**Нургалиева Лидия Иманкуловна**, медицина ғылымдарының кандидаты, жоғары санатты докторы, ҚРМУ акушерлік және гинекология кафедрасының доценті, Алматы қаласы Орталық отбасылық емханасының кеңесшісі, ORCID 0000-0003-4397-2419,

**Қыстаубаева Ләззат Төлепбергекқызы**, жоғары санатты дәрігер, Алматы қаласындағы №17 қалалық емханасындағы әйелдер кеңесінің меңгерушісі, ORCID 0000-0003-4915-9816,

**Мырзабаева Нургуль Нурдаметқызы**, №17 қалалық емханасындағы әйелдер кеңесінің акушер-гинеколог, Алматы қ., ORCID 0000-0001-9969-6391

Қазақстан-Ресей медицина университеті (КРМУ)

E-mail: [aiyeke@mail.ru](mailto:aiyeke@mail.ru)

## АУЫР ПРЕЭКЛАМПСИЯ, АМБУЛАТОРЛЫҚ НЕГІЗДЕ ЕРТЕ ДИАГНОСТИКАЛАУ МҮМКІНДІГІ БАР МА

**Түйін:** Преэклампсия - жүктілік кезінде ана мен нәресте өміріне қауіп төндіретін жағдайлардың негізгілерінің бірі. Преэклампсияның ұзақ мерзімді ағзаға әсер етер салдары да маңызды. Бұл мақалада ана мен баланың өмірін сақтап қалу үшін шұғыл көмек көрсету қажет кезінде қиын жағдайларға әкелетін ауыр преэклампсия диагнозын қою алдындағы шешілмеген мәселелері талқыланады. 2018-2020 жылдардағы статистикалық мәліметтерге сүйене отырып ауыр преэклампсия мерзімінен бұрын босануды, хирургиялық жолмен босануды, атониялық қан кетуді, хирургиялық жолмен қан кетуді тоқтатуды және қан құюға әкеп соқтыратын күрделі мәселе. Сондай-ақ перинаталдық өлім-жітім мен жаңа туған баланың ауырушаңдығының артуының себебі болып табылады. Кез келген көріністегі преэклампсияны жағдайдың күрделенуін күтпестен, жоғары назар аударуды қажет ететін ауыр патология ретінде қарастырылуы қажет. Және де соңғы жылдары жыл сайын ауыр дәрежелі преэклампсияның үлесі өсіп бара жатыр, РФ ғалымдарының мәліметі бойынша 48 ден 56,6-ға дейін пайызды құрайды.

**Түйінді сөздер:** ауыр преэклампсия, ұрықтың антенатальды өлімі, үдемелі преэклампсия, ана өлімі, диагностикалық критерий.



**A.B. Seksenova, L.I. Nurgalieva, L.T. Kistaubaeva, N.N. Myrzabayeva**

**Seksenova Aikumis Bakaevna**, doctor of the highest category, assistant of the Obstetrics and Gynecology Department, KRMU, consultant of the city polyclinic №17 in Almaty city, ORCID 0000-0003-4306-9051,

**Nurgalieva Lidia Imankulovna**, Candidate of Medical Sciences, Doctor of the Highest Category, Associate Professor of the Obstetrics and Gynecology Department, KRMU, consultant of the Central Family Polyclinic of Almaty city, ORCID 0000-0003-4397-2419,

**Kistaubaeva Lyazzat Tulepbergenovna**, doctor of the highest category, head of the antenatal clinic at the city polyclinic №17 in Almaty city, ORCID 0000-0003-4915-9816,

**Myrzabayeva Nurgul Nurdametovna**, obstetrician-gynecologist of the city polyclinic №17 in Almaty city, ORCID 0000-0001-9969-6391

Kazakh-Russian Medical University (KRMU)

E-mail: [aiyeke@mail.ru](mailto:aiyeke@mail.ru)

## SEVERE PREECLAMPSIA: ARE THERE OPPORTUNITIES FOR EARLY DIAGNOSIS ON AN OUTPATIENT BASIS

**Resume:** Preeclampsia is a life-threatening condition for both mother and fetus during pregnancy. The long-term consequences of previous preeclampsia are also important. This article discusses the issues of difficulties in making a diagnosis of severe preeclampsia, leading to critical situations with the need to provide emergency care to save the life of the mother and child. Statistical data are provided for 2018-2020 in cases of severe preeclampsia, which led to premature birth, surgical delivery, bleeding with surgery, blood transfusion, as well as an increase in perinatal mortality and morbidity. Preeclampsia in any manifestation must be assessed as a serious pathology that requires increased attention, without waiting for a critical situation.

**Key words:** severe preeclampsia, antenatal fetal death, progressive preeclampsia, maternal mortality, diagnostic criterion.

### Введение

Преэклампсия это жизнеугрожающее состояние, как для матери, так и для плода во время беременности. Отдаленные последствия перенесенной тяжелой преэклампсии также имеют важное значение. Для матери: это риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, заболевания почек, заболевания органов зрения, нарушением работы ЦНС, метаболические заболевания (сахарный диабет). Для детей: заболевания органов зрения (ретинопатия новорожденных), нарушение слуха (тугоухость), заболевания органов дыхания (бронхолегочная дисплазия), патология нервной системы (ДЦП), задержка психомоторного развития. Так же повышенное артериальное давление в сочетании с гипертензивными расстройствами является факторами риска развития ишемического и геморрагического инсульта во время беременности, о чем свидетельствует рост экстрагенитального заболевания по причинам материнской смертности за последние годы.

По данным ВОЗ частота преэклампсии до 28%, тяжелые формы 8-10%, в развивающихся странах до 30%.

По статистике в мире 16% материнской смертности во время беременности приходится на долю преэклампсии.

В РК в структуре материнской смертности в 2018г. преэклампсия заняла первое место, составив 21,4%.

Преэклампсия развивается у соматически здоровых беременных в 6-12%, а у беременных с экстрагенитальными патологиями до 20-40%.

### Экспериментальная часть (материалы и методы)

Нами проведен ретроспективный анализ истории родов и индивидуальной карты беременных, состоящих на учете в женской консультации №17 г. Алматы за 2018 - 2020 годы и перенесших преэклампсию тяжелой степени.

Всего беременных, перенесших преэклампсию тяжелой степени, 52, из них:

– первобеременных, первородящих – 22, что составляет 42,3%,

– повторнобеременных, первородящих – 12, соответственно 23,1%;

– повторнобеременных, повторнородящих – 18 (34,6%), многорожавших из числа повторнородящих 4 (22,2%).

По возрастной категории:

– до 20 лет – 1 (1,9 %);

– 21-25 лет – 14 (26,9 %);

– 26 -29 лет – 20 (38,4%);

– старше 30 лет -17 (32,7%), из них старше 35 лет – 12 (23,1%).

Встали на учет до 12 недель 43 беременных, что составляет 82,7%, после 12 недель 9 беременных (17,3%).

Беременные с отягощенным акушерским анамнезом - 32 случая (61,5 %), в анамнезе бесплодие в 2-х случаях. Из соматических заболеваний наиболее часто встречается анемия - в 39 случаях (75%), из них средней степени тяжести 5 (12,8%). Хронический пиелонефрит в 23 случаях (44,2%), обострение пиелонефрита во время беременности в 4-х случаях, гидронефроз -1. Заболевания системы кровообращения – 15 (28,8%), в том числе:

– хроническая артериальная гипертензия в 8 случаях,  
– варикозное расширение вен нижней конечности – 5,  
– ВСД, пролапс митрального клапана по одному случаю.

Заболевания эндокринной системы – 7 случаев, что составляет (13,5%):

– болезнь Хашимото - 1,

– аутоиммунный тиреоидит - 2,

– эндемический зоб - 3,

– сахарный диабет -1.

Заболевания органов дыхания в 9 случаях (17,3%):

– хронический бронхит -5, из них обострение во время беременности – 3 случая;

– бронхиальная астма - 3;

– нижнедолевая пневмония - 1 случай.



Хронический тонзиллит с обострением во время данной беременности в 4-х случаях (7,7%), из них в 2-х лакунарная ангина.

Миопия у 15 беременных (28,8%), из них в 10 случаях (19,2%) диагностирована ангиопатия сетчатки при поступлении в стационар.

Острые респираторные заболевания в течение беременности у 13 (25 %) беременных.

Микроаденома гипофиза диагностирована во время беременности в одном случае.

Носители мочеполовой инфекции (хламидиоз, трихомониаз, уреаплазмоз, микоплазмоз) в 7 (13,5 %) случаях.

Роды через естественные родовые пути в 22 случаях, что составило 42,3%. Из них в 6 случаях индуцированные роды, в 2-х случаях роды завершили операцией вакуумэкстракцией плода.

Родоразрешение путем операции кесарево сечение в 30 случаях, что составило 57,7 %.

Показания к операции кесарево сечение:

– угрожающее состояние плода - в 10 (33,3 %) случаях;  
– рубец на матке – 6 случаев (20%), из них в 4-х случаях неподготовленность родовых путей, в 2-х - двойной рубец,

– безэффективность родовозбуждения - 2 (6,6%) случая,

– нестабильная гемодинамика - 4 (13,3%) случая;

– ПОНРП -2 (6,6%) случая в сочетании с угрожающим состоянием плода;

– хориоамнионит с угрожающим состоянием плода, предлежание петель пуповины, двойня, оперированное сердце, первородящая старше 35 лет, беременность по программе ЭКО, хроническая артериальная гипертензия III степени, маловодье со СЗВУР плода - по 1-му случаю.

Из всех беременных СЗВУР плода диагностирован в 5 случаях (9,6 %).

Роды осложнились атоническим кровотечением в 9 случаях, что составило 17,4%. Кровопотеря составила от 800,0 мл до 1100,0 мл. Профилактические гемостатические хирургические швы по Б-Линчи и О'Лири были наложены в 6 случаях, с эффектом. Гемотрансфузия проведена в 13 (25%) случаях.

Все беременные поступили по скорой помощи, самообращение только в 2 случаях. При поступлении все беременные предъявляли различные жалобы (головная боль, головокружение, нарушение зрения, затрудненное дыхание, отеки, снижение диуреза и т.д.).

ИМТ при поступлении в стационар:

- до 20 – 2 беременные (3,8%);

- до 30 – 40 беременных (76,9%);

- свыше 30 - 10 беременных (19,2%).

Повышение АД свыше 160/110 мм.рт.ст. отмечалось в 39 случаях, что составило (75%). Ниже 160 мм.рт.ст. в 13 случаях (25%). Нестабильная гемодинамика более одной недели была отмечена у 8 беременных (15,4%)  
Снижение диуреза в течение 3-х дней отмечали 36 беременных, что составляет 69,3%, более одной недели 16 беременных (30,7 %).

Отеки более одной недели отмечали 41 беременных (78,8%); более 3-х дней отмечали 6 беременных (11,5%); длительное (более месяца) течение отеков отмечали 5 беременных (9,6 %).

Протеинурия:

- до 0,3г/л – 9 беременных (17,3%);

- свыше 0,3г/л – 20 беременных (38,5%);

- свыше 1,0 г/л – 23 беременных (44,2%), из них свыше 3 г/л – 3 беременных.

Новорожденные родились доношенными 27, что составило 51,9%.

Новорожденные недоношенные 25 (48,1%), живорожденных из числа недоношенных 23(92%), антенатальная гибель плода - 2 случая.

Недоношенные живорожденные по весовой категории:

▪ недоношенные по сроку гестации (35 -37 недель), но по весовой категории 2600,0 – 2800,0 – 3 (13,0%) новорожденных,

▪ с массой 2000,0 – 2500,0 всего 12 (48%),

▪ 1500,0 - 2000,0 всего 4 (17,4%),

▪ 1000,0 – 1500,0 всего 3 (13,0%),

▪ 500,0 – 1000,0 всего 1 (4,3%).

### Результаты и обсуждение:

На современном этапе существует около 40 теорий об этиологии и патофизиологии возникновения преэклампсии, но ни одна патогенетическая теория не может объяснить все клинические проявления данной патологии. Гестоз нужно рассматривать как полиэтиологическое состояние.

Во многих теориях, в том числе в современной плацентарной теории, основным моментом патогенетического звена является увеличение проницаемости сосудов, нарушение микроциркуляции, с последующим появлением отеков. Имеет значение появление отеков за короткий период, что напрямую связано с прибавкой веса скачками или постепенная прибавка в течении всей беременности (до 16кг). В связи с отменой взвешивания беременных при посещении женской консультации, мы не имели возможности оценить прибавку в весе в течение беременности.

Наличие отеков в современном акушерстве не считается диагностическим критерием, но не разработаны конкретные показания, когда нужно оценить отеки как физиологические, а когда отеки переходят в патологическое состояние.

В мире в разных странах, в разные годы были предложены и используются разные классификации, в том числе и классификация, предложенная ВОЗ.

В РК с 2003 года акушеры-гинекологи работают по классификации ВОЗ. За эти годы неоднократно менялась классификация гипертензионных состояний во время беременности. Это дополнительно затрудняет диагностику данной патологии. Также за эти годы были отменены критерии оценки для ранней диагностики данного патологического состояния, которые применялись ранее (определение прибавки веса, оценка отеков по степени распространения и т.д.).

Все вышеперечисленные факторы не дают возможности разработать эффективные меры профилактики данной тяжелой патологии, до возникновения критического состояния.

Задача современного акушерства состоит не в том, чтобы действовать, когда уже возникло критическое состояние, что имело место в нашем исследовании и нужно спасти жизнь матери и ребенка путем родоразрешения, чаще всего заканчивающееся оперативным путем (57,7%), рождение недоношенных новорожденных 25 (48,1%), где имели



место перинатальные потери и заболевания маловесных новорожденных, осложнения при родоразрешении (атонические кровотечения, хирургический гемостаз, гипоксия внутриутробная и т.д.).

#### Заключение

Преэклампсию легкой степени в любом проявлении нужно рассматривать как патологическое состояние, требующее стационарного лечения, а не амбулаторное наблюдение. Чтобы уточнить диагноз, необходимо провести тщательный мониторинг состояния матери и плода в условиях стационара, при возможности дать шанс вынашивания беременности до 37 недель, т.к. каждый день внутриутробного пребывания увеличивает жизнеспособность плода. Любую протеинурию, после 20 недель беременности, в разовой порции мочи считать патологической, не дожидаясь исследования суточной потери белка. Необходимо разработать конкретные показания, когда отеки являются физиологическими, а когда их следует рассматривать как патологию.

**Вклад авторов.** Все авторы принимали равносильное участие при написании данной статьи.

**Конфликт интересов** – не заявлен.

Данный материал не был заявлен ранее, для публикации в других изданиях и не находится на рассмотрении другими издательствами.

При проведении данной работы не было финансирования сторонними организациями и медицинскими представительствами.

**Финансирование** – не проводилось.

**Авторлардың үлесі.** Барлық авторлар осы мақаланы жазуға тең дәрежеде қатысты.

**Мүдделер қақтығысы** – мәлімделген жоқ.

Бұл материал басқа басылымдарда жариялау үшін бұрын мәлімделмеген және басқа басылымдардың қарауына ұсынылмаған.

Осы жұмысты жүргізу кезінде сыртқы ұйымдар мен медициналық өкілдіктердің қаржыландыруы жасалған жоқ.

**Қаржыландыру** жүргізілмеді.

**Authors' Contributions.** All authors participated equally in the writing of this article.

**No conflicts of interest** have been declared.

This material has not been previously submitted for publication in other publications and is not under consideration by other publishers.

There was no third-party funding or medical representation in the conduct of this work.

**Funding** - no funding was provided.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2020 году: Стат. сборник. - Министерство Здравоохранения Республики Казахстан - Нұр-Сұлтан. 2021.- 324с.  
2 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2019 году: Стат. сборник. - Министерство Здравоохранения Республики Казахстан - Нұр-Сұлтан. 2020.- 324с.  
3 Пылаева Н.Ю. Преэклампсия. Эклампсия. Анестезия и интенсивная терапия в родах и послеродовом периоде. Обзор литературы.// «Вестник интенсивной терапии им. А.И. Салтанова». - 2020г. - №1. – С. 41-52.

4 Радзинский В.Е. Акушерская агрессия – М.: Издательство журнала. - 2018 г. - Status Presens 2018 г. – 672 с.  
5 Сидорова И.С. Проблемы снижения материнской смертности от преэклампсии и эклампсии (редакционная статья) / И.С. Сидорова, Н.А. Никитина, А.Л. Унанян.//Российский вестник акушера-гинеколога. – 2017г. - №4. - С.4-8.  
6 Mirkovic Lj. A new pathophysiological concept and new classification of pre-eclampsia / Lj. Mirkovic, L.Nejkovic, J.Micic. // Vojnosanit Pregl – 2018. - № 75(1). – P. 83-94.

#### REFERENCES

1 Zdorov'e naselenija Respubliki Kazahstan i dejatel'nost' organizacij zdravoohraneniya v 2020 godu: Stat. sbornik. - Ministerstvo Zdravoohraneniya Respubliki Kazahstan - Nұr-Sұltan. 2021.- 324s.  
2 Zdorov'e naselenija Respubliki Kazahstan i dejatel'nost' organizacij zdravoohraneniya v 2019 godu: Stat. sbornik. - Ministerstvo Zdravoohraneniya Respubliki Kazahstan - Nұr-Sұltan. 2020.- 324s.  
3 Pylaeva N.YU. Preeklampsiya. Eklampsiya. Anesteziya i intensivnaya terapiya v rodah i poslerodovom periode. Obzor literatury.// «Vestnik intensivnoj terapii im. A.I. Saltanova». - 2020g. - №1. – S. 41-52.

4 Radzinskij V.E. Akusherskaja agressija – M.: Izdatel'stvo zhurnala 2018 g. Status Presens 2018g. 672s.  
5 Sidorova I.S. Problemy snizhenija materinskoj smertnosti ot prejeklampsii i jeklampsii (redakcionnaja stat'ja) / I.S. Sidorova, N.A. Nikitina, A.L. Unanjan // Rossijskij vestnik akushera- ginekologa. – 2017g. - №4 s.4-8.  
6 Mirkovic Lj. A new pathophysiological concept and new classification of pre-eclampsia / Lj. Mirkovic, L.Nejkovic, J.Micic. // Vojnosanit Pregl – 2018 - № 75(1) – P. 83-94.

#### Сведения об авторах

**Сексенова Айкумис Бакаевна**, врач высшей категории, ассистент кафедры Акушерство и гинекология, КРМУ, консультант городской поликлиники №17 г.Алматы, ORCID 0000-0003-4306-9051,

**Нургалиева Лидия Иманкуловна**, кандидат медицинских наук, врач высшей категории, доцент кафедры Акушерство и гинекология, КРМУ, консультант Центральной семейной поликлиники г.Алматы, ORCID 0000-0003-4397-2419

**Кистаубаева Ляззат Тулепбергеновна**, врач высшей категории, заведующая женской консультацией при городской поликлиники №17 г.Алматы, ORCID 0000-0003-4915-9816,

**Мырзабаева Нургуль Нурдаметовна**, врач акушер-гинеколог городской поликлиники №17 г.Алматы, ORCID 0000-0001-9969-6391, Казахстанско-Российский Медицинский Университет E-mail: [aiyeke@mail.ru](mailto:aiyeke@mail.ru)