

# Прогнозування прееклампсії (Огляд літератури)

Т.Г. Романенко<sup>1</sup>, Т.М. Ігнатюк<sup>2</sup>, О.М. Суліменко<sup>1</sup>, Н.В. Єсип<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, м. Київ

<sup>2</sup>МЦ «ISIDA-IVF», м. Київ

У статті наведено огляд сучасної літератури щодо прогнозування прееклампсії. Гіпертензивні розлади під час вагітності є однією з основних причин материнської і перинатальної захворюваності і смертності в усьому світі. Прогностична модель – це альтернативна основа для клінічної практики, що дає можливість для прогнозування результатів і прийняття рішень щодо їхнього поліпшення. Наведено прогностичну цінність та специфічність цих моделей для можливого їхнього впровадження у практику. Проведено огляд практичних рекомендацій основних світових профільних організацій щодо використання прогностичних моделей.

**Ключові слова:** прееклампсія, прогнозування, вагітність, материнська смертність, гіпертензія, біохімічні маркери, доплерометрія судин матково-плацентарного комплексу.

Гіпертензивні розлади стають дедалі більш поширеною проблемою, з якою стикаються жінки усього світу під час вагітності. Згідно з даними Всесвітньої Організації Охорони здоров'я (ВООЗ), у розвинених країнах на частку гіпертензивних ускладнень, які стали причиною материнської смертності, припадає близько 30% випадків. Разом з передчасним відшаруванням плаценти, затримкою росту плода і невиношуванням вагітності прееклампсія належить до «великих акушерських синдромів» (Great Obstetrical Syndromes), пов'язаних з патологією плацентації. Понад 75% материнської смертності припадає на чотири причини: прееклампсія, сепсис, кровотечі і екстрагенітальні захворювання [1–3].

Отже, прееклампсія спільно з інфекційними ускладненнями і акушерськими кровотечами становить «смертельну тріаду», що є основною причиною материнської смерті. Слід відзначити, що прееклампсія залишається однією з основних причин захворюваності новонароджених (640–780‰) та перинатальної смертності (18–30‰). Крім того, прееклампсія пов'язана зі стресом і подальшою післяпологовою депресією [4–6].

Згідно з ВООЗ, тяжка прееклампсія ускладнює від 2 до 8% всіх вагітностей і в структурі прямих причин материнської смертності (МС), як і раніше, посідає друге місце і становить близько 14%. Та все ж слід зазначити, що означені вище причини материнських втрат, пов'язаних з гіпертензивними розладами, на конгресі FIGO (2018 р.) у Ріо-де-Жанейро представлені як попереджувані, що спонукає медичну спільноту до пошуку ефективних та точних методів прогнозування виникнення цих гіпертензивних розладів, до спектра яких належить прееклампсія [7–9].

На сьогодні в Україні прийнято прогнозувати розвиток прееклампсії на підставі наявності у вагітної тих чи інших клініко-анамнестичних факторів ризику [10]. Західні джерела вважають за доцільне також групувати останні у дві категорії – чинники високого та помірного ризику [11]. Важливість їхнього диференціювання полягає у доцільності призначення ацетилсаліцилової кислоти (АСК) як засобу профілактики за конкретних умов.

У табл. 1 наведені відповідні категорії факторів ризику і тактика лікаря у випадку їхнього виявлення. Однак ретроспективне оцінювання анамнестичних даних часто ускладнюється відсутністю достовірних записів в амбулаторних картах вагітних, власною необізнаністю жінки щодо наявності чи відсутності у неї тих чи інших медичних проблем та, у більш глобальному плані, недостатнім діагностуванням їх у населення країни в цілому. Також встановлено, що аналіз даних з анамнезу матері дозволив виявити лише 37% жінок з встановленим пізніше раннім маніфестом прееклампсії і 29% з пізнім маніфестом прееклампсії при показнику хибнопозитивних результатів на рівні 5% [12].

У табл. 1 наведені відповідні категорії факторів ризику і тактика лікаря у випадку їхнього виявлення.

Однак ретроспективне оцінювання анамнестичних даних часто ускладнюється відсутністю достовірних записів в амбулаторних картах вагітних, власною необізнаністю жінки щодо наявності чи відсутності у неї тих чи інших медичних проблем та, у більш глобальному плані, недостатнім діагностуванням їх у населення країни в цілому. Також встановлено, що аналіз даних з анамнезу матері дозволив виявити лише 37% жінок з встановленим пізніше раннім маніфестом прееклампсії і 29% з пізнім маніфестом прееклампсії при показнику хибнопозитивних результатів на рівні 5% [12].

Таблиця 1

**Фактори ризику розвитку прееклампсії та профілактика розвитку захворювання відповідно до групи ризику [11]**

Рівень ризику	Фактори ризику	Рекомендації
Високий	Прееклампсія в анамнезі Багатоплідна вагітність Хронічна артеріальна гіпертензія Цукровий діабет 1-го або 2-го типу Захворювання нирок Аутоімунні захворювання (системний червоний вовчак, антифосфоліпідний синдром)	Рекомендовані низькі дози ацетилсаліцилової кислоти (АСК) за наявності одного чи більше факторів з даної групи
Помірний	Відсутність пологів в анамнезі Ожиріння (індекс маси тіла (ІМТ) >30 кг/м <sup>2</sup> ) Прееклампсія у близьких родичок (мати або сестра) Соціодемографічні фактори (приналежність до афроамериканців, низький соціально-економічний статус) Вік ≥35 років Окремі дані акушерського анамнезу (низька маса тіла дитини при народженні, малий для гестаційного віку плід при попередній вагітності, несприятливі наслідки попередньої вагітності, тривалий (>10 років) інтервал між вагітностями)	Вирішити питання про призначення низьких доз АСК у випадку наявності ≥2 факторів з даної групи
Низький	Попередня вагітність без ускладнень з терміновими пологоми	Не рекомендоване застосування низьких доз АСК