



© Г. М. Савельева¹,
В. И. Краснопольский²,
А. Н. Стрижаков³, М. А. Курцер¹,
В. Е. Радзинский⁵, Р. И. Шалина¹

КАКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ГЕСТОЗОВ (ПРЕЭКЛАМПСИИ) ДОЛЖЕН ПРИДЕРЖИВАТЬСЯ ВРАЧ В ПОВСЕДНЕВНОЙ РАБОТЕ?

¹РНИМУ им. Н. И. Пирогова, г. Москва;

²ГБУЗ МО МОНИИАГ, г. Москва;

³1-й МГМУ им. И. М. Сеченова, г. Москва;

⁴Российский университет дружбы народов,
г. Москва;

УДК: 618.3-008.6

■ Современное обозначение гестоза, как преэклампсии и эклампсии, исключает понятие «преэклампсия» как периода, непосредственно предшествующего приступу эклампсии, что приводит к несвоевременной и неадекватной терапии. Авторы в повседневной работе акушера предлагают использовать терминологию, включающую в себя следующие термины: гестоз различной степени тяжести, преэклампсия и эклампсия.

■ **Ключевые слова:** гестоз; преэклампсия; эклампсия.

Данное сообщение группы отечественных акушеров продиктовано необходимостью упорядочить классификацию гестоза (преэклампсии) с целью осуществления своевременной диагностики и терапии данного весьма серьезного и нередко встречающегося осложнения беременности (18–25%).

Известно, что в медицине правильно и своевременно поставленный диагноз определяет адекватность и эффективность лечебных мероприятий, а в акушерской практике сохраняет здоровье и жизнь как матери, так и ребенка.

На страницах «Журнала акушерства и женских болезней» академик РАМН, профессор Э. К. Айламазян и профессор М. А. Репина [1], излагая комментарии к клиническому протоколу «Гипертензия во время беременности, преэклампсия, эклампсия» (клинический протокол, предложенный НЦ АГиП им. В. И. Кулакова), вновь подняли вопрос о необходимости унифицировать понятие гестоза в зависимости от тяжести и характера его проявлений.

В настоящее время хорошо изучен патогенез гестоза. Благодаря многочисленным исследованиям, большое значение предается сочетанию торможения инвазии цитотрофобласта в спиральные артерии матки, эндотелиальной дисфункции, оксидантному стрессу, гиперкоагуляции, нарушению микроциркуляции. Пусковой механизм этих процессов окончательно не установлен. Известно только, что изменения в формирующейся плаценте в конечном счете приводят к ее гипоксии и способствуют развитию плацентарной недостаточности, а распространяясь на жизненно важные органы беременной, формируют специфические клинические проявления гестоза. Доказано [4], что при рано начавшемся гестозе частота различных осложнений в 1,5–3,4 раза выше, чем при позднем его проявлении.

В связи с отсутствием точных данных об этиологии единого обозначения вышеперечисленных процессов в организме беременной нет. В нашей стране, как и во многих других странах, использовались различные обозначения: поздний токсикоз, нефропатия с соответствующими стадиями заболевания (отеки беременных, легкая, средней степени тяжести, тяжелая, преэклампсия и эклампсия); ОПГ гестозы (отеки, протеинурия, гипертония) по аналогии с классификацией, предложенной комитетом экспертов ВОЗ ЕРН-гестозы (edema, proteinuria, hypertension). При каждой из вышеперечисленных классификаций сохранялось понятие преэклампсии, как периода, предшествующего непосредственно эклампсии.

Таблица 1

Предложенная классификация гестоза форумом «Мать и дитя», 2005 год

По степени тяжести:	Параметры для оценки степени тяжести
<p><i>Гестоз легкой степени.</i> Требует лечения. <i>Гестоз средней тяжести.</i> Необходимо лечение и решение вопроса о возможности пролонгирования беременности. <i>Гестоз тяжелой степени.</i> Требует быстрого и бережного родоразрешения. <i>Преэклампсия</i> (наличие неврологической симптоматики). Критическое состояние, требующее проведения неотложных мероприятий с последующим родоразрешением. <i>Эклампсия:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Судорожная <ul style="list-style-type: none"> ◦ Почечная (анурия) ◦ Печеночная (гепатопатия) ◦ Мозговая (эцефалопатия) • Бессудорожная (эклампсическая кома). <p>Требует реанимационных мероприятий, немедленного родоразрешения</p>	Отеки
	Протеинурия
	Систолическое АД
	Диастолическое АД
	Срок появления симптомов
	ВЗР или хронической гипоксии плода
	Фоновые заболевания

Понятие преэклампсии было введено в конце XIX века. Образно излагая это понятие, он писал, что симптомы преэклампсии настолько характерны, что могут быть собраны в определенную группу и составлять особую клиническую картину, называемую *preeclampsia, status preeclampticus* (цитируется по Гентеру Г. Г.) [2].

За рубежом, как указывают Э. К. Айламазян и М. А. Репина (2012) [1], было предложено понятие «преэклампсия» расширить, включая проявления всех стадий осложнений, предшествующих эклампсии, тем самым устранив самый важный период, непосредственно перед наступлением судорог. По данной классификации различают преэклампсию умеренной степени и тяжелую (*milde and severe*), далее — эклампсия. В созданных в нашей стране документах «Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности» (2010) [3] также упоминалась классификация по отношению к гестозам, состоящая из двух понятий: преэклампсия и эклампсия. Однако практика показала нецелесообразность такой градации.

В работе Г. М. Савельевой и соавт. (2010) [7], посвященной эклампсии в современном акушерстве, на основе анализа клинических наблюдений

(51 история с эклампсией в учреждениях департамента здравоохранения г. Москвы) доказывалось, что несвоевременно выделенное понятие «преэклампсия», как специальный диагноз, приводит к запоздалому оказанию неотложной помощи и нередко завершается эклампсией. Диагноз состояния, за которым следует приступ, является важным, потому что он требует немедленной интенсивной терапии, чаще — родоразрешения наиболее щадящим методом в зависимости от акушерской ситуации.

Martin J. et al. (2006) [10] для обозначения короткого промежутка времени перед приступом эклампсии предложил термин *prestroke* (*stroke* — удар), то есть, естественно, вновь возникает необходимость, помимо выделения тяжелой формы гестоза, какого-то термина, являющегося предвестником эклампсии.

В 2005 году на форуме «Мать и дитя» была предложена классификация Г. М. Савельевой, поддержанная большинством присутствующих. Рекомендован учет следующих параметров, необходимых для диагностики гестоза (табл. 1).

Для скринингового метода оценки степени тяжести гестоза рекомендовалась шкала, предло-

Схема 1

Оценка степени тяжести гестоза (Савельева Г. М. и соавторы)

Баллы	0	1	2	3
Отеки	нет	Патологическая прибавка веса на голенях	На голенях и брюшной стенке	Генерализованные
Протеинурия	нет	0,33–0,132	0,132–1,0	более 1,0 г/л
Систол. АД	до 130	130–150	150–170	выше 170
Диаст. АД	до 85	85–90	90–110	выше 110 мм рт. ст.
Срок появления симптомов	нет	36–40 нед.	30–35 нед.	24–30 нед.
ВЗР, хроническая гипоксия	нет	нет	отставание на 1–2 недели	на 3 и более недели
Фоновые заболевания	нет	до беременности	во время беременности	до и во время беременности

женная Г.М. Савельевой и Р.И. Шалиной, которая, конечно же, является схематичной (схема 1), но тем не менее в клинике ее полезно использовать для определения состояния пациентки на первых этапах.

Помимо этого для определения тяжести заболевания необходимо исследование параметров доплерометрии кровотока в системе мать–плацента–плод, гемостаза, в частности числа тромбоцитов, печеночных ферментов, креатинина, сатурации кислорода и т.д. Следует согласиться с рекомендацией Э.К. Айламазяна, М.А. Репиной (2012) [1], что при колебании в определении степени тяжести гестоза следует склоняться к более тяжелой.

Если сравнить наше понимание преэклампсии с тем, что используется за рубежом (табл. 2), — «тяжелая преэклампсия», некоторые положительные стороны, казалось бы, есть и в той классификации, но есть и те, которые не укладываются в наши представления.

Отек легких или цианоз не являются признаком преэклампсии — это ее последствия. Указанные цифры АД, характеризующие тяжелую преэклампсию, не могут быть приняты однозначно, так как, по нашим данным [7], из 51 пациентки с эклампсией, наблюдаемой в учреждениях Департамента Здравоохранения г. Москвы у 4 (7,8%) приступ эклампсии развился при АД ниже 130/90 мм рт. ст., у 34 (66,7%) — при АД 130/90–150/100 мм рт. ст. и только у 13 (25,5%) была выраженная артериальная гипертензия — АД превышало 160/100 мм рт. ст. При этом у 2 из 4 погибших пациенток АД было в пределах 130/90–150/100, а у 4 составляло 160/110–170/120 мм рт. ст. По данным зарубежных авторов [8, 11], у 20–38% пациенток до приступа эклампсии величина АД составляла менее 140/90 мм рт. ст.

Особенно важна оценка цифр АД в сравнении с исходной величиной, о чем свидетельствуют многочисленные исследователи и что обязательно

Таблица 2

Критерии тяжелой преэклампсии

Критерии тяжелой преэклампсии
<ul style="list-style-type: none"> • систолическое артериальное давление (АД) 160 мм рт. ст. и/или диастолическое АД > 110 мм рт. ст., зарегистрированные дважды с интервалом более 6 ч.; • протеинурия > 5 г/сут за 24 часа; • олигурия < 500 мл/сут; • церебральные нарушения (головная боль, нарушение сознания, ухудшения зрения и т. д.); • отек легких или цианоз; • нарушение функции печени; • тромбоцитопения; • ЗРП

но следует учитывать, обследуя пациенток с гестозом (преэклампсией).

Диагноз эклампсии как наиболее тяжелой стадии гестоза ассоциируется с наличием протеинурии. В то же время у определенного количества пациенток протеинурия отсутствовала: у 25% — по нашим данным, у 14–30,7% — по данным других исследователей [12].

В отношении отеков у пациенток с эклампсией нами [7] были получены следующие данные: анасарка — у 22 (43,1%), умеренные отеки — у 4 (7,8%), отеки голеней — у 4 (7,8%), патологическая прибавка массы тела — у 2 (3,9%). В то же время в 19 (37,2%) историях родов не было указаний на наличие или отсутствие отеков, что следует считать недопустимым.

Необходимо отметить, что отеки очень часто предшествуют развитию гестоза [6], и поэтому не следует исключать из диагноза отеки беременных, имея в виду, что если выраженные отеки не устранять, то нередко затем появляется гипертензия, протеинурия, т. е. развивается гестоз.

В связи с вышесказанным следует считать целесообразным при наличии скрытых или явных отеков указывать в диагнозе: «отеки беременных», назначать диету, а иногда и мочегонное растительного происхождения, мониторировать состояние беременной.

Обобщая наличие симптомов, сопутствующих эклампсии (гипертензия, протеинурия, отеки), следует отметить, что все три из них были у 30 (58,8%) беременных, два — у 2 (44,1%).

Встает вопрос — обязательно ли проявление характерных субъективных жалоб (головная боль, нарушения зрения, боли в эпигастрии) на фоне классической триады в период, называемой нами преэклампсией? Головная боль отмечена у 41%, по нашим исследованиям, и у 50–70% — по исследованиям Douglas K.A., Redman C.W. [8]. Тошнота, рвота, боли в эпигастрии в 23,5%, по нашим данным, и в 19–12%, по данным Nagam K. et al. [9]. Нарушения зрения в нашей работе отмечены в 11,8% и в 19–30% — по данным литературы [8]. В 19–30% в наших исследованиях жалобы отсутствовали, а скорее всего, не были учтены у 11,8% пациенток.

Представленные данные свидетельствуют о необходимости комплексного подхода к оценке тяжести гестоза.

В настоящее время, по всей видимости, в классификацию гестозов следует ввести и HELLP-синдром, как тяжелую форму гестоза, имеющую свои специфические симптомы, обусловленные печеночной недостаточностью (интоксикация, боли в правом подреберье, эпигастрии, тромбоцитопения и т.д.). При этом следует отметить,

Таблица 3

Классификация гестозов (преэклампсии) по МКБ

МКБ	Код	Российская ассоциация
Существовавшая ранее гипертензия с присоединившейся протеинурией	0.11	Гестоз*
Вызванные беременностью отеки с протеинурией	0.12.2	Гестоз*
Вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии	0.13	Гестоз*
Преэклампсия (нефропатия) средней тяжести	0.14.0	Гестоз средней тяжести*
Тяжелая преэклампсия	0.14.1	Гестоз тяжелой степени*
Эклампсия	0.15	Эклампсия

* Степень тяжести гестоза определяется по шкале Савельевой Г. М. и со авт. (схема 2)

что для HELLP-синдрома [7, 9] в 50–60% случаев характерны отеки, наличие жидкости в брюшной и плевральной полостях. Часто HELLP-синдром начинается с отеков, как проявление печеночной недостаточности. Вышеописанные признаки могут сочетаться с симптомами гестоза, но у 20–25% пациенток с HELLP-синдромом гипертензия и протеинурия могут отсутствовать.

В результате в отчетных документах объединены термины «преэклампсия» и «эклампсия», что никак нельзя считать правильным. Классификация, представленная в МКБ-10, вполне может быть использована для отражения в ней рабочего варианта, применяемого в нашей стране (табл. 3): гестоз различной степени тяжести, преэклампсия, эклампсия.

В отчетных документах Минздрава РФ в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10) используется следующая классификация гестозов (преэклампсии):

1. Отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства.
2. Преэклампсия и эклампсия.

Как же поступать практикующему врачу при такой неразберихе в терминологии? Мы полагаем, что в работе с больными и, соответственно, с историями болезни необходимо пока обозначать проявление осложнения беременности с известной клинической картиной, как гестоз легкой (I), средне-тяжелой (II), тяжелой степени (III), преэклампсия и эклампсия.

На тактике ведения беременных с гестозом различной степени тяжести мы в данной статье подробно не останавливаемся. Считаем нужным только отметить, что в лечении тяжелой степени гестоза важное значение имеет магниезальная терапия. Для ее стандартизации оптимальна предложенная схема: гестоз I степени — не менее 12 г сульфата магния, II — 12–20 г; III — 25–50 г, преэклампсия, «эклампсия» — до 50–60 г. Это тактика дозировки магния в зависимости от степени тяжести гестоза вызывает повсеместное одобрение практикующих врачей не только нашей страны, но и за ее пределами. При гестозах и тем более

при эклампсии, безусловно, большое значение имеет гипотензивная терапия. К сожалению, гипотензивных средств, рекомендуемых за рубежом, в стране пока нет. Поэтому у пациенток с гипертонической болезнью не следует стремиться снизить давление до «нормальных цифр» [5].

Не исключается инфузионная терапия, но в ограниченном количестве, при этом предпочтение следует отдавать кристаллоидам.

Количественная чрезмерность (800–1000 мл) инфузии выявляется во время кесарева сечения — наличия свободной жидкости в брюшной полости. Может быть, современная терапия не является оптимальной, но она связана с меньшим количеством осложнений, чем другие виды лечения.

Помимо лекарственной терапии, важно правильное ведение беременных с гестозом: своевременная госпитализация и лечение в стационаре, а также своевременное бережное родоразрешение при явлениях тяжелого гестоза, преэклампсии, эклампсии.

При возможности ведения родов через естественные родовые пути они должны сопровождаться адекватным обезболиванием. Методом выбора обезболивания является эпидуральная анестезия. Основными ошибками при лечении преэклампсии и эклампсии по нашим данным [7] были недооценка состояния и отсутствие учета симптомов преэклампсии (19–36%), недостаточная и неадекватная противосудорожная терапия (13–85%), полипрагмазия (56%), большие объемы вводимой жидкости с преобладанием коллоидов (25,4%), неадекватное обезболивание в родах (82,7%), неадекватная терапия в послеродовом периоде (12–87%).

Целесообразность использования в клинической практике отечественного акушерства классификации гестозов (форум «Мать и дитя», 2005 год) и тактики ведения беременности подтверждается результатами работы учреждений Департамента Здравоохранения г. Москвы: в 2003–2008 гг. частота эклампсии составляла 1:7 000 родов, а в 2010–2011 г. — 1:13 000 родов.

Возможно, в последующем рабочем варианте и заменится термин ее «гестоз» на «преэкламп-

сию». Но это целесообразно только тогда, когда будет найден термин, заменяющий «преэклампсию», как состояние, непосредственно предшествующее приступу эклампсии. Ведь если в настоящее время в истории родов ставится диагноз «преэклампсия», то врач знает, что за этим должно последовать немедленное и адекватное действие как акушеров, так и реаниматологов.

Литература

1. *Айламазян Э.К., Ретина М.А.* Комментарии к клиническому протоколу «Гипертензия во время беременности, преэклампсия, эклампсия» // Журнал акушерства и женских болезней. — 2012. — Т. LXI, Вып. 5. — С. 3–9.
2. *Гентер Г.Г.* Учебник акушерства. — Л.: Биомедгиз, 1937.
3. Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности: российские рекомендации. — М., 2010.
4. *Коновалова О.В.* Тяжелые формы гестоза: Автореф. дис... кан. мед. наук. — М., 2012.
5. *Макаров О.В., Николаев Н.Н., Волкова Е.В.* Артериальные гипертензии беременных // Акушерство и гинекология. — 2002. — № 3. — С. 3–6.
6. *Шалина Р.И.* Гестоз. Современное состояние вопроса // Акушерство и гинекология. — 2007. — № 5. — С. 27–33.
7. *Савельева Г.М., Шалина Р.И., Курцер М.А.* с соавт. Эклампсия в современном акушерстве // Акушерство и гинекология. — 2010. — № 6. — С. 4–9.
8. *Douglas K.A., Redman C.W.* Eclampsia in the United Kingdom. // Br. Med. J. — 1994. — Vol. 309. — P. 1395–1400.

■ Адреса авторов для переписки

Савельева Галина Михайловна — д. м. н., академик РАМН, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова. 117209, г. Москва, Севастопольский пр-т, д. 24а. **E-mail:** gms@cfp.ru.

Краснопольский Владислав Иванович — академик РАМН, профессор. Директор ГБУЗ МО МОНИИАГ. 101000, г. Москва, Покровка ул, д. 22а.

Стрижаков Александр Николаевич — академик РАМН, профессор, зав. кафедрой акушерства, гинекологии, перинатологии 2-го лечебного факультета 1-го МГМУ им. И.М.Сеченова. 119991, г. Москва, Трубецкая ул., д. 8, строение 2.

Радзинский Виктор Евстафьевич — профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН. 117198, ул. Миклухо-Маклая, д. 6. **E-mail:** dekanat_med@rudn.ru.

Шалина Раиса Ивановна — профессор кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова. 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1.

Курцер Марк Аркадьевич — член-корр. РАМН, профессор кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова. Главный акушер-гинеколог Департамента здравоохранения г. Москвы. 117209, г. Москва, Севастопольский пр-т, д. 24а. **E-mail:** gms@cfp.ru.

9. *Haram K., Svendsen E., Abildgaard U.* The HELLP syndrome: clinical issues and management // BMC Pregnancy Childbirth. — 2009. — Vol. 9. — P. 8.
10. *Martin J.N., Rose C.H., Briery C.M.* Understanding and managing Hellp Syndrome: the integral role of aggressive glucocorticoids for mother and child // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2006. — Vol. 195, N 4. — P. 914–934.
11. *Mattar F., Sibai B.M.* Eclampsia. VIII. Risk factors for maternal morbidity // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2000. — Vol. 182. — P. 307–312.
12. *Sibai B.M.* Diagnosis, prevention and management of eclampsia // Obstet. and Gynecol. — 2005. — Vol. 105. — P. 402–410.

TO WHAT CLASSIFICATION OF GESTOSIS (PREECLAMPSIA) SHOULD ADHERE A DOCTOR IN DAILY WORK?

Savelyeva G. M., Krasnopol'skiy V. I., Strizhakov A. N., Kurtser M. A., Radzinskiy V. Ye., Shalina R. I.

■ **Summary:** The present-day designation of gestosis as preeclampsia and eclampsia excludes the notion of “preeclampsia” as a period immediately preceding the attack of eclampsia what leads to the untimely and inadequate therapy. The authors suggest in the everyday work of obstetricians to use terminology that includes gestosis of various degree, preeclampsia and eclampsia.

■ **Key words:** gestosis; preeclampsia; eclampsia.

Savelyeva Galina Mikhaylovna — MD, the RAMS Academician, Professor. Head of the Chair of Obstetrics and Gynecology. The Pediatric Faculty of N. I. Pirogov University. 117209, Sevastopolskiy Prospect, 24a, Moscow, Russia. **E-mail:** gms@cfp.ru.

Krasnopol'skiy Vladislav Ivanovich — the RAMS Academician, Professor. Director of MONIAG. 101000, Pokrovka St., 22a, Moscow, Russia.

Strizhakov Aleksandr Nikolayevich — the RAMS Academician, Professor, Head of the Chair of Obstetrics, Gynecology, Perinatology. The 2nd Medical Faculty of I. M. Sechenov 1st Moscow State Medical University. 119991, Trubetskaya St. 8-2, Moscow, Russia.

Radzinskiy Viktor Yevstafyevich — Professor, the Department of obstetrics and gynecology with a course of a perinatologiya of RUDN. 117198, Moscow Miklukho-Maklaya str. 6. **E-mail:** dekanat_med@rudn.ru.

Shalina Raisa Ivanovna — Professor, the Department of Obstetrics and Gynecology. The Pediatric Faculty of N. I. Pirogov University. Moscow, Ostrovityanov St., 1.

Kurtser Mark Arkadyevich — Correspondent Member of the Russian Academy of Medical Science. Professor, the Department of Obstetrics and Gynecology. The Pediatric Faculty of N. I. Pirogov University. The Chief Obstetrician-gynecologist, Moscow department of Health. 117209, Sevastopolskiy Prospect, 24a, Moscow, Russia. **E-mail:** gms@cfp.ru.