

# Преєклампсія: лікування та прогноз

## Preeclampsia: Management and prognosis

Literature review current through: Apr 2019. | This topic last updated: Apr 30, 2019.

### Висновки та рекомендації

• Основне лікування преєклампсії – це пологорозродження для запобігання розвитку материнських або фетальних ускладнень. Термін пологорозродження залежить від терміну гестації, тяжкості преєклампсії, стану матері та плода.

• Преєклампсія з ознаками тяжкого захворювання зазвичай розглядається як показання до пологорозродження незалежно від терміну вагітності, зважаючи на високий ризик материнських ускладнень. Проте пролонгування вагітності в умовах стаціонару третього рівня або після консультації з фахівцем з материнської та плодової медицини є можливим для деяких жінок з малим терміном гестації (<34 тиж вагітності).

• Преєклампсія не є показанням до кесарева розтину. Більшість пацієнтів з преєклампсією з або без ознак тяжкого захворювання можуть народжувати вагінально. Кесарів розтин слід робити за звичайними акушерськими показаннями.

• Антигіпертензивна терапія показана для лікування стійкої тяжкої гіпертензії (систоличний артеріальний тиск  $\geq 160$  мм рт.ст., діастолічний артеріальний тиск  $\geq 110$  мм рт.ст.) для запобігання інсульту. Антигіпертензивна терапія не запобігає еклампсії. Антигіпертензивна терапія для боротьби з м'якою гіпертензією не змінює перебіг преєклампсії, не зменшує пренатальну захворюваність та смертність, її слід уникати у більшості пацієнток.

• Для жінок з неважкою преєклампсією автори пропонують вибірковою тактику з пологорозродженням у 37 тиж вагітності (2В). Більш раннє пологорозродження проходить за стандартними акушерськими показаннями.

• Експерти рекомендують пологорозроджувати жінок з преєклампсією у терміні вагітності 37 тиж навіть за відсутності ознак тяжкої преєклампсії.

Переваги індукції пологів при доношеній вагітності були проілюстровані у багатоцентровому дослідженні (NUPITAT), у якому 756 жінок з легкою преєклампсією або гестаційною гіпертензією і терміном вагітності від 36+0 до 41+0 тижнів гестації були розподілені до групи індукції пологів протягом 24 год після рандомізації або до групи лікування з материнським/фетальним моніторингом.

Рутинна індукція пологів була пов'язана зі зниженням тяжких материнських наслідків (материнської захворюваності і смертності) на 30% (31% проти 44%; RR 0,71; 95% CI 0,59–0,86).

• Спостереження під час вагітності у жінок з неважкою преєклампсією:

- частий лабораторний моніторинг (кількість тромбоцитів, печінкові та ниркові функції),
- оцінювання материнського артеріального тиску та симптомів,
- визначення розвитку і самопочуття плода.

У більшості пацієнток антигіпертензивна терапія не показана при рівні систолічного артеріального тиску <160 мм рт.ст. або діастолічного артеріального тиску <110 мм рт.ст.

• Для жінок із живим плодом і преєклампсією <34 тиж вагітності автори рекомендують курс антенатальних глюкокортикоїдів (бетаметазон) (1А). Використання стероїдів у терміні з 34 по 36 тижнів є контрверсійним.

• Для жінок з тяжкою преєклампсією автори рекомендують профілактику еклампсії під час та після пологів (1А). Перевага профілактики еклампсії менш ясна у жінок без ознак тяжкої преєклампсії. Проте автори також пропонують профілактику під час та після пологів у цих жінок (2В класу). Автори рекомендують використовувати сульфат магнію як препарат першої лінії (1А).

• Автори використовують навантажувальну дозу 6 г сульфату магнію внутрішньовенно протягом 15–20 хв, потім – 2 г/год. Підтримувальну дозу продовжують тільки тоді, коли присутні колінні рефлексі (втрата рефлексів є першим проявом симптоматичної гіпермагніємії), частота дихання перевищує 12 вдихів/хв, діурез більше 100 мл за 4 год.

• Підтримувальну дозу (але не навантажувальну) слід коригувати у жінок з нирковою недостатністю. Автори використовують 1 г/год, якщо сироватковий креатинін >1,2 і <2,5 мг/дл (106 до 221 мкмоль/л), підтримувальну дозу не використовують, якщо креатинін у сироватці становить  $\geq 2,5$  мг/дл (221 мкмоль/л).

• Токсична дія магнію рідко зустрічається у жінок з нормальною функцією нирок. Токсична дія пов'язана з такою концентрацією магнію у сироватці: втрата глибоких сухожильних рефлексів відбувається при концентрації магнію від 7 до 10 мекв/л (від 8,5 до 12 мг/дл або 3,5–5 ммоль/л), параліч дихання – від 10 до 13 мекв/л (12–16 мг/дл або 5,0–6,5 ммоль/л), провідність серця змінюється при концентрації >15 мекв/л (>18 мг/дл або > 7,5 ммоль/л), і зупинка серця відбувається при концентрації магнію >25 мекв/л (>30 мг/дл або >12,5 ммоль/л).

• Клінічну оцінку токсичної дії магнію слід проводити кожні 1–2 год. Рівень магнію у сироватці автори визначають кожні 6 год як доповнення до клінічної оцінки у пацієнтів, у яких виник напад судом під час магnezіальної терапії, та у пацієнтів з клінічними ознаками токсичної дії магнію чи нирковою недостатністю.

• Жінкам із зупинкою серця або серйозною кардіореспіраторною патологією, пов'язаною з гіпермагніємією, уводять 15–30 мл 10% розчину кальцію глюконату внутрішньовенно протягом 2–5 хв. Початкову дозу 10 мл 10% розчину використовують у пацієнток з менш серйозними, але небезпечним для життя кардіореспіраторними проявами токсичної дії магнію.

• Для пацієнтів з тяжкою тромбоцитопенією (тромбоцити <50 000/мікроЛ) замовляють тромбоцити для трансфузії на випадок кровотечі під час пологорозродження. Рішення про профілактичне переливання тромбоцитів у жінок з важкою тромбоцитопенією, пов'язаною з преєклампсією, але без надмірної кровотечі, залежить від індивідуальних факторів; консультація з гематологічною службою може бути корисною

• Необхідно ретельно стежити за балансом рідини, щоб уникнути надмірного введення, що може призвести до набряку легень. Інфузії збалансованого сольового або ізотонічного фізіологічного розчину приблизно зі швидкістю 80 мл/год є достатніми. За наявності олігурії, яка не відповідає на провокаційну дозу інфузійного розчину (наприклад 300 мл), слід припустити наявність ниркової недостатності для зменшення ризику ятрогенного набряку легень.

• Існує підвищений ризик гестозу під час наступних вагітностей. Ранній початок важкої преєклампсії має більш високий ризик рецидиву, ніж більш легка форма.

• American Heart Association вважає преєклампсією або гестаційною гіпертензією, значним фактором ризику розвитку серцево-судинних захворювань (ішемічної хвороби серця, інсульту і серцевої недостатності). Догляд за жінкою повинен включати оцінювання факторів ризику розвитку серцево-судинних захворювань, включаючи анамнез гіпертензивних розладів під час вагітності.