

Клинические особенности и факторы риска развития преэклампсии и эклампсии у женщин в условиях Афганистана

Ахмад Шафик Фарид, Мухаммад Хасан Фарид

Медицинский факультет Гератского государственного университета, Афганистан

Проведён ретроспективный анализ медицинских карт 604 женщин (в возрасте 23-28 лет), страдающих от гестоза беременности, предоставленных Государственным родильным домом г.Герата (Афганистан).

Из общего числа поступивших беременных, частота гипертензивных нарушений составила 2,7%, при этом в 14,6% случаев диагностирована умеренная преэклампсия, в 61,8% – тяжёлая преэклампсия и в 23,6% – эклампсия. Среди исследованного контингента выявлены материнские осложнения (5,7%), HELLP-синдром (1,2%), послеродовое кровотечение (0,8%), преждевременные роды (33,8%), при этом материнская смертность составила 1,6% и перинатальная смертность – 11,2%.

Беременность оценивалась в соответствии с факторами, предрасполагающими к преэклампсии, такими как анемия, почечная недостаточность, гипертензия, сахарный диабет, сердечная патология и поражение печени. В результате, в 21% случаев была выявлена анемия, и в 6% – почечная недостаточность.

Ключевые слова: преэклампсия, эклампсия, материнская и перинатальная смертность, HELLP-синдром

Введение. В развитых странах показатель материнской смертности составляет 1%, а перинатальной – 10%, в то же время, эти показатели гораздо выше в развивающихся странах и составляют: перинатальная смертность – 20%, преждевременные роды – 20% и материнская смертность – 40% [1,2].

Гестоз является одним из семи главных осложнений, возникающих во время беременности. В США 10-20% всех беременностей осложняются гипертоническими нарушениями, что составляет 5-8% от всех беременностей с преэклампсией и эклампсией. В 75% случаев – это умеренная преэклампсия, 25% – тяжёлая преэклампсия и в 2% – тяжёлая преэклампсия развивается в эклампсию [1,3-6].

Преэклампсия и эклампсия являются одними из самых тяжёлых осложнений беременности, родов и послеродового периода. Они представляют одну из ведущих причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

Преэклампсия включает гипертензию (>140/90) и протеинурию (≥0,3г протеина), что наблюдается после 20-й недели беременности. Повышенное кро-

вяное давление должно документально регистрироваться дважды за последние шесть часов. Отёк используется в качестве диагностического критерия [1-9].

HELLP-синдром – этот термин включает гемолиз, повышенный уровень печёночных ферментов и тромбоцитопению. Этот синдром отмечается в 70% перед родами и в 30% – в течение 48 часов после родов [4,5,7].

HELLP-синдром развивается у 2% женщин с преэклампсией и у 4-12% – с эклампсией, отёк лёгких встречается у 10% пациенток с тяжёлой формой преэклампсии, отслойка плаценты в 10% случаев, слепота после судорог – в 10%, и у 5% – HELLP-синдром осложнялся острой почечной недостаточностью [7].

В развитых странах возникновение эклампсии снизилось благодаря соответствующему наблюдению за беременными женщинами в антенатальном периоде. Согласно Национальному отчёту по демографической статистике, возникновение эклампсии в среднем составляет около 1/2000 (0,05%). По оценкам Вентуры и его коллег (2000), возникнове-



ние преэклампсии в США в 1998 году составляло приблизительно 1 случай на 3250 (0,03%) беременностей. Согласно данным Королевского колледжа акушерства и гинекологии Великобритании (2006), этот показатель составляет 1 случай на 2000 человек (0,05%) [7].

В Афганистане продолжает регистрироваться высокий уровень материнской и перинатальной смертности, вызываемой, в основном, осложнениями гестоза. Выявление факторов, предрасполагающих к возникновению перинатальных осложнений, может стать основой для снижения смертности.

Учитывая высокие показатели материнской и перинатальной смертности, развитие таких грозных и тяжёлых осложнений при гестозе, было решено провести настоящее исследование.

Цель исследования – изучение факторов, предрасполагающих к развитию преэклампсии и эклампсии у афганских женщин, и снижение количества случаев материнской и перинатальной смертности, вызываемых осложнениями гестоза.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ истории родов 604 женщин, у которых беременность осложнилась гестозом, в период с октября 2011 г. по октябрь 2012 г, предоставленных Государственным родильным домом г.Герата (Афганистан). Диагностическими критериями умеренной и тяжёлой преэклампсии являлись повышение артериального давления ($\geq 140/90$ мм рт. ст. и $\geq 160/110$ мм рт. ст., соответственно), суточная протеинурия (≥ 300 мг или ≥ 1 плюс по индикаторной полоске и ≥ 500 мг, соответственно) или сочетание одного или нескольких системных симптомов, таких как сильные постоянные головные боли, боли в эпигастрии, олигурия, нарушение зрения, одышка, а при эклампсии – судороги.

Материалы для исследования включали медицинскую документацию пациенток, результаты лабораторных анализов, сонографические заключения и данные различных анализов мочи на наличие белка и гемоглобина.

Анализ производился по документам и специальным таблицам, составленным в соответствии с диагностическими показателями преэклампсии и эклампсии, возрастом матери, числом беременностей, количеством родов, предрасполагающими факторами, анамнезом и историей беременности, осложнениями у матери и плода.

Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ STATISTICA 6.0 (StatSoft, США) и MS Excell 2007. Количественные данные представлены в виде средних значений (M) плюс-минус стандартное отклонение ($\pm SD$) в случае близкого к нормальному распределению признака.

Результаты. Данные исследования оценивались по случаям возникновения преэклампсии, степени выраженности заболевания в зависимости от предрасполагающих факторов, осложнениям у матери и плода.

604 (2,7%) пациентки из 22 583 беременных женщин имели диагностические критерии синдрома преэклампсии и эклампсии и страдали от различных степеней гестоза.

Умеренная преэклампсия установлена у 88 (14,6%) больных, тяжёлая преэклампсия – у 374 (61,8%) и эклампсия – у 142 (23,6%).

Анализ возникновения гипертензивных нарушений в зависимости от возраста пациенток, которые разделены на возрастные группы с интервалом в 6 лет, представлен в таблице 1. Полученные данные показали, что гипертензивные нарушения в виде преэклампсии и эклампсии имеют тенденцию развития у молодых беременных женщин (в возрастной группе от 23 до 28 лет), следовательно, молодые женщины больше подвержены гестозу, что связано с этиопатогенезом данной патологии.

**ТАБЛИЦА 1. ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА**

Возраст матери, лет	Кол-во случаев	%
≤ 16	21	3,5
17-22	26	4,3
23-28	348	57,6
29-34	159	26,4
$35 \leq$	50	8,2
Итого	604	100

Установлено, что у женщин возрастной группы 23-28 лет беременность протекает намного тяжелее, с развитием эклампсии в 90 (15%) случаях, и тяжёлой преэклампсии – у 221 (36,5%) пациентки, что возможно связано с поздним обращением беременных женщин с преэклампсией в лечебные учреждения и несоответствующим лечением умеренной и тяжёлой степеней преэклампсии (табл. 2).

В таблице 3 приведены предрасполагающие факторы гипертензивных нарушений, каковыми являлись: анемия, заболевания сердца, почек и печени, гипертензия и диабеты. Как видно, анемия установлена в 21% случаев, а заболевания почек – в 6%, эти факторы могут быть признаны как относительно предрасполагающие факторы возникновения гипертензивных нарушений.

**ТАБЛИЦА 2. ЧАСТОТА ПРЕЭКЛАМПСИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ
В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ**

Возраст	Умеренная степень		Тяжёлая степень		Эклампсия		Итого	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
≤16	3	0,5	16	2,6	2	0,4	21	3,5
17-22	10	1,7	12	2	4	0,6	26	4,3
23-28	37	6,1	221	36,5	90	15	348	57,6
29-34	32	5,3	108	17,9	19	3,1	159	26,3
35 ≤	6	1	17	2,8	27	4,5	50	8,3
Итого	88	14,6	374	61,8	142	23,6	604	100

**ТАБЛИЦА 3. ФАКТОРЫ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ
К ВОЗНИКНОВЕНИЮ СИНДРОМА ПРЕЭКЛАМПСИИ
И ЭКЛАМПСИИ**

Предрасполагающие факторы	Кол-во	%
Анемия	126	21
Заболевания почек	36	6
Диабеты	4	0,6
Гипертензия	27	4,5
Сердечные заболевания	6	1
Заболевания печени	10	1,6
Без предрасполагающих факторов	395	65,3
Итого	604	100

Изучение возникновения преэклампсии и эклампсии в зависимости от паритета показало, что женщины при первой беременности были подвержены гестозу в 264 (43,8%) случаях, повторнородящие женщины – в 236 (39%), а первородящие женщины подвергаются реже – в 104 (17,2%) случаях.

Установлено, что у большинства пациенток (n=512) преэклампсия развилась при одноплодной беременности и у 92 (15,2%) беременных женщин с двойней.

У исследуемого контингента были установлены такие основные осложнения как: материнская смертность (1,7%), HELLP-синдром (1,2%) и послеродовое кровотечение (0,8%). Развитие этих серьёзных осложнений также обусловлено поздним обращением пациенток в медицинские учреждения, недостаточным информированием о возможных осложнениях и несоответствующим планом лечения (табл. 4).

Оценка осложнений у плода обследуемых женщин показала, что основными проблемами у них являются преждевременные роды – в 204 (33,8%) и перинатальная смертность – в 68 (11,2%) случаях.

**ТАБЛИЦА 4. ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ
У МАТЕРЕЙ ПРИ СИНДРОМЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ
И ЭКЛАМПСИИ**

Осложнения	Кол-во	%
HELLP-синдром	7	1,2
Отёк лёгких	3	0,5
Отслойка плаценты	3	0,5
Послеродовое кровотечение	5	0,8
Паралич	1	0,1
Сердечная недостаточность	2	0,3
Необратимая слепота	1	0,1
Почечная недостаточность	3	0,5
Материнская смертность	10	1,7
Без осложнений	569	94,3
Итого	604	100

Обсуждение. Выявленный низкий процент синдрома преэклампсии и эклампсии (2,7%) по сравнению с частотой встречаемости, приводимой в литературе (5-8%) [3,4], вероятнее всего объясняется высоким процентом домашних родов, так как пациентки с преэклампсией не обращаются в лечебное учреждение, а с умеренной преэклампсией – в основном лечатся амбулаторно.

В исследовании, проведённом в Намибии, возникновение эклампсии составляло 8-10% [10], в ходе нашей работы выявлено довольно большое количество случаев эклампсии (23,6%), что может объясняться поздним обращением беременных женщин с преэклампсией в лечебное учреждение, несоответствующим уходом и лечением пациенток с тяжёлой формой преэклампсии.

Согласно исследованию Moodley и Mashione, средним возрастом, предрасполагающим к возникновению преэклампсии, является 28 лет [3,10], почти



такие же результаты нами были получены и в ходе нашего исследования, большинство случаев преэклампсии наблюдается у женщин в возрасте от 23 до 28 лет (57,6%), то есть данной патологии подвержены, в основном, молодые беременные женщины. Однако возраст старше 35 лет также определяется как фактор риска для возникновения тяжёлой формы преэклампсии, но по нашим данным в этом возрасте тяжесть заболевания проявляется реже: тяжёлая преэклампсия – в 2,8% случаев и эклампсия – в 4,5%.

Другим фактором риска является количество предыдущих беременностей. В целевой группе среди первородящих беременных женщин не было выявлено случаев преэклампсии, что может быть объяснено ранним распознаванием этого заболевания, так как большинство молодых матерей уделяют первой беременности особое внимание, а в дальнейшем это внимание ослабевает. В результате, в группе, в которую входили женщины со второй беременностью, количество случаев возрастает до 15,2%, что, по-прежнему, ниже данных литературных источников [4,5,11].

Осложнения у матерей наблюдались в количестве 5,7%, среди них HELLP-синдром – 1,2%, отёк лёгких – 0,5%, отслойка плаценты – 0,5%, послеродовое кровотечение – 0,8%, временная слепота – 0,1%, почечная недостаточность – 0,5%, материнская смертность – 1,7% [4,7,12,13]. Из общего числа предрасполагающих факторов мы выделили анемию (21%), хроническую гипертензию (4,5%), диабет (0,6%) и заболевания почек (6%).

Таким образом, в целом, 2,7% беременностей в целевой группе были обусловлены различными степенями гипертензивных нарушений, среди которых 61,8% составляет тяжёлая преэклампсия и 23,6% – эклампсия.

Большинство случаев преэклампсии (57,6%) выявлены у молодых женщин в возрасте от 23 до 28 лет, а главными предрасполагающими факторами заболевания установлены анемия, заболевания почек. Главными осложнениями у матери являются HELLP-синдром, материнская смертность и послеродовое кровотечение, у плода – недоношенность и перинатальная смертность.

Признательность от автора. Хотел бы поблагодарить всех участников исследования, факультетских рецензентов за потраченное ценное время и усилия, способствовавших выполнению данного исследования.

Выражаю благодарность ректору Гератского государственного университета, доктору Ф.З. Мотасабада за оказанное доверие. Автор хотел бы поблагодарить весь персонал Гератской областной клинической больницы и Родильного дома г.Герата, особенно д-ра С. Алими, руководителя ГОБК, др. С.Сайида, специалиста по акушерству и гинекологии и главы ГРД за их сотрудничество.

ЛИТЕРАТУРА

1. Pitkin Joan Obstetrics and gynecology illustrated Color text / Joan Pitkin, Alison B. Peattie, Brian A. Magwan // Churchill Livingstone Elsevier science. – 2003; 174P.97-98.
2. Mashiloane C.D. Induction or Caesarean Section for Preterm Preeclampsia / C.D. Mashiloane, J. Moodly // Journal of obstetrics and gynecology. – 2002; P.353-356.
3. Alan H.D. Current Obstetrics and Gynecology Diagnosis and Treatment / H.D. Alan, L.P. Martin // Tabib Publications Tehran. – 2000; P.484-498.
4. Catherine J. Lee Daja review Obstetrics and Gynecology / J. Lee Catherine, S. Miller // McGraw-Hill companies USA. – 2008; 506 P.303-307.
5. Benson Handbook of Obstetrics and Gynecology / Benson, Martin L. Pernoll's // Medical Publishing division New York. St. lours San francisco Auckland Bogota Caracas. – 2001; 931P.380-393.
6. Hacker E. Essentials of obstetrics and gynecology / Hacker [et al.] // Elsevier science. – 2007; 493P.197-206.
7. Cuningham F. Gary. Williams Obstetrics / F.Gary. Cunningham [et al.] // Nasli Farda Publications Tehran. – 2010; P.1267: 706-749.
8. William K.P. Obstetrics Pregnancy Complications / K.P. William // Tabib Publications Tehran. – 2007; P. 89-108.
9. Gibbs R.S. Danforth's Obstetrics and Gynecology / R.S.Gibbs // Lippincott Williams and Wilkins Philadelphia. – 2008; P.260-280.
10. Berhe H.W. Pre eclampsia and its Outcomes in the Two Referral Hospitals/ H.W. Berhe // Windhoek Central and Katutura Namibia. – 2005; P.43.
11. Campbell Stuart Obstetrics by Ten teachers / Stuart. Campbell, Christophe lees // Printed and bound in India by Ajanta offset and packaging Ltd. New Delhi. – 2005; 373P.160-166, 304-306.
12. Bashir Altaf Textbook of Obstetrics/ Altaf Bashir // Markazi KutubKhana Urdu Bazar Lahore. – 2001; 393P.130-139.
13. Sibai B.M. Preeclamsia / B.M.Sibai // Lancet. – 2005; 365, P.785-799.



Summary

Clinical features and risk factors for preeclampsia and eclampsia in women in Afghanistan

Farid Shafik Ahmad, Muhammad Hassan Farid

Medical Faculty of the Herat State University, Afghanistan

A retrospective analysis of medical records 604 women (aged 23-28 years) suffering from preeclampsia pregnancy, provided by the State Maternity Hospital of Herat (Afghanistan) was conducted.

The frequency of hypertensive disorders was 2,7% from the total number of admitted pregnant, while in 14,6% of cases is diagnosed mild preeclampsia, in 61,8% – severe preeclampsia and in 23,6% – eclampsia. Among the investigated contingent identified maternal complications (5,7%), HELLP-syndrome (1,2%), postpartum hemorrhage (0,8%), preterm delivery (33,8%), while the maternal mortality rate was 1,6% and perinatal mortality – 11,2%.

Pregnancy was assessed in accordance with the preeclampsiapredisposing factors, such as anemia, renal failure, hypertension, diabetes, heart diseases, and liver lesion. As a result in 21% of the cases anemia and 6% – kidney failure are revealed.

Key words: preeclampsia, eclampsia, maternal and perinatal mortality, HELLP-syndrome

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Ахмад Шафик Фарид – преподаватель
медицинского факультета Гератского
государственного университета; Афганистан, Герат
E-mail: drahmadshafiqfarid@yahoo.com