



№1!

ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ С ПОЗИЦИЙ УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ



Ю.В. ДАВИДОВА

д. мед. н., зав. отделением акушерских проблем экстрагенитальной патологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

Преэклампсия осложняет примерно 10% беременностей, но существуют значительные географические различия в заболеваемости. В Великобритании тяжелая преэклампсия встречается в 5 случаях на 1 000 родов, а эклампсия – в 4,9 случаев на 10 000 родов. Частота тяжелой преэклампсии в европейских странах колеблется от 2/1 000 (родов) в Норвегии, до 6,4/ 1 000 (родов) в Бельгии и Венгрии.

Комитет по конфиденциальному аудиту материнских и детских потерь представил данные о том, что преэклампсия и эклампсия занимают второе место среди материнской смертности от прямых причин, составляя 0,83 случая на 100 000 родов.

Мировая статистика показывает, что смертность от преэклампсии может составлять 0,4%, в то время от эклампсии варьирует от 6,1% в развивающихся странах до 1,8% в Великобритании. Оценка частоты материнской смертности в развивающихся странах (Азии, Африки, Латинской Америки и Карибского бассейна) доказывают, что 10–15% случаев материнской смертности связаны с преэклампсией. Тяжелая преэклампсия также связана со значительным повышением материнской заболеваемости, в том числе вследствие эклампсических судорог, внутримозгового кровоизлияния, отека легких, сердечной недостаточности, острой почечной недостаточности, дисфункции печени и нарушения коагуляции.

Именно поэтому перинатальный менеджмент при преэклампсии во всем мире все еще представляет вызов для врачей, организаторов здравоохранения и перинатальной службы. При этом клиническое решение делается на основании интуиции, концептов вероятности, применимости и возможной ценности принятого решения. Ор-

ганизаторы здравоохранения и перинатальная служба стараются соответствовать нуждам пациентов, используя ресурсы персонала и учреждений максимально эффективно. Для того, чтобы эти направления могли действовать синергично, создаются клинические протоколы, рекомендации, основанные на данных доказательной медицины. Одними из наиболее отвечающих требованиям времени являются клинические рекомендации, составленные Канадским обществом акушеров-гинекологов.

Несмотря на значительные успехи фундаментальной и клинической медицины, преэклампсия все еще является сложным и грозным осложнением беременности. Динамика ее клиники сопровождается большим разнообразием – во многих случаях непредсказуемостью клинических проявлений, а также неблагоприятных исходов как для здоровья матери, так и плода.

Прогнозирование и предупреждение прогрессирования преэклампсии является серьезной проблемой для врачей. Различные стратегии были предложены и испытаны для профилактики преэклампсии. К ним относятся низкие дозы аспирина, а также антиоксиданты, цинк, магний и препараты кальция. В то время как некоторые исследования показали многообещающие результаты, ряд крупных многоцентровых исследований не дали возможности сделать окончательные выводы. Кроме того, поскольку попытки разработать надежный тест для прогнозирования преэклампсии не увенчались успехом, работники здравоохранения сосредоточены на раннем выявлении и диагностике заболевания путем комплексной оценки факторов риска и некоторых биомаркеров.

Анализируя представленные клинические рекомендации, можно заключить, что основными составляющими лечения гипертензивных нарушений во время беременности, в зависимости от стадии заболевания, являются антигипертензивные, противосудорожные препараты и досрочное родоразрешение.

Также очевидно, что учреждения перинатальной службы различных уровней должны взаимодействовать на постоянной и скоординированной основе, чтобы обеспечить надлежащий уровень медицинской помощи.

Следует обратить внимание на два аспекта:

- во-первых, необходим мультидисциплинарный подход (команда врачей ряда специальностей) к индивидуальной оценке состояния матери и плода, а также характера развития плода;
- во-вторых, организации, отвечающие за перинатальную помощь, должны разработать систему перинатального менеджмента для таких пациенток, чтобы обеспечить доступ к медицинским услугам высокого качества, эффективность и результативность в преодолении последствий гипертензивных нарушений, а также для обеспечения врачам соответствующих ресурсов для оказания необходимой помощи.

Идеальный баланс этих составляющих достаточно сложный в достижении, так как врачи должны принимать во внимание возможные изменения в степени тяжести преэклампсии индивидуального характера, и потому медицинские услуги отличаются, с точки зрения ресурсов, для соответствующих потребностей.

В прежние годы стратегия перинатальной помощи при преэклампсии создавалась на основе «логической ступенчатой структуры управления» (logical stepwise management structure) для лечения пациенток с тяжелой гипертензией, вызванной беременностью, в ней основной целью было обследование всех беременных и обеспечение непрерывности и преемственности помощи. Однако эта структура управления не предлагала рекомендаций для принятия клинических решений, основанных на динамической оценке состояния здоровья. Канадским обществом по диагностике и лечению гипертонии на согласительной конференции предложен полный и исчерпывающий набор научно

обоснованных рекомендаций и критериев для установления диагноза, лечения и тактики ведения гипертензивных нарушений во время беременности.

В то время как клинические рекомендации предлагают общий курс действий и включают различные диагностические и лечебные процедуры на разных стадиях развития преэклампсии, их реализация в ряде стран обеспечивается с использованием так называемых «критических путей» (critical pathways). Критический путь (CP) представляет собой способ мониторинга и управления этим осложнением, обеспечивая последовательность и сроки оказания соответствующей перинатальной помощи, адекватные состоянию пациентки в любой момент времени в широком диапазоне проявлений тяжести преэклампсии.

Комитеты по материнской смертности, используя такие CP, смогли оценить серьезные недостатки в лечении беременных с преэклампсией в результате критических состояний (near-miss) и случаев смертности. По данным этих комитетов, пациентки с преэклампсией должны быть определены на первичном уровне медицинской помощи (амбулаторно), в то время как лечение должно быть обеспечено на вторичном и третичном уровнях. Одним из наиболее важных потенциальных преимуществ CP является раннее выявление преэклампсии. Раннее обнаружение, в соответствии со стандартными критериями, позволит обеспечить своевременное лечение и ведение преэклампсии и облегчить координацию между различными уровнями оказания медицинской помощи. Основная цель заключается в сокращении числа пациенток, у которых преэклампсия прогрессирует в более тяжелые формы, что позволит снизить показатели материнской заболеваемости и смертности. С точки зрения оценки управления качеством, еще одно преимущество CP заключается в определении надежных критериев для оценки качества медицинской помощи, оказываемой при различной степени тяжести преэклампсии.

Таким образом, при разработке Национального клинического протокола по ведению преэклампсии целесообразно учитывать клинические рекомендации Канадского общества акушеров-гинекологов, а также опыт разработки CP для оценки эффективности выполнения данного протокола.

