

Профилактика преэклампсии в условиях женских консультаций

Б.М. Венцовский¹, К.О. Венцовский²

¹Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев

²Киевский городской перинатальный центр

Преэклампсия является одним из наиболее грозных осложнений беременности и родов, во многом определяя структуру материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. В настоящий момент общеизвестно, что единственным эффективным методом лечения преэклампсии является родоразрешение. Становится очевидным, что предупреждение возникновения преэклампсии – наиболее оптимальный метод решения этой тяжелой акушерской проблемы. Поэтому понятно внимание научного и практического акушерства к выделению из общей популяции беременных группы высокого риска развития преэклампсии с целью разработки мероприятий по предупреждению у них данной патологии. Существующие в настоящее время группы высокого риска по возникновению преэклампсии хорошо обоснованы и освещены в литературе. Однако обращает на себя внимание, что слишком большое количество беременных попадает в группы риска, поэтому мы постарались из всех существующих факторов риска развития преэклампсии отобрать наиболее часто встречающиеся.

Анализ архивных материалов 246 женщин, перенесших во время беременности и родов преэклампсию средней и тяжелой степени тяжести, дал нам основание выделить следующие факторы высокого риска. Среди этой группы женщин у 190 были первые роды (77%) и 56 женщин были повторнорожающими, причем из числа повторнорожающих у 49 (87%) при первой беременности имелась преэклампсия. Таким образом, можно утверждать, что преэклампсия значительно чаще встречается у повторнорожающих женщин. При повторных родах наличие при предыдущих родах клиники преэклампсии позволяет выделить беременных в группу очень высокого риска по возникновению преэклампсии.

Среди 190 первобеременных, перенесших преэклампсию, 47 были моложе 20 лет и 24 – старше 30 лет (соответственно 24,7% и 12,6%). В то же время среди 200 перворожающих женщин с физиологической беременностью (контрольная группа, взятая методом случайной выборки) моложе 20 лет были только 10,1% и старше 30 лет – 2,2%. Следовательно, крайние пределы репродуктивного возраста среди перворожающих женщин также являются достоверными факторами высокого риска развития преэклампсии.

Из общего числа женщин, истории родов которых были проанализированы, у 5 (2%) был диагностирован сахарный диабет, у 11 (4%) – тиреоидная патология, у 31 (12%) – почечная патология (у 6 – гломерулонефрит, у 5 – мочекаменный диатез, у 2 – нефроптоз, 1 беременная после правосторонней нефрэктомии в связи с гидронефрозом и у 17 – пиелонефрит).

Гипертензивный синдром имелся только у 1 женщины из группы перворожающих и у 17 беременных в группе повторнорожающих, у которых предыдущая беременность осложнилась преэклампсией. Таким образом, экстрагенитальная патология из общего количества женщин, вошедших в анализ, составила 25%: у первобеременных имелась чаще всего почечная патология, у повторнорожающих – гипертензивный синдром.

В последние годы появились сообщения о роли оксида азота в патогенезе преэклампсии. Недостаток оксида азота приводит к повышению артериального давления. Метаболический путь L-аргинин – оксид азота играет важную роль в поддержании нормальной эндотелиальной функции, обуславливая вазодилатацию. Аминокислота L-аргинин является единственным субстратом для синтеза NO эндотелиальными клетками сосудов, улучшая их функциональные свойства. На основании этих данных представляется целесообразным применение L-аргинина с целью профилактики эндотелиальной дисфункции в группах беременных высокого риска по развитию преэклампсии.

Под нашим наблюдением находились 27 беременных с высоким риском возникновения преэклампсии, которые составили I группу и проходили стандартное наблюдение и обследование. У 24 беременных группы высокого риска (II группа) в качестве дополнительного обследования определяли концентрацию L-аргинина. Эта группа женщин получала перорально биологическую добавку L-аргинин по 1 г 2 раза в сутки двумя циклами по 14 дней: с момента обращения и взятия на учет в ЖК (10–12 нед) и с 20 нед беременности (повторный курс).

Среди беременных I группы 15 женщин были первобеременными и 12 повторнорожающими. Беременные II группы разделились следующим образом: 14 перворожающих и 14 повторнорожающих. Беременные обеих групп имели 2 и более признаков, позволяющих отнести их к группе высокого риска развития преэклампсии.

Проверенный клинический анамнез показал, что среди беременных I группы у 6 перворожающих и у повторнорожающих беременность осложнилась преэклампсией легкой или средней степени тяжести, что в общей сложности составило 37%.

Во II группе женщины получали L-аргинин. Основанием для назначения L-аргинина служили еще более низкие концентрации в крови по сравнению с контрольной группой женщин с физиологическим течением беременности.

Исследования, проведенные на базе Киевского городского роддома № 7 (Л.В. Сазоненко, 2007), показали, что средние концентрации L-аргинина при физиологическом течении беременности составляли $153,4 \pm 3,71$ мкмоль/л. Средние концентрации L-аргинина у беременных II группы составили $131,4 \pm 5,1$ мкмоль/л ($p < 0,01$).

Беременность у 5 (20,8%) женщин II группы (3 перворожающие и 2 повторнорожающие) осложнилась преэклампсией легкой степени.

Таким образом, у беременных группы высокого риска, получавших L-аргинин, преэклампсия возникала реже и клиническое ее течение было более благоприятным.

Однако учитывая, что у каждой 5-й женщины при беременности высокого риска, получавшей L-аргинин, все же возникла преэклампсия, целесообразно продолжить исследования по выяснению более эффективных методов профилактики преэклампсии в группах высокого риска возникновения этого грозного осложнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зильбер А.П., Шифман Е.М., Павлов А.Г. Преэклампсия и эклампсия: клиничко-физиологические основы и алгоритмы диагностики: Учеб. пособие для врачей-курсантов. – Петрозаводск, 1997.
2. Айламазян Э.К., Мозговая Е.В. Гестоз: теория и практика. – М., 2006.
3. Сазоненко Л.В. Усовершенствование терапии преэклампсии на основе коррекции патогенетических изменений в системе L-аргинин-NO: Автореф. дис. ... канд. мед. наук по специальности акушерство и гинекология. – К.: Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, 2007.
4. Валленберг Х.С.С. Профилактика преэклампсии: возможно ли это? // Акушерство и гинекология. – 1998. – № 5. – С. 52–54.
5. Гуревич М.А., Стуров Н.В. Дефицит оксида азота и поддержание сосудистого гомеостаза: роль мониторингов и проблемы цитопротекции // Трудный пациент. – 2006. – № 3. – С. 23–29.
6. Felipe Vadillo-Ortega, Otilia Perichart-Perera, Salvador Espino et al. Effect of supplementation during pregnancy with L-arginine and antioxidant vitamins in medical food on pre-eclampsia in high risk population: randomised controlled trial // BMJ. – 2011; 342.
7. Buger R.H. The pharmacodynamics of L-arginine // J. Nutr. – 2007. – V. 137 (2007). – 1650S–1655S.
8. Facchinetti F., Saade G.R., Neri I. et al. L-arginine supplementation in patients with gestational hypertension: a pilot study // Hypertens Pregnancy. 2007. – V. 26 (1). – P. 121–130.