

## ПРЕЭКЛАМПСИЯ: ОТ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ К ЭТАПАМ РЕАБИЛИТАЦИИ

Абдуллаева Л.М., Ташпулатова Б.О.

*Ташкентский государственный медицинский университет*

**Аннотация.** *Преэклампсия остаётся одной из ключевых причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Современное понимание этого состояния выходит за пределы исключительно акушерской проблемы: преэклампсия рассматривается как мультисистемный синдром эндотелиальной дисфункции и как маркер будущего сердечно-сосудистого и почечного риска у женщины. Цель статьи — обобщить современные данные о диагностике преэклампсии, принципах неотложной помощи, акушерской тактике и этапах послеродовой реабилитации. Представлен обзор актуальных международных рекомендаций и аналитических публикаций. Показано, что эффективное ведение пациентки включает раннюю диагностику, своевременную профилактику и лечение судорожного синдрома магния сульфатом, быстрое купирование тяжёлой артериальной гипертензии, определение оптимальных сроков родоразрешения, а также обязательное послеродовое наблюдение с оценкой кардиометаболического и нефрологического риска. Сделан вывод о необходимости преемственной модели ведения пациенток — от отделения интенсивной терапии до амбулаторного диспансерного наблюдения и прегравидарной подготовки к следующей беременности.*

**Ключевые слова:** *преэклампсия, эклампсия, магния сульфат, артериальная гипертензия беременных, послеродовое наблюдение, реабилитация, сердечно-сосудистый риск, хроническая болезнь почек.*

Преэклампсия — это гипертензивное осложнение беременности, возникающее после 20 недель гестации и проявляющееся повышением артериального давления в сочетании с протеинурией и/или признаками поражения органов-мишеней [1, 2]. По данным Всемирной организации здравоохранения, преэклампсия осложняет примерно 2–8% беременностей и остаётся одной из ведущих причин материнской и перинатальной смертности во всём мире [3]. Современные клинические подходы рассматривают преэклампсию не как изолированное акушерское состояние, а как мультисистемный синдром с выраженной эндотелиальной дисфункцией, расстройствами гемостаза, нарушением функции печени, почек и центральной нервной системы [1, 3].

Особую клиническую значимость преэклампсия приобретает в связи с её отсроченными последствиями. Перенесённая преэклампсия ассоциирована с

более высоким риском хронической артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, инсульта, хронической болезни почек и неблагоприятных исходов при последующих беременностях [4, 8]. В связи с этим ведение таких пациенток должно строиться как непрерывный маршрут: антенатальное выявление риска, неотложная помощь, рациональное родоразрешение, послеродовой мониторинг и долгосрочная профилактика.

В основе преэклампсии лежит нарушение инвазии трофобласта и ремоделирования спиральных артерий, что приводит к снижению маточно-плацентарной перфузии. На этом фоне формируется системная эндотелиальная дисфункция с выбросом антиангиогенных и провоспалительных факторов, развитием вазоспазма, микротромбоза и полиорганных нарушений [1, 3]. Именно эндотелиальное повреждение связывает острое течение заболевания с его поздними сердечно-сосудистыми и почечными последствиями.

К факторам высокого риска относятся преэклампсия в анамнезе, хроническая артериальная гипертензия, хроническая болезнь почек, сахарный диабет, аутоиммунные заболевания, многоплодная беременность [2, 5]. Умеренный риск повышают первородство, возраст 40 лет и старше, ожирение, длительный интервал между беременностями и семейный анамнез преэклампсии [2, 5]. Выявление этих факторов уже на ранних сроках позволяет определить группу пациенток, которым требуется профилактика низкими дозами аспирина и более интенсивное наблюдение.

Согласно современным рекомендациям, диагноз преэклампсии устанавливают при впервые возникшем после 20 недель беременности артериальном давлении  $\geq 140/90$  мм рт. ст. в сочетании с протеинурией либо признаками органной дисфункции [1]. Критериями тяжёлого течения относят стойкое артериальное давление  $\geq 160/110$  мм рт. ст., тромбоцитопению, повышение трансаминаз, ухудшение функции почек, выраженную головную боль, зрительные нарушения, боль в эпигастрии, отёк лёгких, признаки плацентарной недостаточности и задержки роста плода [1, 2].

Клиническая оценка должна быть комплексной и включать не только измерение артериального давления, но и определение белка в моче, общего анализа крови, уровня тромбоцитов, креатинина, трансаминаз, оценку неврологических симптомов и состояния плода. При тяжёлых проявлениях пациентка подлежит немедленной госпитализации в стационар соответствующего уровня. Главная цель на этом этапе — не пропустить переход к эклампсии, инсульту, HELLP-синдрому, острой почечной недостаточности и отёку лёгких [1, 2].

Неотложная помощь при преэклампсии должна быть направлена на быстрое снижение риска материнских осложнений и стабилизацию состояния плода. При

тяжёлой артериальной гипертензии антигипертензивная терапия должна начинаться без промедления; международные рекомендации рассматривают лабеталол, гидралазин и нифедипин как основные препараты для экстренного снижения давления в зависимости от клинической ситуации и локального протокола [1, 2].

Магния сульфат остаётся препаратом выбора для профилактики и лечения судорог при преэклампсии с тяжёлыми проявлениями и эклампсии [1, 3]. Его назначение снижает риск повторных судорог и материнской смертности. При развитии эклампсии первостепенное значение имеют обеспечение проходимости дыхательных путей, профилактика аспирации, оксигенотерапия, мониторинг жизненно важных функций и введение магния сульфата. Эклампсия сама по себе не является автоматическим показанием к немедленному кесареву сечению: способ и срок родоразрешения определяются после стабилизации состояния матери и оценки акушерской ситуации [1].

Инфузионная терапия у таких пациенток требует особой осторожности, поскольку избыточная инфузионная нагрузка увеличивает риск отёка лёгких. Поэтому объём инфузии, диурез и дыхательный статус должны строго контролироваться. Параллельно проводится лабораторный мониторинг тромбоцитов, функции печени и почек, а также динамическая оценка состояния плода [1, 2].

Единственным патогенетически обоснованным методом завершения преэклампсии остаётся родоразрешение. Однако клиническое решение должно основываться на балансе материнских и перинатальных рисков. При преэклампсии без тяжёлых проявлений беременность при возможности пролонгируют до 37 недель под тщательным наблюдением. NICE рекомендует инициировать роды в течение 24–48 часов после 37 недель при преэклампсии, если отсутствуют показания к более раннему завершению беременности [2].

При преэклампсии с тяжёлыми проявлениями после 34 недель показано родоразрешение после первичной стабилизации состояния матери. До 34 недель ожидаемая тактика допустима только в стационаре III уровня при непрерывном мониторинге и наличии возможностей интенсивной терапии матери и новорождённого [1, 2]. Показаниями к немедленному завершению беременности служат неконтролируемая гипертензия, эклампсия, HELLP-синдром, нарастающая почечная или печёночная недостаточность, отёк лёгких, отслойка плаценты, выраженный дистресс плода.

### Этапность маршрутизации пациентки после преэклампсии

Этап	Срок	Основные задачи	Ключевые действия
I. Стационарный	0–72 часа после родов	Профилактика осложнений, контроль АД, завершение интенсивной терапии	Мониторинг давления, симптомов, диуреза; контроль тромбоцитов, креатинина, трансаминаз; коррекция антигипертензивной терапии.
II. Ранний амбулаторный	3–14-е сутки	Выявление поздней гипертензии и послеродовой преэклампсии	Контроль АД на 3–5-е сутки и далее; обучение пациентки тревожным симптомам; оценка необходимости продолжения лечения.
III. Контроль восстановления	6–8 недель	Оценка регресса протеинурии и органной дисфункции	Медицинский осмотр, анализ мочи, контроль функции почек и печени, решение вопроса о консультации терапевта, нефролога или кардиолога.
IV. Долгосрочная профилактика	3 месяца и далее	Снижение сердечно- сосудистого и почечного риска	Диспансерное наблюдение, контроль АД, массы тела, липидов, гликемии; планирование следующей беременности и профилактика рецидива.

Послеродовой период не должен рассматриваться как завершение лечения. Напротив, именно в первые дни и недели после родов сохраняется высокий риск тяжёлой гипертензии, судорог, церебральных осложнений и декомпенсации соматической патологии. NICE рекомендует у женщин с преэклампсией измерять артериальное давление не менее 4 раз в сутки в стационаре, как минимум один раз между 3-м и 5-м днём после родов, а при сохраняющейся гипертензии — продолжать мониторинг до нормализации показателей [2]. При отсутствии ранее

назначенной терапии антигипертензивные препараты показаны при АД 150/100 мм рт. ст. и выше [2].

ACOG рекомендует контролировать артериальное давление не позднее 7–10 суток после родов у всех женщин с гипертензивными расстройствами беременности, а при тяжёлой гипертензии — ещё раньше, в течение первых 72 часов [6]. Такое наблюдение позволяет своевременно диагностировать позднюю послеродовую преэклампсию, которая может дебютировать уже после выписки из стационара. На амбулаторном этапе пациентка должна быть обучена распознаванию тревожных симптомов: интенсивной головной боли, мелькания «мушек» перед глазами, боли в эпигастрии, одышки, тошноты, внезапного нарастания отёков.

Через 6–8 недель после родов необходимо оценить регресс клинических и лабораторных нарушений. NICE рекомендует всем женщинам, перенёвшим преэклампсию, провести медицинский осмотр в эти сроки; при сохраняющейся протеинурии или нарушении функции почек требуется повторная оценка и решение вопроса о направлении к специалисту [2]. Именно этот этап целесообразно рассматривать как начало реабилитации в широком смысле — с переходом от контроля острого состояния к профилактике отдалённых осложнений.

Перенесённая преэклампсия является установленным фактором высокого сердечно-сосудистого риска. Научные заявления Американской кардиологической ассоциации подчёркивают необходимость использования неблагоприятных исходов беременности как части стандартной оценки риска сердечно-сосудистых заболеваний у женщин [4]. Следовательно, в программу наблюдения после преэклампсии должны входить контроль артериального давления, массы тела, липидного спектра, углеводного обмена и модификация образа жизни.

Нарастают доказательства и нефрологических последствий перенесённой преэклампсии. По данным систематических обзоров, риск хронической болезни почек после преэклампсии увеличивается примерно в 2–3 раза, а риск терминальной почечной недостаточности может возрасти ещё значительно, особенно после тяжёлых и ранних форм заболевания [8]. Это обосновывает необходимость выделения пациенток с перенесённой преэклампсией в отдельную группу нефрологического наблюдения при наличии сохраняющейся протеинурии, сниженной скорости клубочковой фильтрации или эпизодов острого повреждения почек в анамнезе.

Для профилактики рецидива в последующих беременностях международные рекомендации советуют проводить прегравидарную оценку соматического статуса и начинать профилактику низкими дозами аспирина у женщин группы

высокого риска. NICE рекомендует 75–150 мг аспирина ежедневно с 12 недель до родов [2], а ACOG — 81 мг/сут с началом между 12 и 28 неделями, оптимально до 16 недель [5]. В популяциях с низким потреблением кальция ВОЗ рекомендует кальциевую профилактику во время беременности для снижения риска преэклампсии [7].

### **Заключение**

Преэклампсия представляет собой многоэтапную клиническую проблему, требующую не только неотложной акушерской помощи, но и дальнейшей реабилитации. Современный стандарт ведения включает раннюю диагностику, своевременное применение магния сульфата, быстрое купирование тяжёлой гипертензии, рациональное определение сроков и способа родоразрешения, активное послеродовое наблюдение и долгосрочную кардио-нефрологическую профилактику. Такой преемственный подход позволяет снизить материнские и перинатальные потери, уменьшить частоту поздних осложнений и улучшить качество жизни женщин, перенёсших преэклампсию.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Gestational Hypertension and Preeclampsia. Practice Bulletin No. 222. *Obstetrics & Gynecology*. 2020;135(6):e237-e260. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2020/06/gestational-hypertension-and-preeclampsia> (accessed 27.03.2026).
2. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Hypertension in pregnancy: diagnosis and management (NG133). London: NICE; 2019. Updated review 2023. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng133> (accessed 27.03.2026).
3. World Health Organization (WHO). Pre-eclampsia: fact sheet. Geneva: WHO; updated 10 Dec 2025. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pre-eclampsia> (accessed 27.03.2026).
4. American Heart Association. Opportunities in the Postpartum Period to Reduce Cardiovascular Disease Risk Following Adverse Pregnancy Outcomes. *Circulation*. 2024. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001212> (accessed 27.03.2026).
5. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Low-Dose Aspirin Use During Pregnancy. Committee Opinion No. 743, reaffirmed and complemented by 2021 practice advisory. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee->

opinion/articles/2018/07/low-dose-aspirin-use-during-pregnancy (accessed 27.03.2026).

6. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Optimizing Postpartum Care. Committee Opinion. 2018. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/05/optimizing-postpartum-care> (accessed 27.03.2026).

7. World Health Organization (WHO). Calcium supplementation during pregnancy to reduce the risk of pre-eclampsia. Geneva: WHO; 2018, updated pages 2023. Available from: <https://www.who.int/tools/elena/interventions/calcium-pregnancy> (accessed 27.03.2026).

8. Haudiquet M, et al. A systematic review on the determinants of long-term kidney sequelae after preeclampsia. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2025. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40275622/> (accessed 27.03.2026).

9. World Health Organization (WHO). WHO recommendations on antiplatelet agents for the prevention of pre-eclampsia. Geneva: WHO; 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037540> (accessed 27.03.2026).